

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2017

Carta nº: 11561871

A/C: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170461846 ASL-0328444/17
Vitima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI
Data Acidente: 18/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: AURICELIO SILVA DE ASSIS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **EDIVALDO DA COSTA MANASFI**

Nº Sinistro: **3170461846**
Vitima: **EDIVALDO DA COSTA MANASFI**
Data do Acidente: **18/09/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AURICELIO SILVA DE ASSIS**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170461846**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12430855





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

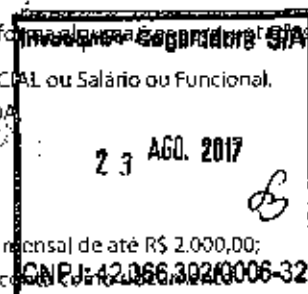
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edivaldo da Costa Maranhão
PORTADOR(A) DO RG Nº 3242060-3 EXPEDIDO POR SSP/AC EM 22/08/12 E
CPF 0313.336342-96 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo
E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 10 meses, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser enviados à Seguradora S/A:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 60183-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Branco, Ac. 04 de Janeiro de 2017
LOCAL E DATA

Edivaldo da Costa Maranhão
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG AQUINO

DATA: 04/01/2017

TERMINAL: 22781016

HORA: 18:47:22

CONTROLE: 227810160318

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA:

NOME:

2278.013.00060183-7
EQUIVALOR DA CUSTA MANASFI

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:
NÚMERO DE CONTROLE:

0105058718
004209064

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-728 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

Instituto Seguradora S/A

23 AGO 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

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: 05/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000060183-7

Nr. da Autenticação D6100AFF4C065D10

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101416/19

Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

CPF: 033.336.542-96

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/09/2016

Titular do CPF: EDIVALDO DA COSTA
MANASFI

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDIVALDO DA COSTA MANASFI : 033.336.542-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: EDIVALDO DA COSTA MANASFI
CPF: 033.336.542-96

EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101416/19

Número do Sinistro: 3190228497

Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

CPF: 033.336.542-96

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIVALDO DA COSTA
MANASFI

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: EDIVALDO DA COSTA MANASFI
CPF: 033.336.542-96

EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190228497 **Cidade:** Senador Guimard **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI **Data do acidente:** 18/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA NO 3º, 4º E 5º METACARPOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES (OSTEOSSÍNTESE E REDUÇÃO INCRUENTA). P.5 E 6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190228497 **Cidade:** Senador Guimard **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI **Data do acidente:** 18/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA NO 3º, 4º E 5º METACARPOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES (OSTEOSSÍNTESE E REDUÇÃO INCRUENTA). P.5 E 6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101416/19

Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

CPF: 033.336.542-96

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/09/2016

Titular do CPF: EDIVALDO DA COSTA
MANASFI

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDIVALDO DA COSTA MANASFI : 033.336.542-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: EDIVALDO DA COSTA MANASFI
CPF: 033.336.542-96

EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

81.013 Et

No. DO BE: 2387177 DATA: 18/09/2016 HORA: 16:54 USUARIO: MARCIA DE LIMP
 CNS: 705001275217155 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDIVALDO DA COSTA MANASFI DOC.: CNS
 IDADE: 19 ANOS NASC: 05/03/1997 SEXO.: MASCULINO
 ENDEREÇO: BR 364 ASSENTAMENTO DO INCRA RAMAL BONAL NUMERO:
 COMPLEMENTO: VEIO NO SAMU BAIRRO:
 MUNICIPIO: SENADOR GUIOMARD UF: AC CEP.: 69900-000
 NOME PAI/MAE: ERIVALDO DA COSTA MANASFI /VANEIDE GOMES DA COSTA
 RESPONSÁVEL: A MAE TEL.: 99910-653
 PROCEDENCIA: RODOVIA - BR 364 99947-9324 99947-5324 - Vaneide
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO TRAUMA: NAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM 928.3097

PA[120 X 90 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[98] SPO2[99]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de agressão moto/moto, sem uso de capacete, com
 ferimento de entrada na lateral do tórax, trazido pelo SAMU, acompanhado pelo
 médico (Dr. Feres), que realizou o atendimento. A - vias aéreas permeáveis.
 B - respirando bem em ar ambiente. C - hemodinâmica

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] E - evoluções em curso
 110 e antebraço @ imobilizado no pré-hospitalar.

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID: _____
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 HORARIO DA MEDICACAO

① Dipirona 1g + 8 ml AD @

② Tetracil 20 mg + 18 ml AD @

③ SAT + DT

④ cefotaxima 1g @

⑤ RX + TC + USG

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] SAÍDA DO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR)

OBJETIVO: [] ALE TUBO [] ALE TUBO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

às 16:54 h. Paciente deu entrada nesta SGT, conduzido pela
 mãe, veio em maca, vítima de agressão moto/moto, apresentando
 ferimentos em MTD + suspeita de fratura em MTD. Foi
 examinado em sala de emergência, agitado. Encaminhado
 para o bloco de exames de RX e TC

Angela M. Gomes da Silva
 Enfermeira

 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PROTOCOLO DE MANCHESTER				HORA	CLASSIFICAÇÃO						
QUEIXA PRINCIPAL											
FLUXOGRAMA											
DISCRIMINADOR											
PARÂMETROS	PA	X	mmHg	TAX.	°C	SPO2	%	FC	Bpm	PESO	
	ESCALA DE DOR: <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px;">LEVE</div> <div style="position: absolute; top: 5px; right: 5px;">MODERADA</div> <div style="position: absolute; top: 5px; right: 5px;">INTENSA</div> </div> </div>									GLICEMIA mg/dl	
										GLASGOW ALTERADO () NÃO ALTERADO ()	
ALERGIA MEDICAMENTOS										CLASSIFICADOR (CARIMBO E ASSINATURA)	
RECLASSIFICAÇÃO										HORA	CLASSIFICADOR (CARIMBO E ASSINATURA)

18/09/16 NCR
 19 15 Ppt vítima de colisão moto com moto sendo encaminhado
 para atendimento hospitalar.
 Ppt sem lesões e com hematócrito.
 EN: Agitado, desorientado, incoerente, AFM (D), morando num bairro apertado -
 muito barulho palcos. 1 ECG: 3/3/6: 12 (ALCOOLIZADO)
 Sem hematomas certo contuso em braço/cabeleto

Haldol 5mg IM
 Fentanyl 1mg IM 2+5



SALVO / FOLHA
 Cópia
 COMISSÃO DE SAÚDE

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MEDICINA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
				10:00:00 - 10:05:00
				10:05:00 - 10:10:00
				10:10:00 - 10:15:00
				10:15:00 - 10:20:00
				10:20:00 - 10:25:00
				10:25:00 - 10:30:00
				10:30:00 - 10:35:00
				10:35:00 - 10:40:00
				10:40:00 - 10:45:00
				10:45:00 - 10:50:00
				10:50:00 - 10:55:00
				10:55:00 - 11:00:00
				11:00:00 - 11:05:00
				11:05:00 - 11:10:00
				11:10:00 - 11:15:00
				11:15:00 - 11:20:00
				11:20:00 - 11:25:00
				11:25:00 - 11:30:00
				11:30:00 - 11:35:00
				11:35:00 - 11:40:00
				11:40:00 - 11:45:00
				11:45:00 - 11:50:00
				11:50:00 - 11:55:00
				11:55:00 - 12:00:00
				12:00:00 - 12:05:00
				12:05:00 - 12:10:00
				12:10:00 - 12:15:00
				12:15:00 - 12:20:00
				12:20:00 - 12:25:00
				12:25:00 - 12:30:00
				12:30:00 - 12:35:00
				12:35:00 - 12:40:00
				12:40:00 - 12:45:00
				12:45:00 - 12:50:00
				12:50:00 - 12:55:00
				12:55:00 - 13:00:00
				13:00:00 - 13:05:00
				13:05:00 - 13:10:00
				13:10:00 - 13:15:00
				13:15:00 - 13:20:00
				13:20:00 - 13:25:00
				13:25:00 - 13:30:00
				13:30:00 - 13:35:00
				13:35:00 - 13:40:00
				13:40:00 - 13:45:00
				13:45:00 - 13:50:00
				13:50:00 - 13:55:00
				13:55:00 - 14:00:00
				14:00:00 - 14:05:00
				14:05:00 - 14:10:00
				14:10:00 - 14:15:00
				14:15:00 - 14:20:00
				14:20:00 - 14:25:00
				14:25:00 - 14:30:00
				14:30:00 - 14:35:00
				14:35:00 - 14:40:00
				14:40:00 - 14:45:00
				14:45:00 - 14:50:00
				14:50:00 - 14:55:00
				14:55:00 - 15:00:00
				15:00:00 - 15:05:00
				15:05:00 - 15:10:00
				15:10:00 - 15:15:00
				15:15:00 - 15:20:00
				15:20:00 - 15:25:00
				15:25:00 - 15:30:00
				15:30:00 - 15:35:00
				15:35:00 - 15:40:00
				15:40:00 - 15:45:00
				15:45:00 - 15:50:00
				15:50:00 - 15:55:00
				15:55:00 - 16:00:00
				16:00:00 - 16:05:00
				16:05:00 - 16:10:00
				16:10:00 - 16:15:00
				16:15:00 - 16:20:00
				16:20:00 - 16:25:00
				16:25:00 - 16:30:00
				16:30:00 - 16:35:00
				16:35:00 - 16:40:00
				16:40:00 - 16:45:00
				16:45:00 - 16:50:00
				16:50:00 - 16:55:00
				16:55:00 - 17:00:00
				17:00:00 - 17:05:00
				17:05:00 - 17:10:00
				17:10:00 - 17:15:00
				17:15:00 - 17:20:00
				17:20:00 - 17:25:00
				17:25:00 - 17:30:00
				17:30:00 - 17:35:00
				17:35:00 - 17:40:00
				17:40:00 - 17:45:00
				17:45:00 - 17:50:00
				17:50:00 - 17:55:00
				17:55:00 - 18:00:00
				18:00:00 - 18:05:00
				18:05:00 - 18:10:00
				18:10:00 - 18:15:00
				18:15:00 - 18:20:00
				18:20:00 - 18:25:00
				18:25:00 - 18:30:00
				18:30:00 - 18:35:00
				18:35:00 - 18:40:00
				18:40:00 - 18:45:00
				18:45:00 - 18:50:00
				18:50:00 - 18:55:00
				18:55:00 - 19:00:00
				19:00:00 - 19:05:00
				19:05:00 - 19:10:00
				19:10:00 - 19:15:00
				19:15:00 - 19:20:00
				19:20:00 - 19:25:00
				19:25:00 - 19:30:00
				19:30:00 - 19:35:00
				19:35:00 - 19:40:00
				19:40:00 - 19:45:00
				19:45:00 - 19:50:00
				19:50:00 - 19:55:00
				19:55:00 - 20:00:00
				20:00:00 - 20:05:00
				20:05:00 - 20:10:00
				20:10:00 - 20:15:00
				20:15:00 - 20:20:00
				20:20:00 - 20:25:00
				20:25:00 - 20:30:00
				20:30:00 - 20:35:00
				20:35:00 - 20:40:00
				20:40:00 - 20:45:00
				20:45:00 - 20:50:00
				20:50:00 - 20:55:00
				20:55:00 - 21:00:00
				21:00:00 - 21:05:00
				21:05:00 - 21:10:00
				21:10:00 - 21:15:00
				21:15:00 - 21:20:00
				21:20:00 - 21:25:00
				21:25:00 - 21:30:00
				21:30:00 - 21:35:00
				21:35:00 - 21:40:00
				21:40:00 - 21:45:00
				21:45:00 - 21:50:00
				21:50:00 - 21:55:00
				21:55:00 - 22:00:00
				22:00:00 - 22:05:00
				22:05:00 - 22:10:00
				22:10:00 - 22:15:00
				22:15:00 - 22:20:00
				22:20:00 - 22:25:00
				22:25:00 - 22:30:00
				22:30:00 - 22:35:00
				22:35:00 - 22:40:00
				22:40:00 - 22:45:00
				22:45:00 - 22:50:00
				22:50:00 - 22:55:00
				22:55:00 - 23:00:00
				23:00:00 - 23:05:00
				23:05:00 - 23:10:00
				23:10:00 - 23:15:00
				23:15:00 - 23:20:00
				23:20:00 - 23:25:00
				23:25:00 - 23:30:00
				23:30:00 - 23:35:00
				23:35:00 - 23:40:00
				23:40:00 - 23:45:00
				23:45:00 - 23:50:00
				23:50:00 - 23:55:00
				23:55:00 - 24:00:00

