BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08125-6

CONTA: 000000022104-X

Nr. da Autenticação 09FFB633AB6352C7

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Ferreira,

RG nº 1059203-2, data de expedição 21/11/2017

Órgão SSP/AC, CPF nº 390.967.932-34,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Trav. Bangu
Número	116
Apto/Complemento	
Bairro	Conquista
Cidade	Rio Branco
Estado	Acre
CEP	69.918-778
Tel. de contato	
E-mail	

Comprovante de residência

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Rio Branco, 17 de Janeiro de 2020.

José Ferreira

Assinatura do Declarante

HOSPITAL DE CLINICAS E EMERGENCIAS [illegible]

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 30149P
Numero do CNS.....: 70311[illegible]750550001
Nome.....: JOSE [illegible]
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 4/03/1962 Idade: [illegible] anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: MARIA DE LOURDES PEREIRA
Endereco.....: TRAV. [illegible] 95
Bairro.....: CONQUISTA CEP: [illegible]
Telefone.....: 99[illegible]
Municipio.....: [illegible] AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 2 EMERGENCIA No. de BH: 2[illegible]
Clinica.....: 002 CLIN.MED.CIRURGICA EL "B"
Leito.....: 990.0027
Data da Internacao: 06/[illegible]
Hora da Internacao: 19:00
Medico Solicitante: 97[illegible]72-15 - MARCOS DANIE[illegible]
Cirurg. Solicitado: NAO PROGRAMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Hemotipo. Operacao: NAO [illegible]

INFORMACOES DE SAIDA

Data Realizada:
Hora Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

Documentacao medico - hospitalar

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CONTINUAÇÃO DO PRONTUÁRIO

UNIDADE: [illegible]

DATA	TRATAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMARIA	CARIMBO COREN/ENFERMAGEM
06-11-14	REGISTRADA EXPOSTA TIBIA DIREITA	1) Dieta Geral 02 lb Lavar no [illegible] [illegible] 2) SRL [illegible] 8/8h		Jeane Maria da Silva Veras Enfermeira COREN/AC 339.922
	COLOCAÇÃO BICICLETA HOTA	3) SF 0,9% 100ml (EV) + Hipoglicil / 8/8h + Hipoglicil [illegible]		
	HAS	4) Angelus [illegible] EV 6/6h 5) Diprivan Angelus EV 6/6h 6) Enalapril [illegible] EV + [illegible] 7) Eslast 8) Cesl + [illegible]		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: [illegible]

História da Doença Atual: [illegible]

História da Doença Anterior: [illegible]

Exame Físico: [illegible]

Diagnóstico Provisório: [illegible]

Diagnóstico Definitivo: [illegible]

Motivo da Cobrança: [illegible]

SAME | HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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/ FISIOLOGIA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANFERÊNCIA 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/ PERM. REC.
RECÉM-NASCIDO.
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EM MENOS
DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EM 24 HS
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EM 48 HS
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EM 72 HS
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EM MENOS
COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EM MENOS
24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EM MENOS
48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EM MENOS
ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE C/ REOPERAÇÃO C/ PERM. REC.
RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/ PERMANÊNCIA C/ REC.
NASCIDO

PRONTO SOCORRO

AUTORIZAÇÃO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

Eu José Ferreira, RG [illegible]
CPF: 390 967 932-34, nacionalidade Brasileiro, estado civil [illegible]
, profissão Operador de máquina, residente Travessa [illegible]
Bairro Conquista, fone: 99943 0930, Parentesco [illegible]
próprio autorizo a amputação do membro [illegible] do paciente
, idade 57, internado na enfermaria
CCB leito 239 isentando a equipe cirúrgica e o Hospital de qualquer responsabilidade.

Local Rio Branco, Acre data 25 / 11 / 2019

José Ferreira
Assinatura responsável

Testemunhas: ANGELA APARECIDA SANTANA FERREIRA
1ª assinatura Angela Aparecida Santana Ferreira RG [illegible]
CPF 390966702-30, fone 99612-3505, endereço [illegible]
bairro CONQUISTA
2ª assinatura JEFFERSON ALEXANDRE SANTANA FERREIRA RG [illegible]
CPF 536593252-91, fone 99424555, endereço [illegible]
bairro Conquista

Obs.: O Cemitério realiza o sepultamento do membro em cova comunitária.

1ª Via: Prontuário

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PRONTO SOCORRO

AUTORIZAÇÃO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

Eu José Ferreira
CPF: 390 967 932-34, nacionalidade Brasileiro, estado civil [illegible]
, profissão Operador de máquina, residente Travessa [illegible]
Bairro Conquista, fone: 99943 0930, Parentesco [illegible]
próprio autorizo a amputação do membro [illegible] do paciente
, idade 57, internado na enfermaria
CCB leito 239 isentando a equipe cirúrgica e o Hospital de qualquer responsabilidade.

Local Rio Branco, Acre data 25 / 11 / 2019

José Ferreira
Assinatura responsável

Testemunhas: ANGELA APARECIDA SANTANA FERREIRA
1ª assinatura Angela Aparecida Santana Ferreira RG [illegible]
CPF 390966702-30, fone 99612-3505, endereço [illegible]
bairro CONQUISTA
2ª assinatura JEFFERSON ALEXANDRE SANTANA FERREIRA RG [illegible]
CPF 536593252-91, fone 99424555, endereço [illegible]
bairro Conquista

Obs.: O Cemitério realiza o sepultamento do membro em cova comunitária.

2ª Via: Cemitério

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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: [illegible] LEITO Nº [illegible] CLÍNICA

PACIENTE: [illegible]

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO DIAGNÓSTICO [illegible]

[illegible]

NOME DO SOLICITANTE: [illegible]

RELATÓRIO DA CONSULTA

[illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO MÉDICO: [illegible]

SUS

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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: JOSÉ FERREIRA | Idade: [illegible] | Sexo: M | Cor: | Prontuário:

Setor proc: ☐ PSA ____ ☐ PSI ____ ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC

Data	Peso	PA (mmHg)	F (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O_2 (%)	Grupo Sanguíneo

Hm	Ht	Hb	Leúco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT

Diagnóstico Pré-Operatório:

Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite MV: ELÁSTICO

ACV: ELÁSTICO ECG: SINUSAL Angina: [illegible]

Ap. Digestivo/Dentes: JEJUM >8H Pescoço: [illegible]

Ap. Urinário: ALGIA Drogas em Uso: [illegible]

Estado Mental: LUCIDO

Anestésias Anteriores: — ASA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ☐ Risco: [illegible]

Medicação Pré-anestésica: — Hora: — Efeito: [illegible]

HORA: [illegible]

GASES: O_2 / NO_2 / HALOG

Líquidos: MLS (SG 5% 500ml) + (SG 5% 500ml) + (SG 5% 500ml)

SpO_2: [illegible]

SIMBOLOS
V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração
X Anestesia / O Cirurgia

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DROGAS ADMINISTRADAS

1º DROPERIDOL 15mg / FAOM
2º MORFINA 20mg
3º DIPIRONA 2g EV
4º DEXA 10mg EV
5º TENOXICAM 20mg IM
6º ETILEFRINA 10mg 1ml 3mg
7º
8º
9º
10º

Técnica: RAQUIANESTESIA

Cirurgia: HERNIOTOMIA MIS

Cirurgião/Auxiliar: DR. [illegible]
DR. [illegible]

OBS.:

Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):

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 01 DATA 25/7/19

NOME DO PACIENTE [illegible]

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (1) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS ( )

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

INÍCIO DA ANESTESIA 15:30 TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

INÍCIO DA CIRÚRGIA 15:40 TÉRMINO DA CIRURGIA _____

CIRURGIÃO Dr. [illegible] AUXILIAR(ES) [illegible]

ANESTESISTA Dr. [illegible] INSTRUMENTADOR [illegible]

CIRCULANTE Edilma

SAME/HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL (2)
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 200 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE (2)
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 5 ms	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 10 cm	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRODUTOR
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIM
KETALAR	CERA ÓSSEA 1	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10x10	PANO P/ PACOTE CIRÚRGICO
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS 5	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO 5 cm	SCALP Nº
SULFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA 1	SERINGA DE 5 ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON (0)	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
SF 0,9% 500ml p/ lavar	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
	[illegible]	TELA DE MARLEX

[illegible]

SINAIS VITAIS:

[illegible]	HORÁRIO: 16:30	HORÁRIO: 17:00
[illegible]	PA: 54x 32 mmhg	PA: 44 x 45 mmhg
[illegible]	FC: 106 bpm	FC: 104 bpm
[illegible]	SPO2: 94%	SPO2: 95%

[illegible]	HORÁRIO:	HORÁRIO:
[illegible]	PA:	PA:
[illegible]	FC:	FC:
[illegible]	SPO2:	SPO2:

[illegible]	HORÁRIO:	HORÁRIO:
[illegible]	PA:	PA:
[illegible]	FC:	FC:
[illegible]	SPO2:	SPO2:

[illegible]	HORÁRIO:	HORÁRIO:
[illegible]	PA:	PA:
[illegible]	FC:	FC:
[illegible]	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: [illegible]

IDADE: 57A OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Ulcera crônica em membro inferior

CIRURGIA PROPOSTA: L.C. + Amputação [illegible]

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: [illegible]

CIRURGIA REALIZADA: [illegible]

CIRURGIÃO: [illegible]

1º AUXILIAR: [illegible]

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR(A):

ANESTESISTA: [illegible]

ANESTESIA: [illegible]

ACIDENTE 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 CIRÚRGICA

[illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible] continua [illegible] como seus
[illegible] no [illegible] apoiado.