SAME / HUENB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Maria José Almeida
 Enfermeira
 CRP 111111

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

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

Nome do Paciente _____

Idade: _____ Observação: _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura - Luxação Supracondilária do Ulna
2º Membro Direito Exposta

Cirurgia proposta: Limpeza Cirúrgica + Osteossíntese com Fio II

Diagnóstico definitivo: O mesmo

Cirurgia realizada: à Proposta Data _____

Cirurgião Dr. Raimundo 1º Auxiliar Dr. Raimundo

2º Auxiliar Dr. Raimundo Instrumentadora _____

Anestesista Dr. Adelson Anestesia Fluorídio Tetróxido

Acidentes durante o ato cirúrgico () Sim (☒) Não

Descrição SANE / FIORES
CÓPIA

Biopsia de congelação () Sim (☒) Não

Diagnóstico patológico: /

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico
(☒) Enfermaria () CT () Residência () Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
1. Paciente em D.O.H. sob Fluorídio Tetróxido de N2.
2. Anestesia - Intubação + Monitorização de Arteriais e Venozas.
3. Incisão de fundo com dano de pele 2cm.
4. Limpeza cirúrgica e S.F.O. 95.
5. Lavagem com solução de Iodine e 1 litro de S.F.O. 95.
6. Fratura exposta com fragmentos ósseos deslocados e com fragmentos de tecido mole aderidos.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- di 3^o MTC
2. Redução aberta + fixação fio II 3.5
 3. Redução por placa + interface de fixação
 4. Redução de 4^o + 5^o MTC aberto
 9. Redução aberta + fixação intermediária
 10. Redução aberta + fixação de 5^o MTC
 11. Sutura da pele + curativo

12. Curativo + antiesmear e fixação de curativo

13. Redução de 6^o + 7^o MTC + fixação

14. Redução de 8^o MTC + fixação

Dr. Ronaldo de Carvalho
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM-AC 1597

Data

Assinatura do Cirurgião

CRM



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo A

Unitid: HUEKB

NOME: Edi um Colo do Filho Manauji IDADE: 4

51

REGISTRO: 21

七七七七

ENFERMARIA:

SET

LEITO

[illegible]

STAMPED: BUENAS
COPIA ORIGINAL

CONFIDENTIAL

Veri

FICHA DE INTERNAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Reg. Definitivo... 81012
Número do CNS... 708061275217155
Nome... EDIVALDO DA COSTA MANASSI
Documento... CNS
Data de Nascimento... 5/03/1991
Sexo... MASCULINO
Responsável... EDIVALDO DA COSTA MANASSI
Nome da Mãe... VANILDE GOMES DA COSTA
Endereço... BR 156 ASENTAMENTO DO INCHA RANAL VIEJO NO SAKU
Bairro...
Telefone... 99910-6536
Município... 1200451 - AC
Naturalidade... BRASILEIRO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada... 4 - EMERGENCIA Nº. do Reg. 2387177

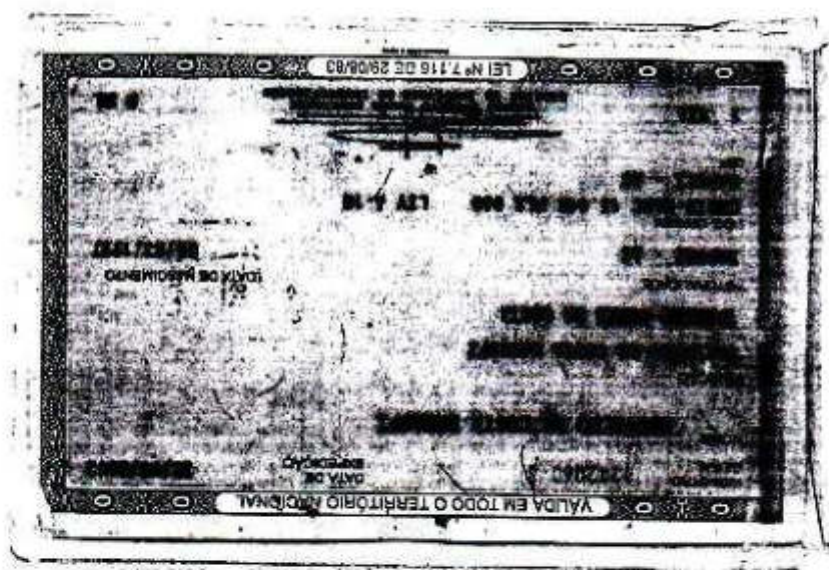
Data de Internação: 10/05/2016
Hora da Internação: 17:24
Médico Solicitante: 014.311.151-50 - TEREZA RAQUEL MOURA BAPTISTA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnóstico...: NAO INFORMADO
Identif. Operador: ADELINO
5.623
0408080377

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr. Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundário:
Principal:
Se undarido:
Curso:

cod. 182134516

SAME / HOMO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR () EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

48 - DOCUMENTO

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


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

Leuda Davalos DKN (Ud)



CONFORME ORIGINAL
STATE / MUSEO
COPIA

ENF:

EVOLUÇÃO NEUROCIRURGIA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
DATA: 17/09/16 Data de Internação: m. Poltronas Frente segue derivada lateral para um bom nível de consciência Ao exam. e.c.a. 11/60; 0.5; m. 5.1 pop. 170, pto. 80 m.i. bilobado p. posterior mente infundido... Vigilância neurologica	1. DIETA: r.p.m. S.V.C. 2. SF 0.1% 2500-2 @ 1' 500 500 500 3. Dipirona 1g dil (8 ml AD) EV 6/6hs 10 16 22 28 4. Omeprazol 40mg dil EV 1x dia cedo 06 5. Plasil 2ml dil EV 8/8hs SOS 6. Tramadol 100mg+ SG a 5% 100ml EV 8/8h em 40° SN 7. Observar nível de consciência 8. SSVV 6/6hs ① Glucose 50% - 50g por hora  CÓPIA ORIGINAL SAME / NERB CONFORME ORIGINAL ortopedica - paciente politraumatizada, vítima de colisão veicular com gruações e ferimentos. Contusão no dorso da mão direita. Ao exame paciente agitado, sem resposta verbal As malhas no pescoço - fratura do rachão deslocada e craniotomia exposta de 1°, 2° e 3° MTC.	17:00hrs paciente está de acordo com tudo, orientado, feito tudo para sua segurança apresentando o quadro de desidratação em média ventura 50%, recidivado abaixo 14.55 de Colúmbia nº 14, desprotegida 600 ml diurese de excreção abrandado sem excreção, pito, mobilidade 4.55, ventriculo a PA: 125 x 47 mmHg. FC: Adria -- " -- 17:10 apresentando fce sob	SINAIS VITAIS PA TAX FC FR GLI INSULINA

...to people

گفتگو



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Movo Acre

Unidade: Exatidão do 1ºo momento

Unidade:

NOME:

IDADE:

REGISTRO:

ENFERMARIA:

015

NAME:

INFERMAGEN

[illegible]

SAFETY / EYES
DANGER

CONFIDENTIAL

Dr. Roberto T. de Carmelo
Ortopedia - Traumatología
Cirugía de Quirófano
GRUPO: 150

please (in the future)
 credit change to
 ex future points
 for 29-2. 7th. (1)

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1,2.
3. F 4 MTC DE MAO DIREITA

1. DIETA VO LIVRE

7 2F 0 0% 500 MI EV DF 12H2H

3 DIBONA 1 AMP EV + AD DE 6.6H

4 TRAMAL 100MG EV + 100 ML I

5 CEEA OTINA 1 G EV DE 616H

± CENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA

3 DIAGN 10 MG EVDF

3 011F98A70X 40 MG EV 1 VEZ AO DIA

9 CAPTOPRIL 50 MG SE PA > 160x110 mmHg

40 CIBRATIVO DIARIO

4.1 MIEMBRO FI EVADO

12 CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

Dobson de Souza

Wiedźma

~~SECRET~~ 1903

STATE / HUSB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PS
Tide
red
per A
a pre
pays
lent
pour
lieux
soix
leur
me
c/07
face

[illegible]

Office - Suite 200, 1000
California
Covina, CA 91724

2406

[illegible]



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

NOME: Edson da Costa Moraes

IDADE: 19 ANOS

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado:

Vesícula Biliar:

Pâncreas:

Rins:

Aorta:

Baço:

Intestinos:

Conclusão:

SAÚDE / BOM

CÓPIA

COMPROVA ORIGINAL

Dr. J. J. Gomes
Diretor Geral - Emergência
HUEB - Rio Branco - 2011

18:50h

Alfonso Souza
Alfonso Souza

67

HUEPB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

FONE: 3223-3080

EDINALDO DA C. MANASSI

Paciente:

ID paciente:

Data nascimento:

Cód barra:

Sexo:

Depart:

Masc

2013748

ID amost:

Idade:

Tipo de amostra:

Data da coleta:

Hora da coleta:

Soro

0 Ano

24/09/2016

Química:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLU	107	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE	21	mg/dL	Baixo	10 - 50
CRE	0.6	mg/dL		0.7 - 1.2
Data/Hora solicitação:	24/09/2016	Data/Hora teste:	24/09/2016	Data/Hora impr.: 24/09/2016 08:22:47

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

SAME / HUEPB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUEPB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
RIO BRANCO/AC



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIACAO

DA CLINICA: Ortopedia LEITO N° 179 A CLINICA: Neurologia

PACIENTE: Bellardo da Costa

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNOSTICO CLINICO:
Paciente 19 anos com história de acidente de trânsito com fratura de fêmur direito e fratura de tibia e fíbula esquerda. No último mês, paciente apresenta dificuldade de marcha, dor no local da fratura e edema. Exame físico: membro inferior direito com dor à palpação, edema e deformidade. Membro inferior esquerdo com dor à palpação e edema. Radiografia de fêmur direito e tibia/fíbula esquerda com fraturas consolidadas.