[illegible] / [illegible] / [illegible]
[illegible] / [illegible] / [illegible]
[illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Felipe [illegible] de M. Duth
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2196 RC

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 _____

NOME DO PACIENTE _____

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA ( ) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS ( )

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

INÍCIO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

INÍCIO DA CIRÚRGIA _____ TÉRMINO DA CIRÚRGIA _____

CIRURGIÃO _____ AUXILIAR(ES) _____

ANESTESISTA _____ INSTRUMENTADOR _____

CIRCULANTE _____ ENF _____

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (OBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SULFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SINAIS VITAIS:

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

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

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: José Ferreira

IDADE: 54 a OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de tíbia direita

CIRURGIA PROPOSTA Tratamento cirúrgico fratura de tíbia direita

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: idem

CIRURGIA REALIZADA: A proposta

DATA

CIRURGIÃO: Francisco

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA: Vinicius

ANESTESIA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO ( ) SIM ( ) NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(X) ENFERMARIA ( ) CT ( ) RESIDÊNCIA ( ) ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

(1) Fixador externo [illegible]

(2) Lavagem [illegible]

SAIME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUS

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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: | Idade: | Sexo: | Cor: | Prontuário:

Setor proc: ☐ PSA ____ ☐ PSI ____ ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC

Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O_2 (%)	Glicemia	Sangue
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina		

Diagnóstico Pré-Operatório:

Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite MV: Complicações

ACV: ECG: Alergias:

Ap. Digestivo/Dentes: Pescoço: Prótese Dent.

Ap. Urinário: Drogas em Uso

Estado Mental:

Anestesias Anteriores: ASA: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ Risco:

Medicação Pré-anestésica: Hora: Efeito:

HORA:

GASES: O_2, NO_2, HALOG

Líquidos

SIMBOLOS: V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia — Respiração

SpO_2

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DROGAS ADMINISTRADAS	Técnica:
1º	Posicionamento:
2º	Cirurgia:
3º	
4º	Cirurgião/Auxiliar:
5º	
6º	OBS.:
7º	
8º	
9º	Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):
10º	

HUERB
PATOLOGIA CLINICA
AV. NACOES UNIDAS, 200, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908-20 - Tel.
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente..: JOSE FERREIRA (EME)
Requisicao: 19.PC.1.023613
Num. do BE: 02681799

Data
Requ

Unidade Origem.: HUERB/PS
Solicitante: JOSE LEONARDO CONTREIRAS ZURITA
Cons Regional

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

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes).....	3.17	mm3	VR: H:4,5 a 6,5 M:4 a
Hemoglobina.....	10.80	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12
Hematocrito.....	33,00	%	VR: H:40 a 5. M:37
VCM.....	85,60	fl	VR: 78 a 1 fl
HCM.....	29,00	pg	VR: 26 a 1 pg
CHCM.....	33,00	g/dL	VR: 31 a 3 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global.....	10 200	/mm3	VR: 5.000 - 10.000
Bastoes.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Segmentados.....	0	%	VR: 2 a 6 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Mielocitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Metamielocitos.....	0	%	
Valor Absoluto.....	0	%	
Bastoes.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	306	mm3	
Segmentados.....	80	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	8.160	mm3	
Linfocitos.....	12	%	VR: 21 a 33 %
Valor Absoluto.....	1.224	mm3	
Monocitos.....	5	%	VR: 4 a 13 %
Valor Absoluto.....	510	mm3	
Plasmocitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observacao:			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 07/11/19 as 08:14 Coleta: 07/11/19 as 07:41-10. Via Impre

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado.....	189.000	/mm3	VR: 150.000 - 400.000 /mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 07/11/19 as 08:14 Coleta: 07/11/19 as 07:41-10. Via Impre

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente:	JOSE PEREIRA		
ID paciente:		ID amost:	2
Data nascimento:		Idade:	57 Ano
Cód. barra:	1023613	Tipo de amostra:	Soro
Sexo:	Masc	Data da coleta:	07/11/2019
Depart.:	CCB	Hora da coleta:	
Diagn.:			
Médico:			
Comentário:			

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	195	mg/dL	ALTO	74 - 106
URE	34	mg/dL		10 - 50
CRE	1.1	mg/dL		0.7 - 1.2
ACI	8.8	mg/dL	ALTO	2.5 - 5.0

Data/Hora solicitação: 07/11/2019 Data/Hora teste: 07/11/2019

Data/Hora impr.: 07/11/2019 08:24:02

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Bioquímica

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, PORQUE - RIO BRANCO - CEP [illegible] - Tel.: [illegible]
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente..: JOSE FERREIRA (EMER)
Requisicao: 19.PC.1.023613
Num. do BE: 02681799

US[illegible]Origem.: HUERB/PS
Solicitante: JOSE LEONARDO CONTRERAS ZURITA

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

TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA

Amostra: Plasma

Metodologia:.....	Quick		
Tempo de Protrombina-. ..	14,10	Segundo	VALOR NORMAL [illegible]
Atividade Protrombina: ..	86,40	%	VR: 100 %
INR - [illegible]	1,11		

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ANDRE MENEZES 07/11/19 às 10:29 Coleta: 07/11/19 às 09:24. V[illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, [illegible] BOI [illegible] RIO BRANCO - CEP.69908620 Tel. [illegible]
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JOSE FERREIRA (EME)
Requisicao: 19.PC.2.113857
Num. do BE: 02681799

Unidade Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes).....	3,72	mm3	VR: 4,[illegible] a 6,[illegible]
Hemoglobina.....	10,80	g/dL	VR: 11,12 a 13,12 g/dL
Hematocrito.....	32,00	%	VR: 36,42 a 52,37 %
VCM.....	86,50	fl	VR: 78 a 95 fl
HCM.....	29,10	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	33,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global.....	6.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	9	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	576	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	50	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	3.200	mm3	
Linfocitos:.....	35	%	VR: 31 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.240	mm3	
Monocito:.....	6	%	VR: 4 a 7 %
Valor Absoluto:.....	384	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 18/11/19 as 10:03 Coleta: 18/11/19 as 01:27:10 Via Impressa: [illegible]

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:...	1 minuto e 30 segundos		VR: 3 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	7 minutos e 30 segundos		VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	382 000	/mm3	VR: 150.000 a 400.000 /mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 18/11/19 as 10:01 Coleta: 18/11/19 as 01:27:10 Via Impressa: [illegible]

B-239

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

CGC 01.031.526/0002-24

Paciente...: JOSE FERREIRA (MED)
Requisicao: 19.PC.2.116788
Num. do BE: 02681799

Origem..: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

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

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

LEUCOGRAMA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080 * TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA

Paciente:	JOSE FERREIRA		
ID paciente:		ID amost:	21
Data nascimento:		Idade:	0 Ano
Cód. Barra:	2116288	Tipo de amostra:	Soro
Sexo:	Masc	Data da coleta:	12/12/2019
Depart.:	CCB	Hora da coleta:	
Diagn.:			
Médico:			
Comentário:			

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. Ref.
Gli	93	mg/dl.		60 - 100
URE	41	mg/dl.		10 - 50
CRE	1.2	mg/dl.	ALTO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 12/12/2019 Data/Hora teste: 12/12/2019

Data/Hora Impr.: 12/12/2019 12:35:[illegible]

Testador:

Revisor:

Eliana S. Ferreira Serafim
Tecnologista
CRTM 778/PA

Resultado somente para esta amostra

Página [illegible] de [illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	LEITO	ENFERMARIA
	JODE FERREIRA		CMCR - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
D/UT 07/11/19 FRATURA EXPOSTA DE MMSS DIREITO CO:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA FO LIMPA E SECA (SEM SINAIS FLOGISTICOS. AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB.	DIETA VO LIVRE 1. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

PACIENTE: JOSE FERREIRA

CLINICA MEDICA CIRURGICA

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIEDI 07/11/19	DIETA VO LIVRE		
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA	2. SRL 500ML IV 10/10H		
	3. TRAMAL 100MG EV 8/8H		
C/OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIFLANAR	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N		
	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA E SECA (SEM SINAIS FLOGISTICOS.	6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H		
	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATS.	9. CUIDADOS GERAIS		
	10. SINAIS VITAIS		
VISITADOR DR MARCELO PIMENTA	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

Paulo [illegible]
SSM Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible]

[illegible] ESTADO DE SANTA CATARINA

[illegible]	IDADE	LEITO
JOSE FERREIRA	[illegible]	[illegible] CIRURGICA - 0 - 239

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
[illegible] FISTULA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE [illegible] OSTEOMIELITE CRONICA COM OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE VISITADOR. DR RAFAEL	1. DIETA [illegible] 2. SF 0,9% [illegible] 12/12H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO [illegible] 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		[illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

LEITO	PACIENTE	IDADE	CLINICA	ATO
	JOSE FERREIRA	57	PRMCR - CLINICA MEDICA CIRURGICA II	1209

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIVOLUMIN	1. DIETA LIVRE		
TRATOU A CORROSTA DE HIDRADRSEIN	2. SRL 500ML IV 12/12H		
PACIENTE EGO QUADRO DE	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6		
OSTEOMIELITE CRONICA	4. TRAMAL 100MG + 100ML ST 0,9% EV 8/8H		
CD.OSTEOSSINTESE COM FIXADORR EXTERNO UNIPLANAR	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE	9. CUIDADOS GERAIS		
PACIENTE REFERE DOR INTENSO	10. SINAIS VITAIS		
	11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		
VISITADOR: DR FRANCISLEI			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible]

JOSE FERREIRA | 57 | UMCB - CLINICA MEDICA/CIRURGICA B | 438

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
27/11/2019 [illegible] FRATURA EXPOSTA DE TIBIA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CO:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL -- TO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE FLICTENAS EDEMA PACIENTE REFERE DOR INTENSO VISITADOR: DR FRANCISLEI	[illegible] SF 0,9% EV 12/12H [illegible] EV DILUIDO 6/6 HRS 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		[illegible] Paciente [illegible] Pensa [illegible] [illegible] 36,5°C [illegible] [illegible] Equipe [illegible] intercorrencias no [illegible] [illegible] cuidados de enfermagem [illegible] Pedro Coren [illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible]

[illegible]

NOME DO PACIENTE	IDADE	LEITO
JOSE FERREIRA	67	[illegible]

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
[illegible]	1. DIETA LIVRE		
[illegible]	2. SRL 500ML EV 12/12H		
[illegible]	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO [illegible]		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H		
CO OSTEOSSINTESE COM FIXADORR EXTERNO UNIFIXER 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE	9. CUIDADOS GERAIS		
FLICTENAS EDEMA	10. SINAIS VITAIS		
PACIENTE REFERE MELHORA DA DOR	11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		
	12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		
VISITADOR: DR ANTONIO ISSE			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO PACIENTE | NOME | LEITO

JOSE HENRIQUE | 5 | CMCB CLINICA MEDICA CIRURGICA B

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
D/OT 07/11/49	1. DIPIRONA 500 MG VO 6/6H		
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA	2. SPL 50 ml IV 24/24		
PACIENTE COM QUADRO DE	3. DIPIRONA 500 MG VO 6/6H		
OSTEOMIELITE CRONICA	4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS		
CD OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
FO COM SECRECAO	9. CUIDADOS GERAIS		
SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR	10. SINAIS VITAIS		
QUANTIDADE	11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		
FLICTENAS EDEMA	12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		
PACIENTE REFERE MELHORA DA DOR			
VISITADOR: DR PAULO FERNANDO			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUS UNICO DO ESTADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BERTA CELLA

PRONTUÁRIO DO PACIENTE					LEITO
	JOSE FERREIRA	57	TOMOS - CLÍNICA MEDICA CIRURGICA - B		1239

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	ENFERMEIRO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
21/01/2019	PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADORR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE FLICTENAS EDEMA PACIENTE REFERE MELHORA DA DOR VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIPIRONA 500 MG VO 6/6H 2. TRAMADOL 50 MG VO 6/6 HRS 3. CIPROFLOXACINA 500 MG VO 6/6H 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	ENFERMARIA	LEITO
	JOSE FERREIRA	57 TCMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	335

ALERGIAS	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMEIROS E ENFERMAGEM
D1/OT 07/11/19	DIETA LIVRE		
FERIDAS CAUSA	SC 60ML TV 12/12H		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	3. DIPIRONA 500 MG VO 6/6H		
	4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS		
CD-OSTEOSSINTESE COM FIXADORR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE FLICTENAS EDEMA PACIENTE REFERE MELHORA DA DOR	9. CUIDADOS GERAIS		
	10. SINAIS VITAIS		
	11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		
	12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		
VISITADOR: DR VICK			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE			
	JOSEF TRIBEIRA	157	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA B	7438

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
01/01/2019	1. FRAGILMAGNAL		
	2. SOPRO CRONI EV 12/12H		
TRATURA EXPOSTA			
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	3. CIPROHJA 500 MG VO 6/6H		
	4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS		
CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADORR EXTERNO UNIPLANAR	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
FC COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE	9. CUIDADOS GERAIS		
	10. SINAIS VITAIS		
FLICTENAS EDEMA	11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		
PACIENTE REFERE MELHORA DA DOR	12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		
VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE				
	JOSE FERREIRA	57	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	239	

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
01/DT:07/11/19 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMELITE CRONICA CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE FLICTENAS EDEMA , AUMENTO DA TEMPERATURA DEIXO DE DIETA ZERO PARA LIMPEZA CIRURGICA VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE ZERO A PARTIR DAS 00:00 HRS 2. SORO GLICOSADO 5% 1000ml 3. DIPIRONA 1GR EV 6/6H 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS 5. VANCOMICINA 1 GR EV 12/12 HRS DILUIR EM 500 ML DE SF 0,9% PASSAR EM 3 HORAS 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PAGIRE			
JOSE FERREIRA	57	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	239

EVOLUCAO	PRESCRICAO		ANOTACOES DE ENFERMAGEM
DIVOT 07/11/19	1. DIETA LIVRE		
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA	2. SN [illegible]		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	3. DIPIRONA 1GR EV 6/6H		
	4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS		
CID-OSTEOSSINTESE COM FIXADORR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL	5. VANCOMICINA 1 GR EV 12/12 HRS DILUIR EM 500 ML DE SF 0,9% PASSAR EM 3 HORAS 01		
	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/8 HRS S/N		
FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE FLICTENAS EDEMA , AUMENTO DA TEMPERATURA NAO FOI POSSIVEL FAZER A LIMPEZA CIRURGICA POR FALTA DE CENTRO CIRURGICO	9. CUIDADOS GERAIS		
	10. SINAIS VITAIS		
	12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		
	13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		
VISITADOR DR MARCELO PIMENTA			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	LEITO	ALTA	CLINICA	LEITO
	JOSE FERREIRA		57	CMCD - CLINICA MEDICA CIRURGICA - U	209

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	ENFERMARIA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIDT 07/11/19 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE FLICTENAS EDEMA AUMENTO DA TEMPERATURA NAO FOI POSSIVEL FAZER A LIMPEZA CIRURGICA POR FALTA DE CENTRO CIRURGICO VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE 2. DIPIRONA 1GR EV 6/6H 3. DIPIRONA 1GR EV 6/6H 4. TRAMADOL 100 MG + SF 100 ML 0,9% 100 ML EV 6/6 HRS 5. VANCOMICINA 1 GR EV 12/12 HRS DILUIR EM 500 ML DE SF 0,9% PASSAR EM 3 HORAS DIA 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/6 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		Se [illegible] de [illegible] Tempo de [illegible] cerca 16h. [illegible] aciha as dores [illegible] Tel [illegible] [illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLINICA	LEITO
[illegible]	JOEL FERREIRA	157	CMCB - CLINICA MEDICO CIRURGICA - B	1239

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
SUBLOXXINE PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE EDEMA , AUMENTO DA TEMPERATURA NAO FOI POSSIVEL FAZER A LIMPEZA CIRURGICA POR FALTA DE CENTRO CIRURGICO VISITADOR: DR PAULO FERNANDO	1. DIETA ABERTA 2. SRC SAMAL R 12/12 3. DIPIRONA 1GR EV 6/6H 4. TRAMAL 400 MG + SF 100 ML 0,9% 100 ML EV 6/6 HRS 5. VANCOMICINA 1 GR EV 12/12 HRS DILUIR EM 500 ML DE SF 0,9% PASSAR EM 3 HORAS D3 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/6 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 12 AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE 13 CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible] JOSE FERREIRA [illegible]

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B [illegible]

[illegible] | PRESCRIÇÃO [illegible] | HORARIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNOSTICO [illegible]

PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA

CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR

25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL

FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE

EDEMA AUMENTO DA TEMPERATURA

NAO FOI POSSIVEL FAZER A LIMPEZA CIRURGICA POR FALTA DE CENTRO CIRURGICO.