RELATORIO DA CONSULTA:
UOA - Serviço de Emergência Hospitalar
Exame físico: direito, edema, dor à palpação
Exame físico: esquerdo, dor à palpação, edema
Exame físico: tibia/fíbula esquerda, dor à palpação, edema
NOME DO SOLICITANTE: _____ DATA: 24/01/16 HORA: 10:00

NOME DO MEDICO: _____ DATA: _____ HORA: _____
Imp: LAD
CD Fratura (00 8/0)
+ Chaveiro / Monitorar SV
e me of U



PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: *Ortopedia* LEITO Nº *279* A CLÍNICA: *Ortopedia*
PACIENTE: *Edinilde de Souza*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*Paciente de 49 anos com história de polipose
de fundo gástrico, associada a sintomas
de má absorção, perda de peso e
sangramento. Janda por aquecimento
durante a noite. História de
doença de refluxo, com
tratamento com inibidores da secreção
gástrica e acompanhamento em
unidade de gastroenterologia. Não apresenta
sintomas de hipertensão ou infarto.*

Son de Souza
Médico
AC 1903

NOME DO SOLICITANTE: DATA: *29/04/2023* HORA: *18:00*

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAM / ROLIM

Cópia

COPIA ORIGINAL

NOME DO MÉDICO: DATA: / / HORA:

EQUA/ 000' .67

Amostra: Sanguine Total

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Liberação por: CLAUDIA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 02/10/16 às 12:09 Coleta: 02/10/16 às 10:57-1a. Vta Impressa: 02/10/16

SAO PAO PACIENTES ADULTOS.

OS VALORES DE EFICIENCIA AQUI CITADOS

CONFIDENTIAL ORIGINAL

Copy

SECRET

Dr. Charles G. Goss
Formaldehyde
600-2-003

40:24

VR: 4 2 5 3

9 50 2 12 18A

VR: 24 04 *

N E P O : 120

9/18/2014

4.2.180

6 4 8 7 :NA

1000

1981: 5,000 * 10,000 = 50,000,000

— 25 —

01 54 3 40 14

06 7 5 1 8

W: R:42 52 M:37 548 5

5. 01 2 7E W 52 2 4-2 2 52 M: 37 2 48 5

70/5 91 8 21 M 91 8 51 M : 81

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100																																																																																																																																																																																								
Population	10.0	10.1	10.2	10.3	10.4	10.5	10.6	10.7	10.8	10.9	11.0	11.1	11.2	11.3	11.4	11.5	11.6	11.7	11.8	11.9	12.0	12.1	12.2	12.3	12.4	12.5	12.6	12.7	12.8	12.9	13.0	13.1	13.2	13.3	13.4	13.5	13.6	13.7	13.8	13.9	14.0	14.1	14.2	14.3	14.4	14.5	14.6	14.7	14.8	14.9	15.0	15.1	15.2	15.3	15.4	15.5	15.6	15.7	15.8	15.9	16.0	16.1	16.2	16.3	16.4	16.5	16.6	16.7	16.8	16.9	17.0	17.1	17.2	17.3	17.4	17.5	17.6	17.7	17.8	17.9	18.0	18.1	18.2	18.3	18.4	18.5	18.6	18.7	18.8	18.9	19.0	19.1	19.2	19.3	19.4	19.5	19.6	19.7	19.8	19.9	20.0	20.1	20.2	20.3	20.4	20.5	20.6	20.7	20.8	20.9	21.0	21.1	21.2	21.3	21.4	21.5	21.6	21.7	21.8	21.9	22.0	22.1	22.2	22.3	22.4	22.5	22.6	22.7	22.8	22.9	23.0	23.1	23.2	23.3	23.4	23.5	23.6	23.7	23.8	23.9	24.0	24.1	24.2	24.3	24.4	24.5	24.6	24.7	24.8	24.9	25.0	25.1	25.2	25.3	25.4	25.5	25.6	25.7	25.8	25.9	26.0	26.1	26.2	26.3	26.4	26.5	26.6	26.7	26.8	26.9	27.0	27.1	27.2	27.3	27.4	27.5	27.6	27.7	27.8	27.9	28.0	28.1	28.2	28.3	28.4	28.5	28.6	28.7	28.8	28.9	29.0	29.1	29.2	29.3	29.4	29.5	29.6	29.7	29.8	29.9	30.0	30.1	30.2	30.3	30.4	30.5	30.6	30.7	30.8	30.9	31.0	31.1	31.2	31.3	31.4	31.5	31.6	31.7	31.8	31.9	32.0	32.1	32.2	32.3	32.4	32.5	32.6	32.7	32.8	32.9	33.0	33.1	33.2	33.3	33.4	33.5	33.6	33.7	33.8	33.9	34.0	34.1	34.2	34.3	34.4	34.5	34.6	34.7	34.8	34.9	35.0	35.1	35.2	35.3	35.4	35.5	35.6	35.7	35.8	35.9	36.0	36.1	36.2	36.3	36.4	36.5	36.6	36.7	36.8	36.9	37.0	37.1	37.2	37.3	37.4	37.5	37.6	37.7	37.8	37.9	38.0	38.1	38.2	38.3	38.4	38.5	38.6	38.7	38.8	38.9	39.0	39.1	39.2	39.3	39.4

LEUCOGRAMMA
CHECK:
.....
.....
.....
.....
Hemoglobin:.....
Hematocrit (unspun):....

ERITROGRAMA

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

Solicitante: LIVIA DOS REIS FERREIRA

US. Origem.: HUERB/PS

Num. do BE: 02387177

Requestor: 16.PC.1.016405

Paciente.: EDIVALDO DA COSTA MANASSI (EME)

CGC - 04-034-526/0002-24

AV. NACDES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - TEL.: 223-3080

HUERS
PATOLOGIA CLINICA

HUBER

Page : 001

2000

PATOLOGIA CLINICA
HUEB
AV. NACOES UNIDAS, 700 - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP: 69906620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: EDIVALDO DA COSTA MANASSI (EME)

Requisicao: 16.PC.1.016405

Num. do BE: 02387177

US. Origem.: HUEB/PS

Solicitante: LIVIA DOS REIS FERREIRA

Sector.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA

Amostra: Plasma

Metodologia:.....
Tempo de Protrombina:.....
Atividade Protrombina:.....
INR:.....
Quilox
Segundo
1.04
94.70
3.10

VALOR NORMAL 12.5 segundos
Var: 00 %

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CHEN 749/DV 02/10/16 às 14:12 Coleta: 02/10/16 às 10:57-18. Via Impressa: 02/10/16

SAITE / HUEB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

10/10/2016
10:57:18
MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CHEN

Cons. Regional: 7871

Idade.: 19A

Requis.: 02/10/201



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: *Citopatologia* LEITO Nº *279* A CLÍNICA: *Realidade*

PACIENTE: *Edirildo da Costa*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 49 anos com histórico de hipertensão, com crises hipertensivas e episódios de dor no peito. Em exame físico, apresenta sinais de hipertensão arterial, com pressão arterial elevada. Exame de urina com proteinúria e hematuria. Exame de sangue com anemia e leucopenia.

NOME DO SOLICITANTE: *Son de Souza* *Medico* *AC 1903*
DATA: *21/09/16* HORA: *11:00*

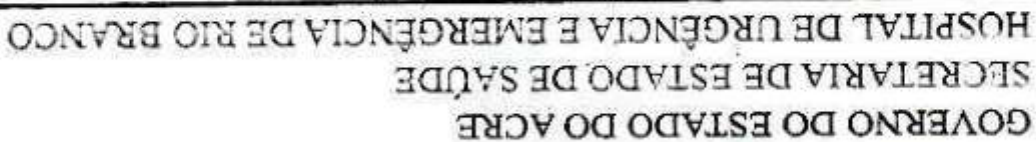
RELATÓRIO DA CONSULTA:

Formado com José Gonçalves
Atendimento com o Dr. Costa
Uma história de hipertensão

COPIA
ORIGINAL
11/12/2016

NOME DO MÉDICO:

DATA: *11/12/2016* HORA:



PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA:

Estimado Sr. Srta. Mariana:

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Furcut 19 anos vítima de violência
 física com abuso sexual e psicológico
 de forma (12/01/16)
 data de início da violência e conduta

1950

09-11

~~CONFIDENTIAL~~

SECRET
NOFORN
11/13/77

NOME DO SOLICITANTE:

DATA DA 16 HORA:

REZATÓRIO DA CONSULTA:

Reservat vîntu de Pol. Troncu c/ Acord
de deserv. fac. cu nouă. 05.
R 5/11.

NOME DO MEDICO: _____ DATA: 02/10/2011 HORA: _____

DATA@C/C/L/I...GHORA:

[Handwritten signature]



HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Prisão de ventre
de 15 dias

História da Doença Atual:

SAME, 15 dias

História da Doença Anterior:

CONFERIR ORIGINAL

Exame Físico: leve abdome mole
sem sinais de irritação
sem sinais de desidratação

Diagnóstico Provisório: TCE
de origem
funcional

Diagnóstico Definitivo: Prisão de ventre
de origem
funcional

Leida Davalos, CRM 1034 MTC
Médica Autorizada
Aim 1000000
CNS 201.072.056.240.700

- 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-TRANSFERENCENCIA P/ FISILOGIA
- 32-TRANSFERENCENCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERENCENCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERENCENCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERENCENCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 37-TRANSFERENCENCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 38-TRANSFERENCENCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERENCENCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA C/PERMAM. DO
- RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. CMENOS DE 24 H
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCI
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCI
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCI
- 69-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCI
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECEM
- RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECEM
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECEM



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

REGISTRO

PACIENTE

ELIVALDO COSTA MANASFI

IDADE

19

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURG

LEITO

179

HUERR

2016 às 10:13:04

digitado e impresso em 2

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	CÓDIGO DE ENFERMAGEM
FX DE RADIO DIAL DIREITO + FXLX EXPOSTA INTERFERÊNCIA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MTC DIREITA	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/24H 3. DIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H 4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/1 5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H 6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 7. PLASIL 10 MG EV DE 8/6H 8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA 9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 150x110 mmHg 10. CURATIVO DIÁRIO 11. MEMBRO ELEVADO 12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 13. DIAZEPAM 10 MG VO A NOITE	09:00 16:00 18:00 20:00 22:00 24:00 01:00 03:00 05:00 07:00 09:00 11:00 13:00 15:00 17:00 19:00 21:00 23:00 25:00 27:00 29:00 31:00 33:00 35:00 37:00 39:00 41:00 43:00 45:00 47:00 49:00 51:00 53:00 55:00 57:00 59:00 61:00 63:00 65:00 67:00 69:00 71:00 73:00 75:00 77:00 79:00 81:00 83:00 85:00 87:00 89:00 91:00 93:00 95:00 97:00 99:00 101:00 103:00 105:00 107:00 109:00 111:00 113:00 115:00 117:00 119:00 121:00 123:00 125:00 127:00 129:00 131:00 133:00 135:00 137:00 139:00 141:00 143:00 145:00 147:00 149:00 151:00 153:00 155:00 157:00 159:00 161:00 163:00 165:00 167:00 169:00 171:00 173:00 175:00 177:00 179:00 181:00 183:00 185:00 187:00 189:00 191:00 193:00 195:00 197:00 199:00 201:00 203:00 205:00 207:00 209:00 211:00 213:00 215:00 217:00 219:00 221:00 223:00 225:00 227:00 229:00 231:00 233:00 235:00 237:00 239:00 241:00 243:00 245:00 247:00 249:00 251:00 253:00 255:00 257:00 259:00 261:00 263:00 265:00 267:00 269:00 271:00 273:00 275:00 277:00 279:00 281:00 283:00 285:00 287:00 289:00 291:00 293:00 295:00 297:00 299:00 301:00 303:00 305:00 307:00 309:00 311:00 313:00 315:00 317:00 319:00 321:00 323:00 325:00 327:00 329:00 331:00 333:00 335:00 337:00 339:00 341:00 343:00 345:00 347:00 349:00 351:00 353:00 355:00 357:00 359:00 361:00 363:00 365:00 367:00 369:00 371:00 373:00 375:00 377:00 379:00 381:00 383:00 385:00 387:00 389:00 391:00 393:00 395:00 397:00 399:00 401:00 403:00 405:00 407:00 409:00 411:00 413:00 415:00 417:00 419:00 421:00 423:00 425:00 427:00 429:00 431:00 433:00 435:00 437:00 439:00 441:00 443:00 445:00 447:00 449:00 451:00 453:00 455:00 457:00 459:00 461:00 463:00 465:00 467:00 469:00 471:00 473:00 475:00 477:00 479:00 481:00 483:00 485:00 487:00 489:00 491:00 493:00 495:00 497:00 499:00 501:00 503:00 505:00 507:00 509:00 511:00 513:00 515:00 517:00 519:00 521:00 523:00 525:00 527:00 529:00 531:00 533:00 535:00 537:00 539:00 541:00 543:00 545:00 547:00 549:00 551:00 553:00 555:00 557:00 559:00 561:00 563:00 565:00 567:00 569:00 571:00 573:00 575:00 577:00 579:00 581:00 583:00 585:00 587:00 589:00 591:00 593:00 595:00 597:00 599:00 601:00 603:00 605:00 607:00 609:00 611:00 613:00 615:00 617:00 619:00 621:00 623:00 625:00 627:00 629:00 631:00 633:00 635:00 637:00 639:00 641:00 643:00 645:00 647:00 649:00 651:00 653:00 655:00 657:00 659:00 661:00 663:00 665:00 667:00 669:00 671:00 673:00 675:00 677:00 679:00 681:00 683:00 685:00 687:00 689:00 691:00 693:00 695:00 697:00 699:00 701:00 703:00 705:00 707:00 709:00 711:00 713:00 715:00 717:00 719:00 721:00 723:00 725:00 727:00 729:00 731:00 733:00 735:00 737:00 739:00 741:00 743:00 745:00 747:00 749:00 751:00 753:00 755:00 757:00 759:00 761:00 763:00 765:00 767:00 769:00 771:00 773:00 775:00 777:00 779:00 781:00 783:00 785:00 787:00 789:00 791:00 793:00 795:00 797:00 799:00 801:00 803:00 805:00 807:00 809:00 811:00 813:00 815:00 817:00 819:00 821:00 823:00 825:00 827:00 829:00 831:00 833:00 835:00 837:00 839:00 841:00 843:00 845:00 847:00 849:00 851:00 853:00 855:00 857:00 859:00 861:00 863:00 865:00 867:00 869:00 871:00 873:00 875:00 877:00 879:00 881:00 883:00 885:00 887:00 889:00 891:00 893:00 895:00 897:00 899:00 901:00 903:00 905:00 907:00 909:00 911:00 913:00 915:00 917:00 919:00 921:00 923:00 925:00 927:00 929:00 931:00 933:00 935:00 937:00 939:00 941:00 943:00 945:00 947:00 949:00 951:00 953:00 955:00 957:00 959:00 961:00 963:00 965:00 967:00 969:00 971:00 973:00 975:00 977:00 979:00 981:00 983:00 985:00 987:00 989:00 991:00 993:00 995:00 997:00 999:00 1001:00 1003:00 1005:00 1007:00 1009:00 1011:00 1013:00 1015:00 1017:00 1019:00 1021:00 1023:00 1025:00 1027:00 1029:00 1031:00 1033:00 1035:00 1037:00 1039:00 1041:00 1043:00 1045:00 1047:00 1049:00 1051:00 1053:00 1055:00 1057:00 1059:00 1061:00 1063:00 1065:00 1067:00 1069:00 1071:00 1073:00 1075:00 1077:00 1079:00 1081:00 1083:00 1085:00 1087:00 1089:00 1091:00 1093:00 1095:00 1097:00 1099:00 1101:00 1103:00 1105:00 1107:00 1109:00 1111:00 1113:00 1115:00 1117:00 1119:00 1121:00 1123:00 1125:00 1127:00 1129:00 1131:00 1133:00 1135:00 1137:00 1139:00 1141:00 1143:00 1145:00 1147:00 1149:00 1151:00 1153:00 1155:00 1157:00 1159:00 1161:00 1163:00 1165:00 1167:00 1169:00 1171:00 1173:00 1175:00 1177:00 1179:00 1181:00 1183:00 1185:00 1187:00 1189:00 1191:00 1193:00 1195:00 1197:00 1199:00 1201:00 1203:00 1205:00 1207:00 1209:00 1211:00 1213:00 1215:00 1217:00 1219:00 1221:00 1223:00 1225:00 1227:00 1229:00 1231:00 1233:00 1235:00 1237:00 1239:00 1241:00 1243:00 1245:00 1247:00 1249:00 1251:00 1253:00 1255:00 1257:00 1259:00 1261:00 1263:00 1265:00 1267:00 1269:00 1271:00 1273:00 1275:00 1277:00 1279:00 1281:00 1283:00 1285:00 1287:00 1289:00 1291:00 1293:00 1295:00 1297:00 1299:00 1301:00 1303:00 1305:00 1307:00 1309:00 1311:00 1313:00 1315:00 1317:00 1319:00 1321:00 1323:00 1325:00 1327:00 1329:00 1331:00 1333:00 1335:00 1337:00 1339:00 1341:00 1343:00 1345:00 1347:00 1349:00 1351:00 1353:00 1355:00 1357:00 1359:00 1361:00 1363:00 1365:00 1367:00 1369:00 1371:00 1373:00 1375:00 1377:00 1379:00 1381:00 1383:00 1385:00 1387:00 1389:00 1391:00 1393:00 1395:00 1397:00 1399:00 1401:00 1403:00 1405:00 1407:00 1409:00 1411:00 1413:00 1415:00 1417:00 1419:00 1421:00 1423:00 1425:00 1427:00 1429:00 1431:00 1433:00 1435:00 1437:00 1439:00 1441:00 1443:00 1445:00 1447:00 1449:00 1451:00 1453:00 1455:00 1457:00 1459:00 1461:00 1463:00 1465:00 1467:00 1469:00 1471:00 1473:00 1475:00 1477:00 1479:00 1481:00 1483:00 1485:00 1487:00 1489:00 1491:00 1493:00 1495:00 1497:00 1499:00 1501:00 1503:00 1505:00 1507:00 1509:00 1511:00 1513:00 1515:00 1517:00 1519:00 1521:00 1523:00 1525:00 1527:00 1529:00 1531:00 1533:00 1535:00 1537:00 1539:00 1541:00 1543:00 1545:00 1547:00 1549:00 1551:00 1553:00 1555:00 1557:00 1559:00 1561:00 1563:00 1565:00 1567:00 1569:00 1571:00 1573:00 1575:00 1577:00 1579:00 1581:00 1583:00 1585:00 1587:00 1589:00 1591:00 1593:00 1595:00 1597:00 1599:00 1601:00 1603:00 1605:00 1607:00 1609:00 1611:00 1613:00 1615:00 1617:00 1619:00 1621:00 1623:00 1625:00 1627:00 1629:00 1631:00 1633:00 1635:00 1637:00 1639:00 1641:00 1643:00 1645:00 1647:00 1649:00 1651:00 1653:00 1655:00 1657:00 1659:00 1661:00 1663:00 1665:00 1667:00 1669:00 1671:00 1673:00 1675:00 1677:00 1679:00 1681:00 1683:00 1685:00 1687:00 1689:00 1691:00 1693:00 1695:00 1697:00 1699:00 1701:00 1703:00 1705:00 1707:00 1709:00 1711:00 1713:00 1715:00 1717:00 1719:00 1721:00 1723:00 1725:00 1727:00 1729:00 1731:00 1733:00 1735:00 1737:00 1739:00 1741:00 1743:00 1745:00 1747:00 1749:00 1751:00 1753:00 1755:00 1757:00 1759:00 1761:00 1763:00 1765:00 1767:00 1769:00 1771:00 1773:00 1775:00 1777:00 1779:00 1781:00 1783:00 1785:00 1787:00 1789:00 1791:00 1793:00 1795:00 1797:00 1799:00 1801:00 1803:00 1805:00 1807:00 1809:00 1811:00 1813:00 1815:00 1817:00 1819:00 1821:00 1823:00 1825:00 1827:00 1829:00 1831:00 1833:00 1835:00 1837:00 1839:00 1841:00 1843:00 1845:00 1847:00 1849:00 1851:00 1853:00 1855:00 1857:00 1859:00 1861:00 1863:00 1865:00 1867:00 1869:00 1871:00 1873:00 1875:00 1877:00 1879:00 1881:00 1883:00 1885:00 1887:00 1889:00 1891:00 1893:00 1895:00 1897:00 1899:00 1901:00 1903:00 1905:00 1907:00 1909:00 1911:00 1913:00 1915:00 1917:00 1919:00 1921:00 1923:00 1925:00 1927:00 1929:00 1931:00 1933:00 1935:00 1937:00 1939:00 1941:00 1943:00 1945:00 1947:00 1949:00 1951:00 1953:00 1955:00 1957:00 1959:00 1961:00 1963:00 1965:00 1967:00 1969:00 1971:00 1973:00 1975:00 1977:00 1979:00 1981:00 1983:00 1985:00 1987:00 1989:00 1991:00 1993:00 1995:00 1997:00 1999:00 2001:00 2003:00 2005:00 2007:00 2009:00 2011:00 2013:00 2015:00 2017:00 2019:00 2021:00 2023:00 2025:00 2027:00 2029:00 2031:00 2033:00 2035:00 2037:00 2039:00 2041:00 2043:00 2045:00 2047:00 2049:00 2051:00 2053:00 2055:00 2057:00 2059:00 2061:00 2063:00 2065:00 2067:00 2069:00 2071:00 2073:00 2075:00 2077:00 2079:00 2081:00 2083:00 2085:00 2087:00 2089:00 2091:00 2093:00 2095:00 2097:00 2099:00 2101:00 2103:00 2105:00 2107:00 2109:00 2111:00 2113:00 2115:00 2117:00 2119:00 2121:00 2123:00 2125:00 2127:00 2129:00 2131:00 2133:00 2135:00 2137:00 2139:00 2141:00 2143:00 2145:00 2147:00 2149:00 2151:00 2153:00 2155:00 2157:00 2159:00 2161:00 2163:00 2165:00 2167:00 2169:00 2171:00 2173:00 2175:00 2177:00 2179:00 2181:00 2183:00 2185:00 2187:00 2189:00 2191:00 2193:00 2195:00 2197:00 2199:00 2201:00 2203:00 2205:00 2207:00 2209:00 2211:00 2213:00 2215:00 2217:00 2219:00 2221:00 2223:00 2225:00 2227:00 2229:00 2231:00 2233:00 2235:00 2237:00 2239:00 2241:00 2243:00 2245:00 2247:00 2249:00 2251:00 2253:00 2255:00 2257:00 2259:00 2261:00 2263:00 2265:00 2267:00 2269:00 2271:00 2273:00 2275:00 2277:00 2279:00 2281:00 2283:00 2285:00 2287:00 2289:00 2291:00 2293:00 2295:00 2297:00 2299:00 2301:00 2303:00 2305:00 2307:00 2309:00 2311:00 2313:00 2315:00 2317:00 2319:00 2321:00 2323:00 2325:00 2327:00 2329:00 2331:00 2333:00 2335:00 2337:00 2339:00 2341:00 2343:00 2345:00 2347:00 2349:00 2351:00 2353:00 2355:00 2357:00 2359:00 2361:00 2363:00 2365:00 2367:00 2369:00 2371:00 2373:00 2375:00 2377:00 2379:00 2381:00 2383:00 2385:00 2387:00 2389:00 2391:00 2393:00 2395:00 2397:00 2399:00 2401:00 2403:00 2405:00 2407:00 2409:00 2411:00 2413:00 2415:00 2417:00 2419:00 2421:00 2423:00 2425:00 2427:00 2429:00 2431:00 2433:00 2435:00 2437:00 2439:00 2441:00 2443:00 2445:00 2447:00 2449:00 2451:00 2453:00 2455:00 2457:00 2459:00 2461:00 2463:00 2465:00 2467:00 2469:00 2471:00 2473:00 2475:00 2477:00 2479:00 2481:00 2483:00 2485:00 2487:00 2489:00 2491:00 2493:00 2495:00 2497:00 2499:00 2501:00 2503:00 2505:00 2507:00 2509:00 2511:00 2513:00 2515:00 2517:00 2519:00 2521:00 2523:00 2525:00 2527:00 2529:00 2531:00 2533:00 2535:00 2537:00 2539:00 2541:00 2543:00 2545:00 2547:00 2549:00 2551:00 2553:00 2555:00 2557:00 2559:00 2561:00 2563:00 2565:00 2567:00 2569:00 2571:00 2573:00 2575:00 2577:00 2579:00 2581:00 2583:00 2585:00 2587:00 2589:00 2591:00 2593:00 2595:00 2597:00 2599:00 2601:00 2603:00 2605:00 2607:00 2609:00 2611:00 2613:00 2615:00 2617:00 2619:00 2621:00 2623:00 2625:00 2627:00 2629:00 2631:00 2633:00 2635:00 2637:00 2639:00 2641:00 2643:00 2645:00 2647:00 2649:00 2651:00 2653:00 2655:00 2657:00 2659:00 2661:00 2		