CCIH NEGA A ENTREGA DE VANCOMICINA

SOLICITO AVALIACAO DO CCIH

TROCO OS ANTIBIOTICOS POR FALTA DE LIBERACAO DA VANCOMICINA

DEIXO DE ZERO PARA FAZER OUTRA TENTATIVA DE LIMPEZA CIRURGICA

VISITADOR: DR NELSON MARQUEZINI

1. DIETA LIVRE, DIETA ZERO A PARTIR DAS [illegible] HRS
2. [illegible]
3. DIPIRONA 1GR EV 6/6H
4. TRAMAL 100 MG + SF 100 ML 0,9% 100 ML EV 6/6 HRS
5. ~~VANCOMICINA 1 GR EV 12/12 HRS DILUIR EM 500 ML DE SF 0,9% PASSAR EM 3 HORAS~~ D3 (NAO LIBERADO PELO CCIH)
7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N
9. CUIDADOS GERAIS
10. SINAIS VITAIS
12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE
14. CLINDAMICINA 600 MG EV 8/8 HRS
15. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 250 ML EV 24/24 HRS

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible]	JUSSE FERREIRA	57	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA B	239

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIA 07/11/19	1. DIETA ZERO		
	2. SRL 500ML EV 12/12H		
ENFATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CIRURGIA OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE EDEMA AUMENTO DA TEMPERATURA NAO FOI POSSIVEL FAZER A LIMPEZA CIRURGICA POR FALTA DE CENTRO CIRURGICO. CCIH NEGA A ENTREGA DE VANCOMICINA SOLICITO AVALIACAO DO CCIH TROCO OS ANTIBIOTICOS POR FALTA DE LIBERACAO DA VANCOMICINA AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO VISITADOR: DR VICK	3. DIPIRONA 1GR EV 6/6H 4. TRAMAD 100 MG + SF 100 ML 0,9% 100 ML EV 6/6 HRS 5. VANCOMICINA 1 GR EV 12/12 HRS DILUIR EM 500 ML DE SF 0,9% PASSAR EM 3 HORAS D3 (NAO LIBERADO PELO CCIH) 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE 14. CLINDAMICINA 600 MG EV 8/8 HRS 15. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 250 ML EV 24/24 HRS		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
JOSE FERREIRA	[illegible]	CMCF - CLINICA MEDICA CIRURGICA - D [illegible] 239	[illegible]

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
01/01/2019	DIETA LIVRE, DIETA ZERO A PARTIR DAS 00:00 HRS		
[illegible]	[illegible]		
DIRETORIA MEDICA [illegible]			
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMELITE CRONICA CD OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR 25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL FO COM SECRECAO SEROSANGUINOLENTA EM REGULAR QUANTIDADE EDEMA AUMENTO DA TEMPERATURA CCIH NEGA A ENTREGA DE VANCOMICINA AGUARDANDO AVALIACAO DO CCIH TROCO OS ANTIBIOTICOS POR FALTA DE LIBERACAO DA VANCOMICINA AGUARDANDO LIMPEZA CIRURGICA POREM SUSPENSA POR FALTA DE CENTRO CIRURGICO VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	3. DIPIRONA 1GR EV 6MH 4. TRAMAL 100 MG + SF 100 ML 0,9% 100 ML EV 6/6 HRS 5. VANCOMICINA 1 GR EV 12/12 HRS DILUIR EM 500 ML DE SF 0,9% PASSAR EM 3 HORAS D3 (NAO LIBERADO PELO CCIH) 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/6 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE 14. CLINDAMICINA 600 MG EV 8/8 HRS 15. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 250 ML EV 24/24 HRS		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

JOSE FERREIRA	57	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CIRURGICA - B	239

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIA DT 07/11/19	1. DIETA LIVRE, DIETA ZERO A PARTIR DAS 00:00 HRS	17:00 Cliente evolui
ORAL DE EXTREMIDADE INFERIOR DIREITA	2. SF 0,9% 500 ML EV 8/8H	
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	3. DIPIRONA 1GR EV 6/6H	
	4. TRAMAL 100 MG + SF 100 ML 0,9% 100 VL EV 6/6 HRS	
C/OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	5. VANCOMICINA 1 GR EV 12/12 HRS DILUIR EM 500 ML DE SF 0,9% PASSAR EM 4 HORAS D3	
25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO	8. PEASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N	
	9. CUIDADOS GERAIS	
KO SEM SECRECAO EDEMA 2++ LEVE HIPEREMIA PERFUSAO PRESERVADA	10. SINAIS VITAIS	
	12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE	
	14. CLINDAMICINA 600 MG EV 6/6 HRS	
AGUARDANDO REALIZAR BIOPSIA NO DC	15. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 250 VL EV 24/24 HRS	
VISITADOR DR MARCELO PIMENTA		

19/11/19
[illegible]
[illegible]

Comunicante, mulher em luto, recebeu notícia de óbito acompanhado pela mãe. Está muito triste, chorando demasiadamente, inclusive queixoso.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PACIENTE			
JOSE FERREIRA	57	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	239

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
05/01/2019	1. DIETA LIVRE		
	2. SOL 500ML		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	3. DIPIRONA 1GR EV 6/6H		
	4. TRAMAL 100 MG + SF 100 ML 0,9% 100 ML EV 6/6 HRS		
CD-OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
25/11/2019 AMPUTACAO TRANSTIBIAL	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
	9. CUIDADOS GERAIS		
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO	10. SINAIS VITAIS		
	12. AMITRIPTILINA 75 MG VO A NOITE		
FO SEM SECRECAO EDEMA 1/4+ LEVE HIPEREMIA. PERFUSAO PRESERVADA	14. CLINDAMICINA 600 MG EV 8/8 HRS		
	15. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 250 ML EV 24/24 HRS		
AGUARDO EXAME LAB			
VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible] JOSE FERREIRA [illegible] CHCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B [illegible]

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	ENFERMEIRO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
D1(D10/07/14)/49 [illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA, FO LIMPA COM SECRECAO SEROSA AGUARDANDO AGENDAMENTO CIRURGICO VISITADOR: DR PAULO FERNANDO	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
JOSE FERREIRA	57	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	439

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
ENTRADA HOJE	DIETA VO LIVRE SOLID		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CO OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA COM SECRECAO SEROSA AGUARDANDO AGENDAMENTO CIRURGICO VISITADOR: DR ANTONIO ISSE	2. SRL 500ML 12/12H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

JOSE FERREIRA

CMCB – CLINICA MEDICA CIRURGICA – B

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES
DIST:07/11/10 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CD OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA COM SECRECAO SEROSA AGUARDANDO AGENDAMENTO CIRURGICO VISITADOR: DR FRANCISLEI	DIETA VO LIVRE – S/RD 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG P 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		Paciente do sexo masculino, evolui com ferida operatória, portador AVP em MSE com fixadores externos, com mínimo sangramento. Queixa-se de prurido de membros prejudicados. Às 9:00h realizado medicação com CPM de item 2 e 5, não realizado item 3 por falta na unidade. Realizado curativo compressivo com técnica de drenagem com S.F 0,9%, observado com movimentos de tração e alívio de ajustes, sinais vitais na normalidade, sem dor com presença de leito necrótico e eliminação presente no período. SCVV: PA 111x80 mmHg FC 35/3C 90bpm. Assinado. Enfermagem Ana Oliveira

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	LEITO
	JOSE FERREIRA	57	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 239

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	CUIDADO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
INFORMAÇÃO	LOBETANO [illegible]		
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA	3. CIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H		
CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H S/N		
	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA E SECA CSEM SINAIS FLOGISTICOS.	6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H		
	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB.	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
	9. CUIDADOS GERAIS		
VISITADOR DR NELSON MAROUCZINI	10 SINAIS VITAIS		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

JOSE FERREIRA | 57 | CMCB - CLINICA MÉDICA CIRÚRGICA - B | 233

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
[illegible] FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA CD OSTEOSSINTESE COM FIXADORR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA E SECA CSEM SINAIS FLOGISTICOS. AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB. VISITADOR DR VINICIUS GRESSLER	1. [illegible] 2. SRL 500ML [illegible] 3. DIPIRONA 1G [illegible] 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 12. Captopril 50mg V.O [illegible]		[illegible handwritten nursing notes]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIBT-07/11/19 FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA PACIENTE SEM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CD.OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FC LIMPA E SECA CSEM SINAIS FLOGISTICOS. AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB. VISITADOR DR RODRIGO VICK	DIETA VO LIVRE 1. SRL 500ml EV 12/12H 2. CIPROFLOXACIN 400MG EV DILUIDO 8/8H 4. TRAMAL 100MG + 100ml SFC 0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ml SF CADA 24/24H 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME: JOSÉ FERREIRA		CMCD - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - 5	
EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIA(07/11/18)	DIETA VO LIVRE		
FEN: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N		
CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
	6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H		
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA FO LIMPA E SECA CSEM SINAIS FLOGISTICOS.	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		Fabiana B. Martins ENFERMEIRA COREN/DF 58.[illegible]
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/8 HRS S/N		
	9. CUIDADOS GERAIS		
AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB.	10 SINAIS VITAIS		
	11 CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
VISITADOR DR RAFAEL/DR FRANCISLEI			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	LEITO	CLINICA
[illegible]	JOSE FERREIRA	57	CIRUR. CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
01/07 07/11/19	[illegible]		[illegible]
FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA	[illegible]		[illegible]
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA E SECA CSFM SINAIS FLOGISTICOS. AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB. VISITADOR DR FRANCISLEI	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		[illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	SETOR	LEITO
	JOSE FERREIRA	57	CMCD - CLINICA MEDICA CIRURGICA - D	239

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
30/04/2019	DIETA ACEITE		
INSATISFAÇÃO PROSTATECTOMIA	2. SOL		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H		
	4. TRAMAL 100MG + 100ML SFG 0,9% EV 8/8H S/N		
CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
	6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H		
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA E SECA CSEM SINAIS FLOGISTICOS.	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/6 HRS S/N		
	9. CUIDADOS GERAIS		
AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB.	10. SINAIS VITAIS		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
VISITADOR DR FRANCISLEI			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PACIENTE	IDADE	CLINICA	LEITO
JOSE FERREIRA	57	CMCG - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	139

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
01/01/07/11:10 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CD:OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA E SECA CSEM SINAIS FLOGISTICOS. AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB.	1. DIETA VOLUNTARIA 2. SRL 500ML EV 20 GTS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA	

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

JOSE FERREIRA	57	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA	299

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	CUIDADOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
04/07/2014/50	1. DIETA VO LIVRE		
	2. SRL 500ML EV 12/12H		
PACIENTE COM FRATURA DE FIBIA DIREITA	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N		
CD OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
	6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H		
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA FO LIMPA E SECA CSEM SINAIS FLOGISTICOS.	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
	9. CUIDADOS GERAIS		
AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB	10. SINAIS VITAIS		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
VISITADOR DR NELSON MARQUEZINE			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

JOSE FERREIRA 57 CIRCO - CLINICA MEDICA CIRURGICA B 239

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA

ENTERITE FLAMAR

ATELECTASIA

FLOG STOUS

ATUALIZANDO COMPLETAR CICLO DE ATB

SANTO ANTONIO SIE

1. DIETA HIDRICA
2. [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. CENTAMICINA 80MG EV 1000ml SF 0,9 [illegible]
6. OMEPRAZOL 40MG EV [illegible]
7. [illegible]
8. [illegible]
9. CUIDADOS GERAIS
10. SINAIS VITAIS
11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

Não [illegible] comunicação, coloração [illegible] sobre [illegible] prurido e náuseas, [illegible] dos de enfermagem

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

LEITO	NOME			
	JOSE FERREIRA	57	CLB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	230

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
D1/D1 07/11/18 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CO OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA, FO LIMPA E SECA CSEM SINAIS FLOGISTICOS. AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB. VISITADOR DR RODRIGO VICK	DIETA VOLUVEL SO 1. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		Obs: [illegible] medicativo, higiene geral, [illegible] curativo, medic [illegible] 9 [illegible] Maria Helena Téc. Enf. AS COREN 498.510

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2211

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	LEITO	CLINICA	PROT.
	JOSE FERREIRA	57	CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	259

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
04/07/07 14:10 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA E SECA (SEM SINAIS FLOGISTICOS AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB. VISITADOR: DR RAFAEL E DR FRANCISLEI	1. DIETA VOLUME 2000 2. SN 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA	

Paulo Marcelino S. Jr.
CRM Ortopedia e Traumatologia

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

JOSE FERREIRA | 57 | HMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B | 239

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
01/07/23/48	1. DIETA VO/ JEJUM		
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA	2. SOLUÇÃO		
PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H		
	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N		
OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		
	6. GENTAMICINA 240MG EV + 100ML SF CADA 24/24H		
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA E SECA (SEM SINAIS FLOGISTICOS.	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N		
	9. CUIDADOS GERAIS		
AGUARDANDO COMPLETAR CICLO DE ATB.	10. SINAIS VITAIS		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

digitado e impresso em: 24/11/2019 às 12:14:03

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	JOSE FERREIRA	57	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	239

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI/DT:07/11/19 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PACIENTE COM QUADRO DE OSTEOMIELITE CRONICA CO OSTEOSSINTESE COM FIXADORR EXTERNO UNIPLANAR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FOLIPA COM SECRECAO SEROSA AGUARDANDO AGENDAMENTO CIRURGICO VISITADOR: DR ANTONIO ISSE	1. DIETA VO LIVRE 2. SRL 500ML IV 12/12H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 9. CUIDADOS GERAIS 10. SINAIS VITAIS 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

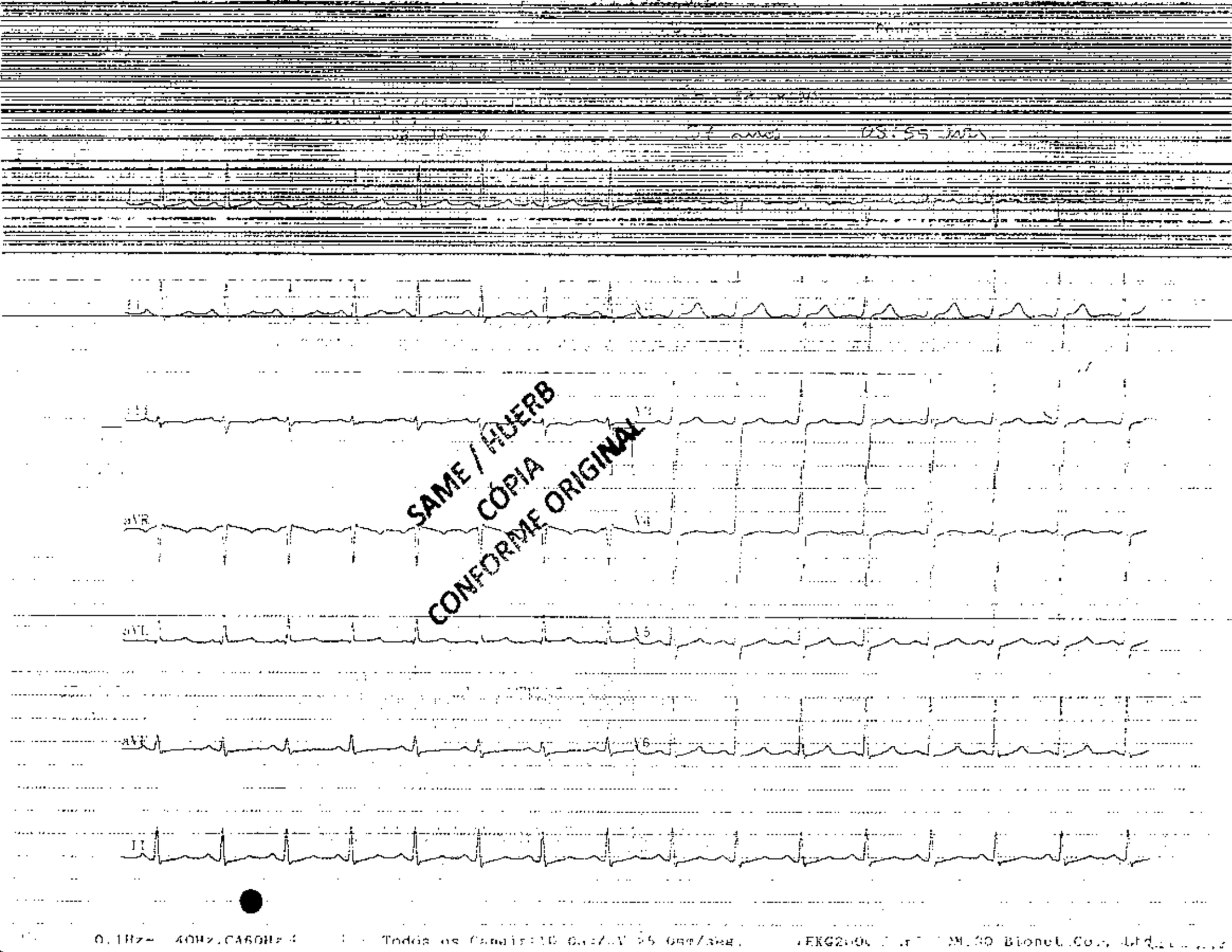
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO [illegible] | JOSE FERREIRA | [illegible] | CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA B [illegible]