JICA	LEITO	179
CB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B		

IDADE 19

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11

10

10

11

100

EFFICIENT

□

EGI

HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERM.
---------	----------------------

--	--

101551

1

1

1

○

19

1

FX DE RADIO DITAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1,2,3, E 4 MTC DE MAO DIREITA	1 DIA 77 LIVRE
ACOMPANHANTE RELATA QUE NA ULTIMA NOITE, PACIENTE NAO APRESENTOU QUADRO NEUROLÓGICO DE UM DIA ATRAS.	2 SF - 00 ML EV DE 12H/2H
NO MOMENTO ENCONTRA-SE DORMINDO	3 DIA 11 AMP EV + AD DE 66H
FO: LIMPA E SECA, SEM SAIDA DE SECRETAO PURULENTA. NO MOMENTO, QUEIMARUDA EM REGIAO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM BOM ASPECTO	4 TR - 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H - Nfista
	5 CE - INA 1 G EV DE 66H
	6 GL - FICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA
	7 PLAS - 10 MG EV DE MBH SIN
	8 OMED - ZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
	9 CAUT - RIL 50 MG SE PA > OU = A 16x110 mmHg
	10 CLIN - JIVO DIARIO
	11 MES - MO ELEVADO
	12 CURP - ALGOS GERAIS + SINAIS VITAIS
	13 DIA - FAM 10 MG VO A NOITE

Robson de Souza
Médico
CRM-MC 1908

SANIE / HIGIENIZADA
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CONFIRMED ORIGINAL
COPY / NUMBER
54874

CRM-AC 1003
Médico
Roberto de Souza

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA CIRURGICA - B LEITO

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX L	1. DIETA VO LIVRE	08:00 - pac dor -
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2	2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H	menudo supramed
3. E 4 MTC DE MAO DIREITA	3. DIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 100	higienizado lo -
PACIENTE APRESENTA-SE	4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML CL	cado parietal
SONOLENTO, MAS COMUNICATIVO	5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H	medic. opm -
NAO APRESENTOU MAIS QUADROS	6. GENTAMICINA 240 MG EV + 250	2ic, 2ic, 2ic
DE AGITAÇÃO	7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H (SIN)	17:00 - Continuar
AVALIADO PELO NEURO QUE	8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ A	dor medido. FA =
PRESCREVEU FENOBARBITAL 100 MG	9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA 2 OU	100 + 60 mmHg. Tax.
DE 8/8H E REAVALIADO NA ALTA	10. CURATIVO DIARIO --	36°C - 36.5°C
FG, LIMPA E SECA, SEM SAIDA DE	11. MEMBRO ELEVADO	27/04/30, 15.15, 16.15, 16.45 =
SF CRETAO PURULENTO NO	12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	27/04/30 10mmHg, 10.15, 10.45 =
MAMENTO. QUEIMARUDA EM REGIAO	13. FENOBARBITAL 100 MG VO DE 12/12H	27/04/30 10mmHg, 10.15, 10.45 =
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX		27/04/30 10mmHg, 10.15, 10.45 =
INTERIOR DIREITO COM BOM		27/04/30 10mmHg, 10.15, 10.45 =
ASPECTO		27/04/30 10mmHg, 10.15, 10.45 =

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SABER HUERS

Robson de Souza
Médico
CRM-AC 1408



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

REGISTRO

PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANASSI

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FX DE RADIO DISTAL DIREITO - 1 X 1X
EXPOSTA INTERFALANGEAL - 1, 2
3. E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE ENCONTADO SE
SONOLENTO, APENAS DEBILITADO
SEGUNDO RELATO DE
ACOMPANHANTES. ACOMPANHANTE
REALTOU FEBRE NA ULTIMA NOITE

FO. LIMPA E SECA, SEM SINAL DE
SECRETAO PURULENTO NO
MOMENTO. QUEIMADURA EM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HIPOTRAX
INFERIOR DIREITO COM HOM
ASPECTO NAO SECRETIVA

AGUARDA MELHORA DO QUADRO
CLINICO PARA PROGNOSTICO
CIRURGICA

1. DIETA VO LIVRE S/O
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H - 500 + 500
3. DIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H - 10 + 16 +
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H S/O
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H - 10 + 16 + 20
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO D
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H S/O
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA - 04
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg
10. CURATIVO DIARIO - 04
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS - 14: 2
13. FENOBARBITAL 100 MG VO DE 8/8H