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
BMD 07/11/19	1. DIETA ZERO [illegible]		[illegible]
FRATURA EXPOSTA DE [illegible]	2. SRF [illegible]		
PACIENTE COM FERIDA DE OSTEOMIELITE CRONICA	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H		
COLOCADO FIXADOR EXTERNO UNIPLANAR	4. TRAMAL 100MG + 100ML SFO.9% EV 8/8H S/N		Conforme [illegible]
	5. CIPROFLOXACINA 400MG EV CADA 12/12 HORAS		[illegible]
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA. FO LIMPA COM SECRECAO SEROSA	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
	8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/6 HRS S/N		
	9. CUIDADOS GERAIS [illegible]		
	10. SINAIS VITAIS [illegible]		
DR MARCELO PIMENTA DEIXA DE DIETA ZERO PARA REALIZACAO DE AMPUTACAO			14:50 → Paciente [illegible] a amputação, transferido [illegible]
PACIENTE ASSINA			[illegible]
VISITADOR: DR VICKI DR RONEIDO			16:30, pac retorna do centro cirurgico acordado. PA 110X60 mmHg TE Maria
			RECEBIDO
			Assinatura data

① MORFINA 10 | ② 8/20 S/N

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL


I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OK

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2681799 DATA: 06/11/2019 HORA: 18:29 USUARIO: OTERVA
CNS: 702102750520991 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE FERREIRA
IDADE : 57 ANOS NASC: 04/03/1962
ENDERECO : TRAV. BANGU
COMPLEMENTO : BAIRRO: CONQUISTA
MUNICIPIO : RIO BRANCO UF: AC
NOME PAI/MAE : /MARIA DE LOURDES
RESPONSAVEL : ESPOSA- ANGELA
PROCEDENCIA : CONQUISTA
ATENDIMENTO : ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL : SIM PLANO DE SAUDE : NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [160 x 620 mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [ ]

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS

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

DIAGNOSTICO: CID

PRESCRICAO HORARIO

SAME / HGERB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] MORTE [ ] ANE

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

UCRB

ALERGIAS MED.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

( ) CLÍNICO
( ) OBSTETR
( ) PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE	
QUEIXA PRINCIPAL	
FLUXOGRAMA	
DISCRIMINADOR	
PARÂMETROS	PA: X mmHg | Temp.: °C | Sat. O2: %
	ESCALA DE DOR ( ) 10 ( ) 8-9 ( ) 7 ( ) 5-6 ( ) 3-4 ( ) 0
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos | ( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura:
RECLASSIFICAÇÃO	

IDADE:
COMORBIDADES:
Peso:
Pulso: bpm
Glicemia: mg/dl
Glasgow: ( ) Alerta ( ) Não alerta
HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às : horas, administrado medicação conforme prescrição médica

- [ ] Medicação Via Oral – VO, com ml de Água potável:
- [ ] Medicação Intramuscular – IM, local
- [ ] Medicação Endovenosa – EV, puncionado em ( ) MSE ( ) MSD, local com ( ) Jelco nº:_____, ( ) Scalp nº
- [ ] Medicação sublingual;
- [ ] Medicação subcutânea, local:
- [ ] NBZ:

Anotações/Intercorrências:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Dr. David Anderson B. Silva
CIRURGIÃO GERAL
CRMEC 1630

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

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: José Ferreira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 2 1 1 0 2 7 5 0 5 2 0 3 9 1 1

8 - DATA DE NASCIMENTO: 24/03/62

9 - SEXO: Masc. X Fem.

11 - NOME DA MÃE: Maria de Lourdes Ferreira

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Tv. Rosque, 116 B. Conquista

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Rio Branco

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pde com histórico de Colecistite Biliar [illegible] apresenta forte sintoma para dor [illegible] para esquerda [illegible] Rx [illegible]

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pelos sintomas clínicos descritos

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

Rx profundo Expressão hepática direita

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Colecistite crônica hepática direita

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Antônio Carlos

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/02/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (NÚMERO DO REGISTRO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CODEMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

SAME HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima		
1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 18:55
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA QUE PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FERIMENTO IMPORTANTE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO MAIS SANGRAMENTO INTENSO . SINAL DE FRATURA E DEFORMIDADE PA 150 X 120 MMHG FC 102 SAT 99	

Vítima		
1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 18:13
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM ESCORIAÇÕES, SEM SINAL DE FRATURA OU DEFORMIDADE SINAIS VITAIS SEM ALTERAÇÕES	

Vítima		
1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 17:27
	Avaliação: SOLICITANTE RELATA UMA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM SANGRAMENTO EM MEMBRO INFERIOR VITIMA ORIENTADA F FALANDO, CONFORME INFORMA A SOLICITANTE DO LOCAL	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima			
1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 18:55	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 18:55	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 18:55	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

Vítima			
1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 18:55	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 18:55	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 06/11/2019 18:55	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ		
1	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 06/11/2019 17:25
	Dt./Hr. Saída Base: 06/11/2019 17:25	Dt./Hr. Chegada Local: 06/11/2019 17:47
	Dt./Hr. Saída Local: 06/11/2019 18:00	Dt./Hr. Chegada Destino: 06/11/2019 18:26
	Dt./Hr. Saída Destino: 06/11/2019 18:30	Dt./Hr. Chegada Base: 06/11/2019 18:34

SEQ		
2	Veículo: USB 07 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 06/11/2019 17:55
	Dt./Hr. Saída Base: 06/11/2019 17:55	Dt./Hr. Chegada Local: 06/11/2019 18:04
	Dt./Hr. Saída Local: 06/11/2019 18:10	Dt./Hr. Chegada Destino: 06/11/2019 18:16
	Dt./Hr. Saída Destino: 06/11/2019 18:20	Dt./Hr. Chegada Base: 06/11/2019 18:35

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
NILMARA MOREIRA DA SILVA	06/11/2019 17:22		NILMARA MOREIRA DA SILVA
NILMARA MOREIRA DA SILVA	06/11/2019 17:23	NILMARA MOREIRA DA SILVA	EM FILA
ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	06/11/2019 17:27	ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	EM FILA
SANDRA REGINA PRADO LOPES	06/11/2019 17:48	SANDRA REGINA PRADO LOPES	EM FILA
ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	06/11/2019 17:57	ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	EM FILA
ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	06/11/2019 18:13	ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	EM FILA
ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	06/11/2019 18:51		ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE

SAMU 192	FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192	Data Emissão: 27/11/2019 Hora emissão: 10:43 Operador:

Nº da Ocorrência	Qtd. Vítimas	Dt/Hr Início: 05/11/2018 17:22 Dt/Hr Término: 08/11/2019 18:55	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO OUTROS
191106094	1		

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:

End.: R VALDOMIRO LOPES S/N

Bairro: CONQUISTA

Cidade: RIO BRANCO

CEP:

Ponto de Referência: EM FRENTE A PANIFICADORA RODRIGUES DOS DA PONTE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 999575543
Queixa: MOTO X BICICLETA

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima			
1	Nome: JOGE FERREIRA	Idade: 57 ANO(s)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMÍNIO DE MELO

Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1059203-2

DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/11/2017

NOME: JOSÉ FERREIRA

FILIAÇÃO: MARIA DE LOURDES FERREIRA

NATURALIDADE: BRASILÉIA - AC

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/1962

DOC. ORIGEM: CERTD CAS 067 FLS 298 V LIV BRAUX/1 RIO BRANCO - AC

390 967 932-04

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

390.967.932-34

Nome

JOSE FERREIRA

Nascimento

04/03/1962

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034294/20

Vítima: JOSE FERREIRA

Data do acidente: 06/11/2019

CPF: 390.967.932-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FERREIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE FERREIRA : 390.967.932-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800.022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 24/01/2020	Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: JOSE FERREIRA	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 390.967.932-34	CPF: 068.500.787-12
JOSE FERREIRA	Patricia Aleixo Silva

Seguradora LÍDER

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: José Ferreira

Data do Acidente: | Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não | Nº CPF: 39096793234

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse **www.seguradoralider.com.br** ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: **4020-1596**/ Outras regiões: **0800 022 12 04** / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ **Registro de Ocorrência Policial** – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☒ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☒ **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- ☒ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ **Registro de Ocorrência Policial** – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ **Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais)**, contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☐ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☐ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): José Ferreira

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal | CPF do portador: 39096793234

E-mail: reginaoliveira.josé53@gmail.com | Tel.: (68) 99948 0930

Data: 17-01-20 | Assinatura: José Ferreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: Karen Patrícia Gomes | Matrícula: 041.885.652.41

Data: 17.01.2020 | Assinatura:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034294/20

Vítima: JOSE FERREIRA

Data do acidente: 06/11/2019

CPF: 390.967.932-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FERREIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE FERREIRA : 390.967.932-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800.022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 24/01/2020	Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: JOSE FERREIRA	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 390.967.932-34	CPF: 068.500.787-12
JOSE FERREIRA	Patricia Aleixo Silva

Seguradora LÍDER

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: José Ferreira

Data do Acidente: | Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não | Nº CPF: 39096793234

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse **www.seguradoralider.com.br** ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: **4020-1596**/ Outras regiões: **0800 022 12 04** / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ **Registro de Ocorrência Policial** – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☒ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☒ **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- ☒ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ **Registro de Ocorrência Policial** – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ **Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais)**, contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☐ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☐ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): José Ferreira

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal | CPF do portador: 39096793234

E-mail: reginaoliveira.josé53@gmail.com | Tel.: (68) 99948 0930

Data: 17-01-20 | Assinatura: José Ferreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: Karen Patrícia Gomes | Matrícula: 041.885.652.41

Data: 17.01.2020 | Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040674 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA **Data do acidente:** 06/11/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (P13).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040674 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA **Data do acidente:** 06/11/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (P13).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034294/20

Vítima: JOSE FERREIRA

Data do acidente: 06/11/2019

CPF: 390.967.932-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FERREIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE FERREIRA : 390.967.932-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 24/01/2020 Nome: JOSE FERREIRA CPF: 390.967.932-34	Data do cadastramento: 24/01/2020 Nome: Patricia Aleixo Silva CPF: 068.500.787-12
JOSE FERREIRA	Patricia Aleixo Silva

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200040674 **Vítima: JOSE FERREIRA**

Data do Acidente: 06/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERREIRA

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

Pag. 00153/00154 - carta_01 - INVALIDEZ
00030077
Carta nº 15455894

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200040674 **Vítima: JOSE FERREIRA**

Data do Acidente: 06/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE FERREIRA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **001**
Agência: **000008125-6**
Conta: **0000022104-X**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00459/00460 - carta_30 - INVALIDEZ
00050230

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 390.967.932-34

4 - Nome completo da vítima: José Ferreira

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: José Ferreira

6 - CPF: 390.967.932-34

7 - Profissão: Op. de Máquina

8 - Endereço: Trav. Bangu

9 - Número: 116

10 - Complemento:

11 - Bairro: Conquista

12 - Cidade: Rio Branco

13 - Estado: AC

14 - CEP: 69.918-778

15 - E-mail: rebouca.jose53@gmail.com

16 - Tel.(DDD): (68) 99948.0930

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) ( ) CONTA: ( ) ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 8125 (6) CONTA: 22.104 (X)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:
CPF:

Autorização de pagamento

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco, AC, 17 de fevereiro de 2020.

José Ferreira

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Inv
Cod9

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 049033/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 11:12 Data/Hora Fim: 27/12/2019 11:15
Origem: Policia Judiciária
Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

Boletim de ocorrencia

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeta: Delegacia de Polícia da 4ª Regional
Data/Hora do Fato: 06/11/2019 18:08

Local do Fato
Município: Rio Branco (AC) Bairro: Conquista
Logradouro: Rua Valdomiro Lopes

Ponto de Referência: em frente a Casa de Carne Cabi
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
28: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE SE RESULTA EM PERDA OU INUTILIZAÇÃO DO MEMBRO, SENTIDO OU FUNÇÃO (ART. 129, § 2º, INC. III DO CPB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLOS ALBERTO DA COSTA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 25/01/1952
Estado Civil: Sem Informação

Endereço
Município: Rio Branco - AC
Logradouro: Rua Uirapuru Nº: 522
Bairro: Conjunto Wilson Ribeiro
Telefone: (68) 98421-6581 (Celular)

6

Nome Civil: JOSÉ FERREIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 04/03/1962
Profissão: Operador de Máquina
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Ferreira

Endereço
Município: Rio Branco - AC
Logradouro: Travessa Bangu Nº: 110
Bairro: Conquista
Telefone: (68) 99948-0930 (Celular) - (68) 99612-3505 (Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo
Descrição: MOTO YAMAHA FACTOR YBR 125
Placa: MZ-9690
Número do Motor: E3D1E-119104

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 546.193.272-49
Renavam: 00209925695
Número do Chassi: 9C6KE1220A0119153

Carlos Flavio Portela Richard
Delegado de Polícia Civil

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 049033/2019-A01

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010	Cor PRETA
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 K	Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 K
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 13/01/2017
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Carlos Alberto da Costa	Proprietário

Grupo Outros Meios de Transporte	Subgrupo Bicicleta
Descrição BICICLETA	Fabricação Nacional
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Ferreira	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava na via em sua bicicleta quando o autor colidiu com sua moto contra o comunicante; Que o comunicante caiu ao chão fraturando a perna; Que populares acionaram o SAMU que o conduziu ao PS e imediatamente realizaram uma cirurgia colocando pinos e ferros na perna do comunicante; Que uns dias depois foi necessário realizar uma nova cirurgia desta vez, amputando o membro (perna direita) do comunicante;

ASSINATURAS

Vivianne Pereira Lahud Barbary
Agente de Polícia
Matrícula 9118885-6
Responsável pelo Atendimento

José Ferreira
(Comunicante / Vítima)

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

Carlos Flavio Portela Richard
Delegado de Polícia Civil

ESTADO DO ACRE
POLICIA CIVIL DO ESTADO DO ACRE
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 4ª REGIONAL – 4ª DPCR
ENDEREÇO: OESTE Nº 542, TUCUMÃ – CEP 69.919-673 – RIO BRANCO – AC
E-MAIL: drpc4.sepc@gmail.com

REQUISIÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – DPVAT- LEI Nº 6.194/74

Guia n.º 454 Rio Branco-AC - 27/12/2019

Senhor Diretor

Requisito a Vossa Senhoria, para fins de resguardar direitos do Estado, que seja examinada a pessoa a seguir qualificadas, seguindo os quesitos abaixo apontados, são eles:

Nome: José Ferreira
RG: 1059203-2 Data de Nascimento: 04/03/1962
CPF: 390.967.932-34
Filiação: Maria de Lourdes Ferreira
Endereço: Travessa Barqui, 116, Conquista

Quesitos:
1º. Se há ofensa à integridade física ou à saúde do paciente?
2º. Em que consiste? Descrever.
3º. Do evento resultou invalidez permanente?
3.1. Total ou Parcial?
3.1.1. Se parcial, é completa ou incompleta?
4º. Qual nível de perda anatômica ou funcional, em percentual, considerando-se os níveis definidos na tabela constante da Lei nº. 6.194/74?