Robson de Souza
Médico
CRM-AC 1903
AC 1903



HUERB

10

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

HORÁRIO

ANOTAÇÕES

ENFERMAGEM

De 8:00 em conta
Calmo, com
preços, com
10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000, 1010, 1020, 1030, 1040, 1050, 1060, 1070, 1080, 1090, 1100, 1110, 1120, 1130, 1140, 1150, 1160, 1170, 1180, 1190, 1200, 1210, 1220, 1230, 1240, 1250, 1260, 1270, 1280, 1290, 1300, 1310, 1320, 1330, 1340, 1350, 1360, 1370, 1380, 1390, 1400, 1410, 1420, 1430, 1440, 1450, 1460, 1470, 1480, 1490, 1500, 1510, 1520, 1530, 1540, 1550, 1560, 1570, 1580, 1590, 1600, 1610, 1620, 1630, 1640, 1650, 1660, 1670, 1680, 1690, 1700, 1710, 1720, 1730, 1740, 1750, 1760, 1770, 1780, 1790, 1800, 1810, 1820, 1830, 1840, 1850, 1860, 1870, 1880, 1890, 1900, 1910, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, 2020, 2030, 2040, 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2130, 2140, 2150, 2160, 2170, 2180, 2190, 2200, 2210, 2220, 2230, 2240, 2250, 2260, 2270, 2280, 2290, 2300, 2310, 2320, 2330, 2340, 2350, 2360, 2370, 2380, 2390, 2400, 2410, 2420, 2430, 2440, 2450, 2460, 2470, 2480, 2490, 2500, 2510, 2520, 2530, 2540, 2550, 2560, 2570, 2580, 2590, 2600, 2610, 2620, 2630, 2640, 2650, 2660, 2670, 2680, 2690, 2700, 2710, 2720, 2730, 2740, 2750, 2760, 2770, 2780, 2790, 2800, 2810, 2820, 2830, 2840, 2850, 2860, 2870, 2880, 2890, 2900, 2910, 2920, 2930, 2940, 2950, 2960, 2970, 2980, 2990, 3000, 3010, 3020, 3030, 3040, 3050, 3060, 3070, 3080, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3150, 3160, 3170, 3180, 3190, 3200, 3210, 3220, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280, 3290, 3300, 3310, 3320, 3330, 3340, 3350, 3360, 3370, 3380, 3390, 3400, 3410, 3420, 3430, 3440, 3450, 3460, 3470, 3480, 3490, 3500, 3510, 3520, 3530, 3540, 3550, 3560, 3570, 3580, 3590, 3600, 3610, 3620, 3630, 3640, 3650, 3660, 3670, 3680, 3690, 3700, 3710, 3720, 3730, 3740, 3750, 3760, 3770, 3780, 3790, 3800, 3810, 3820, 3830, 3840, 3850, 3860, 3870, 3880, 3890, 3900, 3910, 3920, 3930, 3940, 3950, 3960, 3970, 3980, 3990, 4000, 4010, 4020, 4030, 4040, 4050, 4060, 4070, 4080, 4090, 4100, 4110, 4120, 4130, 4140, 4150, 4160, 4170, 4180, 4190, 4200, 4210, 4220, 4230, 4240, 4250, 4260, 4270, 4280, 4290, 4300, 4310, 4320, 4330, 4340, 4350, 4360, 4370, 4380, 4390, 4400, 4410, 4420, 4430, 4440, 4450, 4460, 4470, 4480, 4490, 4500, 4510, 4520, 4530, 4540, 4550, 4560, 4570, 4580, 4590, 4600, 4610, 4620, 4630, 4640, 4650, 4660, 4670, 4680, 4690, 4700, 4710, 4720, 4730, 4740, 4750, 4760, 4770, 4780, 4790, 4800, 4810, 4820, 4830, 4840, 4850, 4860, 4870, 4880, 4890, 4900, 4910, 4920, 4930, 4940, 4950, 4960, 4970, 4980, 4990, 5000, 5010, 5020, 5030, 5040, 5050, 5060, 5070, 5080, 5090, 5100, 5110, 5120, 5130, 5140, 5150, 5160, 5170, 5180, 5190, 5200, 5210, 5220, 5230, 5240, 5250, 5260, 5270, 5280, 5290, 5300, 5310, 5320, 5330, 5340, 5350, 5360, 5370, 5380, 5390, 5400, 5410, 5420, 5430, 5440, 5450, 5460, 5470, 5480, 5490, 5500, 5510, 5520, 5530, 5540, 5550, 5560, 5570, 5580, 5590, 5600, 5610, 5620, 5630, 5640, 5650, 5660, 5670, 5680, 5690, 5700, 5710, 5720, 5730, 5740, 5750, 5760, 5770, 5780, 5790, 5800, 5810, 5820, 5830, 5840, 5850, 5860, 5870, 5880, 5890, 5900, 5910, 5920, 5930, 5940, 5950, 5960, 5970, 5980, 5990, 6000, 6010, 6020, 6030, 6040, 6050, 6060, 6070, 6080, 6090, 6100, 6110, 6120, 6130, 6140, 6150, 6160, 6170, 6180, 6190, 6200, 6210, 6220, 6230, 6240, 6250, 6260, 6270, 6280, 6290, 6300, 6310, 6320, 6330, 6340, 6350, 6360, 6370, 6380, 6390, 6400, 6410, 6420, 6430, 6440, 6450, 6460, 6470, 6480, 6490, 6500, 6510, 6520, 6530, 6540, 6550, 6560, 6570, 6580, 6590, 6600, 6610, 6620, 6630, 6640, 6650, 6660, 6670, 6680, 6690, 6700, 6710, 6720, 6730, 6740, 6750, 6760, 6770, 6780, 6790, 6800, 6810, 6820, 6830, 6840, 6850, 6860, 6870, 6880, 6890, 6900, 6910, 6920, 6930, 6940, 6950, 6960, 6970, 6980, 6990, 7000, 7010, 7020, 7030, 7040, 7050, 7060, 7070, 7080, 7090, 7100, 7110, 7120, 7130, 7140, 7150, 7160, 7170, 7180, 7190, 7200, 7210, 7220, 7230, 7240, 7250, 7260, 7270, 7280, 7290, 7300, 7310, 7320, 7330, 7340, 7350, 7360, 7370, 7380, 7390, 7400, 7410, 7420, 7430, 7440, 7450, 7460, 7470, 7480, 7490, 7500, 7510, 7520, 7530, 7540, 7550, 7560, 7570, 7580, 7590, 7600, 7610, 7620, 7630, 7640, 7650, 7660, 7670, 7680, 7690, 7700, 7710, 7720, 7730, 7740, 7750, 7760, 7770, 7780, 7790, 7800, 7810, 7820, 7830, 7840, 7850, 7860, 7870, 7880, 7890, 7900, 7910, 7920, 7930, 7940, 7950, 7960, 7970, 7980, 7990, 8000, 8010, 8020, 8030, 8040, 8050, 8060, 8070, 8080, 8090, 8100, 8110, 8120, 8130, 8140, 8150, 8160, 8170, 8180, 8190, 8200, 8210, 8220, 8230, 8240, 8250, 8260, 8270, 8280, 8290, 8300, 8310, 8320, 8330, 8340, 8350, 8360, 8370, 8380, 8390, 8400, 8410, 8420, 8430, 8440, 8450, 8460, 8470, 8480, 8490, 8500, 8510, 8520, 8530, 8540, 8550, 8560, 8570, 8580, 8590, 8600, 8610, 8620, 8630, 8640, 8650, 8660, 8670, 8680, 8690, 8700, 8710, 8720, 8730, 8740, 8750, 8760, 8770, 8780, 8790, 8800, 8810, 8820, 8830, 8840, 8850, 8860, 8870, 8880, 8890, 8900, 8910, 8920, 8930, 8940, 8950, 8960, 8970, 8980, 8990, 9000, 9010, 9020, 9030, 9040, 9050, 9060, 9070, 9080, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160, 9170, 9180, 9190, 9200, 9210, 9220, 9230, 9240, 9250, 9260, 9270, 9280, 9290, 9300, 9310, 9320, 9330, 9340, 9350, 9360, 9370, 9380, 9390, 9400, 9410, 9420, 9430, 9440, 9450, 9460, 9470, 9480, 9490, 9500, 9510, 9520, 9530, 9540, 9550, 9560, 9570, 9580, 9590, 9600, 9610, 9620, 9630, 9640, 9650, 9660, 9670, 9680, 9690, 9700, 9710, 9720, 9730, 9740, 9750, 9760, 9770, 9780, 9790, 9800, 9810, 9820, 9830, 9840, 9850, 9860, 9870, 9880, 9890, 9900, 9910, 9920, 9930, 9940, 9950, 9960, 9970, 9980, 9990, 10000, 10010, 10020, 10030, 10040, 10050, 10060, 10070, 10080, 10090, 10100, 10110, 10120, 10130, 10140, 10150, 10160, 10170, 10180, 10190, 10200, 10210, 10220, 10230, 10240, 10250, 10260, 10270, 10280, 10290, 10300, 10310, 10320, 10330, 10340, 10350, 10360, 10370, 10380, 10390, 10400, 10410, 10420, 10430, 10440, 10450, 10460, 10470, 10480, 10490, 10500, 10510, 10520, 10530, 10540, 10550, 10560, 10570, 10580, 10590, 10600, 10610, 10620, 10630, 10640, 10650, 10660, 10670, 10680, 10690, 10700, 10710, 10720, 10730, 10740, 10750, 10760, 10770, 10780, 10790, 10800, 10810, 10820, 10830, 10840, 10850, 10860, 10870, 10880, 10890, 10900, 10910, 10920, 10930, 10940, 10950, 10960, 10970, 10980, 10990, 11000, 11010, 11020, 11030, 11040, 11050, 11060, 11070, 11080, 11090, 11100, 11110, 11120, 11130, 11140, 11150, 11160, 11170, 11180, 11190, 11200, 11210, 11220, 11230, 11240, 11250, 11260, 11270, 11280, 11290, 11300, 11310, 11320, 11330, 11340, 11350, 11360, 11370, 11380, 11390, 11400, 11410, 11420, 11430, 11440, 11450, 11460, 11470, 11480, 11490, 11500, 11510, 11520, 11530, 11540, 11550, 11560, 11570, 11580, 11590, 11600, 11610, 11620, 11630, 11640, 11650, 11660, 11670, 11680, 11690, 11700, 11710, 11720, 11730, 11740, 11750, 11760, 11770, 11780, 11790, 11800, 11810, 11820, 11830, 11840, 11850, 11860, 11870, 11880, 11890, 11900, 11910, 11920, 11930, 11940, 11950, 11960, 11970, 11980, 11990, 12000, 12010, 12020, 12030, 12040, 12050, 12060, 12070, 12080, 12090, 12100, 12110, 12120, 12130, 12140, 12150, 12160, 12170, 12180, 12190, 12200, 12210, 12220, 12230, 12240, 12250, 12260, 12270, 12280, 12290, 12300, 12310, 12320, 12330, 12340, 12350, 12360, 12370, 12380, 12390, 12400, 12410, 12420, 12430, 12440, 12450, 12460, 12470, 12480, 12490, 12500, 12510, 12520, 12530, 12540, 12550, 12560, 12570, 12580, 12590, 12600, 12610, 12620, 12630, 12640, 12650, 12660, 12670, 12680, 12690, 12700, 12710, 12720, 12730, 12740, 12750, 12760, 12770, 12780, 12790, 12800, 12810, 12820, 12830, 12840, 12850, 12860, 12870, 12880, 12890, 12900, 12910, 12920, 12930, 12940, 12950, 12960, 12970, 12980, 12990, 13000, 13010, 13020, 13030, 13040, 13050, 13060, 13070, 13080, 13090, 13100, 13110, 13120, 13130, 13140, 13150, 13160, 13170, 13180, 13190, 13200, 13210, 13220, 13230, 13240, 13250, 13260, 13270, 13280, 13290, 13300, 13310, 13320, 13330, 13340, 13350, 13360, 13370, 13380, 13390, 13400, 13410, 13420, 13430, 13440, 13450, 13460, 13470, 13480, 13490, 13500, 13510, 13520, 13530, 13540, 13550, 13560, 13570, 13580, 13590, 13600, 13610, 13620, 13630, 13640, 13650, 13660, 13670, 13680, 13690, 13700, 13710, 13720, 13730, 13740, 13750, 13760, 13770, 13780, 13790, 13800, 13810, 13820, 13830, 13840, 13850, 13860, 13870, 13880, 13890, 13900, 13910, 13920, 13930, 13940, 13950, 13960, 13970, 13980, 13990, 14000, 14010, 14020, 14030, 14040, 14050, 14060, 14070, 14080, 14090, 14100, 14110, 14120, 14130, 14140, 14150, 14160, 14170, 14180, 14190, 14200, 14210, 14220, 14230, 14240, 14250, 14260, 14270, 14280, 14290, 14300, 14310, 14320, 14330, 14340, 14350, 14360, 14370, 14380, 14390, 14400, 14410, 14420, 14430, 14440, 14450, 14460, 14470, 14480, 14490, 14500, 14510, 14520, 14530, 14540, 14550, 14560, 14570, 14580, 14590, 14600, 14610, 14620, 14630, 14640, 14650, 14660, 14670, 14680, 14690, 14700, 14710, 14720, 14730, 14740, 14750, 14760, 14770, 14780, 14790, 14800, 14810, 14820, 14830, 14840, 14850, 14860, 14870, 14880, 14890, 14900, 14910, 14920, 14930, 14940, 14950, 14960, 14970, 14980, 14990, 15000, 15010, 15020, 15030, 15040, 15050, 15060, 15070, 15080, 15090, 15100, 15110, 15120, 15130, 15140, 15150, 15160, 15170, 15180, 15190, 15200, 15210, 15220, 15230, 15240, 15250, 15260, 15270, 15280, 15290, 15300, 15310, 15320, 15330, 15340, 15350, 15360, 15370, 15380, 15390, 15400, 15410, 15420, 15430, 15440, 15450, 15460, 15470, 15480, 15490, 15500, 15510, 15520, 15530, 15540, 15550, 15560, 15570, 15580, 15590, 15600, 15610, 15620, 15630, 15640, 15650, 15660, 15670, 15680, 15690, 15700, 15710, 15720, 15730, 15740, 15750, 15760, 15770, 15780, 15790, 15800, 15810, 15820, 15830, 15840, 15850, 15860, 15870, 15880, 15890, 15900, 15910, 15920, 15930, 15940, 15950, 15960, 15970, 15980, 15990, 16000, 16010, 16020, 16030, 16040, 16050, 16060, 16070, 16080, 16090, 16100, 16110, 16120, 16130, 16140, 16150, 16160, 16170, 16180, 16190, 16200, 16210, 16220, 16230, 16240, 16250, 16260, 16270, 16280, 16290, 16300, 16310, 16320, 16330, 16340, 16350, 16360, 16370, 16380, 16390, 16400, 16410, 16420, 16430, 16440, 16450, 16460, 16470, 16480, 16490, 16500, 16510, 16520, 16530, 16540, 16550, 16560, 16570, 16580, 16590, 16600, 16610, 16620, 16630, 16640, 16650, 16660, 16670, 16680, 16690, 16700, 16710, 16720, 16730, 16740, 16750, 16760, 16770, 16780, 16790, 16800, 16810, 16820, 16830, 16840, 16850, 16860, 16870, 16880, 16890, 16900, 16910, 16920, 16930, 16940, 16950, 16960, 16970, 16980, 16990, 17000, 17010, 17020, 17030, 17040, 17050, 17060, 17070, 17080, 17090, 17100, 17110, 17120,



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

REGISTRO PACIENTE
EDIVALDO COSTA MANASSI

IDADE 19 CLÍNICA
CMCB -

Ado e impresso em: 28/09/2016 às 11:03:20

HUJF

LEITO 179
A MEDICA CIRURGICA - B

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HC

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FALX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE COM MELHORA DO
ESTADO GERAL, MENOS
SONOLENTO, AFEBRIL, EUPNEICO.

FO: LIMPA E SECA, SEM SAIDA DE
SECRETACAO PURULENTO NO
MOMENTO

QUEIMARUDA EM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM BOM
ASPECTO NAO SECRETIVA
REALIZADO DESBRIDAMENTO DE
AREA NECROTICA NO LEITO

AGUARDA MELHORA DO QUADRO
CLINICO PARA PROGRAMACAO
CIRURGICA

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML DE 12/12H - 500 + 500
3. DAPIRONA 1 AM/11 - AD DE 06H - 10 + 16 + 11 + 04
4. TRAMAL 100MG/11 - 100 ML DE SF 0.9% DE 08H - 10 + 16 + 20 + 12 + 04
5. CEFALOTINA 1.0G DE 08H - 10 + 16 + 20 + 12 + 04
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA - 10
7. PLASIL 10 MG EV: 88H 04
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA - 06
9. CAPTOPRIL 50 MG EV 1 VEZ AO DIA - 05
10. CURATIVO LARAL - 05
11. MEMBRO ELEVADO 25
12. CUIDADOS GELATINOSOS + SINAIS VITAIS 14 + 12 + 10
13. FENOBARBITAL 10 MG VO DE 08H

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SABE / HUJF

Robson de
Médico
CRM-AC
Robson de Souza
Médico
CRM-AC: 19003

AS 10:00 HS notifica
febre e chlo
mento de braco e
subrose em su
ao tomou pastil
or sem presen
de. notifica
me de pulso e
tivo em ASD 914
em do giro movi
olio de girasol -
SF 0.9% + clorid
+ papirino 10%
aos ardo do b
magen AC 847
AS 21:00 PM - 110x1
FE - 110x1
os de b, pacien
de b, no b e
de b, no b e
de b, no b e
de b, no b e
de b, no b e



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

REGISTRO

PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANASFI

IDADE

19

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURG

LEITO

179

HUEB

5/2016 às 12:35:12

digitado e impresso em

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

AÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO DIAL AL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERO LANGEANA DE 1, 2,
3. E 4 MTC DE MÃO DIREITA

PACIENTE C/18 MELHORA DO
ESTADO FAL, MENOS
SONOLENTO, AT 3RIL, EUPNEICO.

FO PERMANECI LIMP E SECA, SEM
SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTO NO
MOMENTO.

QUEIMARUDA EM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM BOM
ASPECTO NAO SECRETIVA
REALIZADO 1º SBRIDAMENTO DE
AREA NECROTICA NO LEITO

CIRURGIA PR-AGENDADA PARA O
DIA 11/10/16 HO HC COM DR.
RONEIDO E DR. MARCO AURELIO
PLACA T LONG

SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIR.
PLASTICA

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H
3. DIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 8/6H
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9%
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H(SIN)
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mm
10. CURATIVO DIARIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. FENOBARBITAL 100 MG VO DE 8/8H

15.00
16.00
17.00
18.00
19.00
20.00
21.00
22.00
23.00
24.00

1. 100 vacante
2. 100 vacante
3. 100 vacante
4. 100 vacante
5. 100 vacante
6. 100 vacante
7. 100 vacante
8. 100 vacante
9. 100 vacante
10. 100 vacante
11. 100 vacante
12. 100 vacante
13. 100 vacante
14. 100 vacante
15. 100 vacante
16. 100 vacante
17. 100 vacante
18. 100 vacante
19. 100 vacante
20. 100 vacante
21. 100 vacante
22. 100 vacante
23. 100 vacante
24. 100 vacante

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAÚDE / HUEB

Roberto de Souza
Médico
C.R.P. 11.110



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

REGISTRO PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANAS

DO ACRE - SESACRE

IDADE 19 CLINIC CMCE

EVOLUÇÃO

1. DIETA V
2. SF 0.9%
3. DIPYROI
4. TRAMAI
5. CEFALC
6. GENTAI
7. PLASIL
8. OMEPR
9. CAPTO
10. CURATI
11. MEME
12. CUID/L
13. FENO

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE ACORDADO NO LEITO,
AFEBRIL, EUPNEICO, DIURSE E
EVACUAÇÕES PRESENTES

FO PERMANECE LIMPA E SECA, SEM
SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA NO
MOMENTO.

QUEIMADURA EM REGIÃO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM BOM
ASPECTO NÃO SECRETIVA
REALIZADO DESBRIDAMENTO DE
ÁREA NECROTICA NO LEITO

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 11/10/16 NO HC COM DR.
RONEIDO E DR. MARCO AURELIO -
PLACA T LONGA

SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIR.
PLÁSTICA

PRESCRIÇÃO

EV DE 12/12H *Sig. 10/10/16*
EV + AD DE 8/8H *10/10/16*
IV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H *10/10/16*
EV DE 8/8H *10/10/16*
40 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA
V DE 8/8H *10/10/16*
1 MG EV 1 VEZ AO DIA
1 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg
VADO *OB*
1 AIS + SINAIS VITAIS
1 100 MG VO DE 8/8H

Dr. Lígia Ferreira
RMO Oncologia e Hematologia
CRM - AC 153

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SANEI NÚMEROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

8h - Realizado ba
de aspersões
ca do leito
cama fene.
prestes - Troc
cateter, de co
limpo e se
11: 100x60u
16h, iniciada
medicação
Prestes, p
100x60u
Txi, 100x60u
Obs: 100x60u

Assso Refeição

HU

LEITO

179

ICA MEDICA CIRURGICA - B

10

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

HUERB

LEITO
179

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIP

IDADE
19

REGISTRO
PACIENTE
EDIVALDO COSTA MANASFI

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FX DE RADIG DISTAL DIREITO + FXILX EXPOSTA; INTERALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE ACORDADO NO LEITO AFEBRIL, EUPNEICO, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES

FO PERMANECE LIMPA E SECA, SEM SAÍDA DE SECRETO PURULENTO NO MOMENTO

QUEIMADURA EM REGIÃO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM BOM ASPECTO NÃO SECRETIVA

REALIZADO DESBRIDAMENTO DE ÁREA NECRÓTICA NO LEITO

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O DIA 11/10/16 NO HC COM DR. RONEJO E DR. MARCO AURELIO PLACA T LONGA

SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIR. PLÁSTICA

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H
3. DÍPIRONA 1 AMP EV + AD DE 06H
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9%
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 8/8H
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 1 VEZ AO DIA
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H (SIN)
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > 90/160 mmHg
10. CURATIVO DIÁRIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. FENOFIBRAT 100 MG VO DE 8/8H

O novo curativo
foi feito a bordo
muntado e lavado.
sem presença de
pus,
em 10.04.10
muntado, com
no, 5.12.10
muntado
sem curativo
no, 7.12.10
muntado
no, 13.12.10
no, 13.12.10

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAÚDE / HUERB

Dr. Valdir Gomes
Médico Cirurgião e Transplantólogo
CRM-AC 2003



HUEB
Hospital de Urgência e Emergência

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

REGISTRO DO PACIENTE
EDIVALDO CC

MANASSI

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEI

179

VIAGEM

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FX DE RADIO DITAL DIREITO + F. EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE DEITADO NO LIT. SONOLENTO. COMUNICATIVO. AFEL. EUPNEICO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

FO PERMANECE LIMPA E SECA. SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA. MOMENTO. QUEIMARUDA EM RE. LATERO-POSTERIOR DE HEMIT. INFERIOR DIREITO COM ASPECTO NÃO SECRETIVA.

CIRURGIA PRE-AGENDADA. PAZ. DIA 11/10/16 NO HC COM RONEIRO E DR. MARCO ALUIZ. PLACA T LONGA

SOLICITADO AVALIAÇÃO NEUROLOGIA E LIBERAÇÃO MESMA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E AGUARDA AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA.

DIETA VO LIVRE

SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H

DIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 60H

TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H

CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H

GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA

PLASIL 10 MG EV DE 8/8H

OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA

CAPTÓPRIL 50 MG SE PA > OU = A 150x110 mmHg

CURATIVO DIÁRIO

MEMBRÃO ELEVADO

CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

FENOBARBITAL 100 MG VO DE 8/8H

pac tomar de aspers. auxilio + i. roupa de 16:00h, p. Tado, soc. o ferido, Tacaõ, fua, gias com. m mHg Te 946704 AC

NUNCA

03/10/16 5:00h, p. Tado no p. blanch. PA 120x80 mmHg 946704 AC

COPIA
CONFORME ORIGINAL
HUEB

Dr. Fábio Ferreira
CRM - Otorrinolaringologia
CRM - AC 183

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
EDIVALDO COSTA MANASFI		19	CMCB - CLINIC	179

EVOLUÇÃO		RESCRICÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	--	-----------	---------	-------------------------

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MAO DIREITA	1. DIETA VO LIVRE 531 2. SF 0.9% 500 ML EV DE 3. DIPIRONA 1 AMP EV 4. TRAMAL 100MG EV 5. CEFALOTINA 1 G EV 6. GENTAMICINA 240 MG 7. PLASIL 10 MG EV DE 8. OMEPRAZOL 40 MG L 9. CAPTOPRIL 50 MG SE 10. QUINIDINA DIARIO 11. MEMBRANAS DELEVALIO 12. CURSOS GERAIS 13. FENOBARBITAL 100 MG VO DE 8/8H	H 5:00 + 30 E 8:00 + 30 L DE SF 0.9% DE 8/8H H 10:46 + 22 + 14 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA OU 400 ML DE 8/8H EZ AO DIA OU 400 ML DE 8/8H		8:00h as 17 com cliente expulso a 18h, 19h e 20h. Sem medicação. Sem queixas no momento deambulando, aceita dieta oferecida por equipe triagem que sente 10 kg de peso. Fe: 36.5°C 5:00h deite em vice abdominal, não acordou. Sem dor no peito, fúrril presente. H: 110x60 mmHg - 70/90
---	---	--	--	---

COPIA
CONFORME ORIGINAL
SANE / HUARB



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

REGISTRO

PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANASFI

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

1. DIETA VOLVRE 12/12H
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H
3. DIIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 V
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H (SN)
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 180x110 mmHg
10. CURATIVO DIARIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. FENOBARBITAL 100 MG VO DE 8/8H

FX DE RADIO DITAL DIREITO + FX LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE MANTEM SONOLENCIA
SONOLENTO, POUCO
COMUNICATIVO, AFETIVO, EUPNEICO,
SEM QUEIXAS, DIURSE E
EVACUAÇÕES PRESENTES.