Carlos Flávio Gomes Portela Richard
Delegado de Polícia Civil da 4ª. Regional

Ao Senhor
Alexandre Baroni Oliveira
Diretor do Instituto Médico Legal
Rio Branco-Ac.

ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO ACRE
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 4ª REGIONAL – 4ª DPCR
ENDEREÇO: OESTE Nº 542, TUCUMÃ – CEP 69.919-673 – RIO BRANCO – AC
TELEFONE: (68) 3229-2802
E-MAIL: drpc4.sepc@gmail.com

MEM/4ª REG/ Nº: 271 Rio Branco – Acre, 27/12/2019

Da: Delegada de Polícia Civil – Lucélia Dias Félix Martins
Para: Diretor do Instituto de Criminalística – Antônio Sérgio Ferreira da Costa
Assunto: **Requisição de Informativo Técnico - DPVAT**

Senhor Diretor,

Cumprimentando-o cordialmente, requisito a Vossa Senhoria que providencie a confecção do **Informativo Técnico do Acidente de Trânsito** abaixo especificado, para fins de **DPVAT**:

Noticiante: José Ferreira
Acidente de Trânsito ocorrido na data: 06/11/2019
Local: Rua Valdomiro Lopes, Conquista
Veículos envolvidos:
V1: Moto Yamaha Factor Placa: MZP 6693
V2: Bicicleta Placa: ——
V3: Placa:
Boletim de Ocorrência nº. 49033/2019

Atenciosamente,

Lucélia Dias Félix Martins
Delegada de Polícia Civil da 4ª Regional

DETRAN ACRE
Departamento Estadual de Trânsito

Povo do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT: 8358
NÚMERO FOLHA:

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA: Rua Valdomiro Lopes, Conquista
03 MUNICÍPIO: Rio Branco
04 UF: AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.: Frente a casa de Como Gabi
06 HORA DA OCORRÊNCIA: 19:07
07 ZONA RURAL / URBANA: [X] URBANA
08 DATA: 06/11/19
09 DIA DA SEMANA: Quinta

10 NATUREZA DO ACIDENTE:
- ATROPELAMENTO [ ] 1
- COLISÃO [X] 3
- TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM [ ] 5
- CHOQUE COM OBJETO FIXO [ ] 7
- OUTRA (ESPECIFICAR) [ ] 9

11 TIPO DE PAVIMENTO:
- ASFALTO [X] 1
- CONCRETO [ ] 3
- PARALELEPÍPEDO [ ] 5
- CASCALHO [ ] 7
- TERRA [ ] 9
- AREIA [ ] 2

12 CONDIÇÕES DA VIA:
- SECA [X] 1
- MOLHADO [ ] 3
- OLEOSA [ ] 5
- ENLAMEADA [ ] 7
- DANIFICADA [ ] 9
- OBRAS [ ] 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO:
- BOM [X] 1
- CHUVA [ ] 3
- NEBLINA [ ] 5
- GAROA [ ] 7

14 Nº DE VEÍCULOS: 02

15 Nº DE VÍTIMAS: 02
SEM VÍTIMAS [ ]
COM VÍTIMAS [X]

VEÍCULO / CONDUTOR 1

16 NOME CONDUTOR: Carlos Alberto da Costa
17 SEXO: M [X] 1 F [ ] 3
18 NASCIMENTO: 29/04/84
19 ENDEREÇO: Não informado
20 1ª HABILITAÇÃO: 12/05/10
21 CATEGORIA: A
22 PRONTUÁRIO: 04940555996
23 UF: AC
24 EX. MÉDICO EM DIA: SIM [X] 1 NÃO [ ] 3
25 USAVA CINTO: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 3
26 USAVA CAPACETE: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 3
27 MARCA: YAMAHA/FACTOR YBR 125K
28 ESPÉCIE: motocicleta
29 PLACA: MZB6693
30 MUNICÍPIO: Rio Branco
31 UF: AC
32 NOME DO PROPRIETÁRIO: mesmo
33 ENDEREÇO:
34 CHASSIS: 9C6KE122040119153
35 COMPARECEU NO POSTO: SIM [ ] NÃO [X]
36 AVARIAS: Lateral direita
37 CARRO
38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA: Antena da Rocha Viana x Farmácia
39 MOTO
40 AÇÃO DO CONDUTOR: Conduzido a UPA Sobral
41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO: SIM [ ] NÃO [ ]
BAT

VEÍCULO / CONDUTOR 2

42 NOME CONDUTOR: José Ferreira
43 SEXO: M [X] 1 F [ ] 3
44 NASCIMENTO: 1977 anos
45 ENDEREÇO: Não informado
46 1ª HABILITAÇÃO: —
47 CATEGORIA: —
48 PRONTUÁRIO: —
49 UF: —
50 EX. MÉDICO EM DIA: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 3
51 USAVA CINTO: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 3
52 USAVA CAPACETE: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 3
53 MARCA: Sem marca
54 ESPÉCIE: Bicicleta
55 PLACA: Nº Quadro 2409205L
56 MUNICÍPIO:
57 UF: —
58 NOME DO PROPRIETÁRIO: —
59 ENDEREÇO: —
60 CHASSIS: —
61 COMPARECEU NO POSTO: SIM [ ] NÃO [ ]
62 AVARIAS: Roda traseira com quadro danificado
63 CARRO
64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA: atravessava a rua, segundo terceiros
65 MOTO
66 AÇÃO DO CONDUTOR: Conduzido ao P.S pelo Samu
67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO: SIM [ ] NÃO [ ]
BAT

TESTEMUNHAS

Nº
68 NOME:
69 SEXO: M [ ] 1 F [ ] 3
70 NASCIMENTO:
71 ENDEREÇO:
72 IDENTIDADE Nº:
73 ÓRGÃO EMISSOR:
74 UF:

Nº
75 NOME:
69 SEXO: M [X] 1 F [ ] 3
77 NASCIMENTO:
78 ENDEREÇO:
79 IDENTIDADE Nº:
80 ÓRGÃO EMISSOR:
81 UF:

DETRAN/AC
Coordenadoria de Engenharia de Trânsito
27 NOV 2019
às ... h ... min.
Kauane Teixeira
034.270.062-63

VÍTIMAS

Nº

82 NOME: Carlos Alberto da Costa

83 SEXO: M [X] F [ ]

84 NASCIMENTO: 27/9/82

85 ENDEREÇO: Não informado

86 FERIMENTOS: LEVES 1 [X] GRAVES 2 [ ] FATAIS 3 [ ]

87 VIAJAVA NO VEÍCULO Nº: 1

88 USAVA CINTO: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 2

89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA: CONDUTOR [X] 1 PASSAG. [ ] 3 PEDESTRE [ ] 5

90 CONDUZIDA PARA: UPA Sobral pelo Samu

Nº

91 NOME: José Ferreira

92 SEXO: M [X] F [ ]

93 NASCIMENTO: 19/9/94

94 ENDEREÇO: Não informado

95 FERIMENTOS: LEVES 1 [ ] GRAVES 2 [X] FATAIS 3 [ ]

96 VIAJAVA NO VEÍCULO Nº: 2

97 USAVA CINTO: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 2

98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA: CONDUTOR [X] 1 PASSAG. [ ] 3 PEDESTRE [ ] 5

99 CONDUZIDA PARA: HS pelo Samu

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

DETRAN/AC
Coordenadoria de Engenharia de Trânsito
27 DEZ 2019
às h min.
Roberto Ferreira
034.270.062-63

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que homens acompanhados vida, Cleo, que ao chegar no local a Polícia Técnica foi evitar, recolhendo a perícia o veículo V1 nas dependências do posto de Lavagem na rodovia BR 364 do Sr Isaias Gomes, CPF: 044.376.642-35 autorizado pelo condutor V1 que a bicicleta foi entregue na casa de Carne Clara pelo a respons. Habitada do Sr. Raimundo Nunes RG: 2158552 SSP-AC, Despacho nº 2019110017232-75082, que o Sr José Ferreira teve fraturas na perna direita.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA: V1

103 MOTORISTA: V2

104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO: 3º SGT Hamilton

105 NOME: Impossibilitado

106 NOME: Impossibilitado

107 NOME / RG: 32 [illegible]

108 ASSINATURA

109 ASSINATURA

110 ASSINATURA

111 LOCAL: Rio Branco, Acre

112 DATA: 06/11/19

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO I

Declaracao de Inexistencia de IML

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

00 0221206

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
JOSÉ FERREIRA	390.967.932-34	06/11/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rio Branco, AC 17 de Janeiro de 2020
Local e Data

José Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017