FO LIMPA E SECA, SEM SECREÇÕES.
QUEIMADURA EM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE
GRANULACAO.

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 11/10/16 NO HC COM DR.
RONEIRO E DR. MARCO AURELIO -
PLACA T LONGA

AVALIADO PELA NEUROLOGIA
ONTEM
AGUARDA AVALIACAO DA CIRURGIA
PLASTICA.



HUERB

LEITO

179

IDADE

19

CLINICA

CIMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA

ES DE ENFERMAGEM

ANOT.

HORARIO

11/10/16
Paciente em observação, com
dores abdominais, com
diarreia, com
febre, com
dores musculares,
com
dores articulares,
com
dores ósseas,
com
dores nervosas,
com
dores cutâneas,
com
dores sensoriais,
com
dores motoras,
com
dores vegetativas,
com
dores endócrinas,
com
dores imunológicas,
com
dores oncológicas,
com
dores infecciosas,
com
dores degenerativas,
com
dores congênitas,
com
dores adquiridas,
com
dores idiopáticas,
com
dores secundárias,
com
dores primárias,
com
dores funcionais,
com
dores estruturais,
com
dores metabólicas,
com
dores hormonais,
com
dores enzimáticas,
com
dores vitamínicas,
com
dores minerais,
com
dores eletrolíticas,
com
dores ácido-básicas,
com
dores oxigênio,
com
dores glicídicas,
com
dores lipídicas,
com
dores proteicas,
com
dores nucleicas,
com
dores hídricas,
com
dores salínicas,
com
dores iônicas,
com
dores moleculares,
com
dores celulares,
com
dores organelares,
com
dores sistêmicas,
com
dores locais,
com
dores focais,
com
dores difusas,
com
dores agudas,
com
dores crônicas,
com
dores transitórias,
com
dores permanentes,
com
dores reversíveis,
com
dores irreversíveis,
com
dores benignas,
com
dores malignas,
com
dores curáveis,
com
dores incuráveis,
com
dores preveníveis,
com
dores não preveníveis,
com
dores evitáveis,
com
dores não evitáveis,
com
dores tratáveis,
com
dores não tratáveis,
com
dores curáveis,
com
dores incuráveis,
com
dores preveníveis,
com
dores não preveníveis,
com
dores evitáveis,
com
dores não evitáveis,
com
dores tratáveis,
com
dores não tratáveis.

SAÚDE / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO

PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANA'S

IDADE

19

CLT USA

P - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

179

[illegible]

CONFIDENTIAL
COPY
FBI
MAY 1968

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLINICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASFI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - U	179

[illegible]



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

digitado e impresso em 06/10/2016 às 21:34:18

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA/	LEITO	HUICAR
EDIVALDO COSTA MANASFI		19	CMCB CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	179	

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MAO DIREITA	1. DIETA VO LIVRE. <i>7:00</i> 2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H -- <i>5:00</i> 3. DAPIRONA 1 AMP EV + AD DE 8/8H -- <i>8:00</i> 4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H -- <i>8:00</i> 5. CEFALOTINA 1 G EV DE 8/8H -- <i>8:00</i> 6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA -- <i>8:00</i> 7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H <i>SN</i> 8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA -- <i>4</i> 9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg 10. CURATIVO DIARIO -- <i>2</i> 11. MEMBRO ELEVADO 12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 13. FENOBARBITAL 100 MG VO DE 8/8H		<i>AS 16:00 HS PAC. LEVADO PARA MEDICINA CIRURGICA. WILSON 705604. 10-11. 12:00 HS PAC. LEVADO PARA MEDICINA CIRURGICA.</i>
PACIENTE MANTEM-SE DESORIENTADO. AFEBRIL. EUPNEICO, SEM QUEIXAS. DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES. NÃO FAZ USO DA TALA GESSADA, CONFORME ORIENTADO.			
FO LIMPA E SECA, SEM SECRETOES. QUEIMADURA EM REGIAO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE GRANULACAO.			
CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O DIA 18/10/16 NO HC COM DR. RONEIDO E DR. MARCO AURELIO PLACA T LONGA			
AGUARDA AVALIACAO DA CIRURGIA PLASTICA.			

CONFORME ORIGINAL
Cópia
SANE / HUENB

REGISTRO	PACIENTE
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANASFI

IDADE

51

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

179

HUIERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MAO DIREITA</p> <p>PACIENTE ACORDADO, AFEBRIL, EUPNEICO, SEM QUEIXAS, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES.</p> <p>FO LIMP E SECA, SEM SECRETOES QUEIMADURA EM REGIAO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE GRANULACAO.</p> <p>CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O DIA 18/10/16 NO HC COM DR. RONEIDO E DR. MARCO AURELIO PLACA T LONGA</p> <p>AGUARDA AVALIACAO DA CIRURGIA PLASTICA.</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SND</p> <p>2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H - 3x + 5x</p> <p>3. DIFIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H - 10x + 16x + 20x</p> <p>4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H SND</p> <p>5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H 10x + 16x + 20x</p> <p>6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA - 10x</p> <p>7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H (SND)</p> <p>8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA</p> <p>9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg</p> <p>10. CURATIVO DIARIO - 2x</p> <p>11. MEMBRO ELEVADO</p> <p>12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</p> <p>13. FENOBRASITAL 100 MG VO DE 8/8H - 1x + 20x + 04</p>		<p>As 10:00 h/s paciente em ventilação no tubo orotraqueal, com SPO2 98%, nível de consciência adequado, sem queixas, medido cpm, te fare</p> <p>As 18:00 paciente em ventilação espontânea, nível de consciência adequado, sem queixas, medido cpm, te fare</p>

CONFIDENTIAL
COPY 1
SECRET

done. \triangle



REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LEITO
 EDIVALDO COSTA MANASFI CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 179

HUERB
HISTÓRICO DE DOENÇAS
HISTÓRICO DE MEDICAMENTOS

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
FX DE RADIO DITAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1,2 3. E 4 MTC DE MAO DIREITA PACIENTE ACORDADO, AFEBRIL, EUPNEICO, SEM QUEIXAS. DIURSE E EVACUA? OES PRESENTES. FO LIMPA E SECA, SEM SECRE? OES. QUEIMADURA EM REGIAO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE GRANULACAO CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O DIA 18/10/16 NO HC COM DR. RONEIDO E DR. MARCO AURELIO PLACA T LONGA	1. DIETA VO LIVRE SND 2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H 500 + 500 3. DIFIPRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H 500 + 500 + 500 + 500 4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H 500 5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H 500 + 500 + 500 + 500 6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA 7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H 500 8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA 9. CAPTO 500 + 500 10. CURAL 500 + 500 11. MEMB 500 + 500 12. CUIDADO 500 + 500 13. FENOBRAITAL 100 MG VO DE 8/8H 500 + 500		- 08:00 - pac. vivo - dado! encaminha do para o HC. - 10:00 - pac. retornou foi higienizado - livrado sem medic. apr - vivo, evolucao 17:00 - evolucao PA = 120 x 60 mmHg. TAX: 36°C. TEO - vivo A 06:00h paciente evolui o mesmo aparecho limpo, sem queixas, dorme bem no quarto PA: 120 x 70 mmHg TEO futura - x

CÓPIA
CONFORME ORIGINAL
SANE 1 HUERO

para cirurgia no dia 18/10/16,
V. Roneido e Marco Aurelio
curar.



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: 10:50 SALA: 01 DATA: 22-09-2016
NOME DO PACIENTE: Edivaldo da Costa Manassé IDADE: 19 anos
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL ()
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:25h50 TÉRMINO DA ANESTESIA:
PROCEDIMENTO REALIZADO: limpeza cirúrgica + esterossintese com fio K.
INÍCIO DA CIRURGIA: 11:49 TÉRMINO DA CIRURGIA: 13:15
CIRURGIÃO: Dr. Ronildo + Dr. Raposo AUXILIAR(ES):
ANESTESISTA: Dr. Wilson INSTRUMENTADOR: Claudete
CIRCULANTE: Marise Dias ENF: Maria José

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA DESC. N° 10 x 12 L	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 200 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO n° 20	FIO PROLENTE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA 2mm
DIPIRONA	ASPIRADOR	GASES 200
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA n° 15	GELFOAN
DILUENTE	ATADURA DE CREPON n° 15	GORRO
DOPAMINA	ABOCATH N°	INTRACATE N°
EPINEFRINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX N°
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KETALAR	CATETER NASAL T. ÓCULOS	LÂMINAS DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS
LIDOCAÍNA GEL	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR 95 cm
MANITOL	TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
METRONIZADOL	C. ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRÚRGICA	POVIDINE DEGERMIANTE
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE TINTURA 300 ml
PLASIL	ELETRODOS	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO	PRO PÉ
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	SCALP N°
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ESPARADRAPO 70 cm	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPOREN	SERINGA DE 1 ML
SORO RINGER LACTADO	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML
TRAMAL	FRALDA	SERINGA DE 10 ML
TILATIL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 20 ML
VOLUVEN 6%	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE KIRSCHNER n° 15	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON 3-0	SONDA RETAL
	FIO SUTUPACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MAELEX



SISTEMA
FUNDHACRE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

RETORNO AMBULATORIAL

Médico

Mano Américo

Paciente

Adriano de Costa Mendes

Retorno em:

45

Dias/CID:

Observações

Dr. Lúcia Ferreira
Pós-Graduada e Especialista
CRM-AC 4000

DATA

04.11.16

ASSINATURA

Solicitação de Consultas Ambulatoriais

04/11/16

Prontuário

00430551

Tel: 9965-2553

DADOS DO PACIENTE:

CMS: 705001275217155

Nome: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Nome Social/Apelido: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Nome da Mãe: VANEIDE GOMES DA COSTA

Nome do Pai: ERIVALDO DA COSTA MANASFI

Data de Nascimento: 05/03/1997 (19 anos)

Sexo: MASCULINO

Raça: AMARELA

Residência: PLACIDO DE CASTRO - AC

Naturalidade: XAPURI - AC

300

Luiz O. Ramos

DADOS DA SOLICITAÇÃO:

Procedimento Ambulatorial: 0301010072 - CONSULTA EM ORTOPEDIA - MEMBROS INFERIORES - RETORNO

Retorno:

CID: R68

Profissional Solicitante: --- PROFISSIONAL NAO LISTADO ---

LMA FERREIRA

Central Executante: (12C147) CENTRAL ESTADUAL - AC*

Unidade Executante: TODAS

450601
04/11/16

Recab com venusa
tia do pai em:

OK

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

LAUDO MÉDICO

NOME: Edivaldo da Costa Manasfi

O paciente supracitado apresenta história do n.d.h. distal,

potencialmente de onco, a partir de 19/09/16

e história de microscopia, tendo sido tratado com quimioterapia

dos fraturas e melioração

No momento, encontra-se aqui acompanhando

ambulatorial.

10/11

5522/506.11/562.3

Dr. Luiz O. Ramos
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia
04/11/16

04/11/16

Solicitação de Ficha de Emergência

Eu **Erivaldo da Costa Manasfi** RG 390269 SSP/AC casado, residente e domiciliado na BR 364 km 76 PDS Bo

nal Vila Retiro Km 05 Senador Guimard solicito de vossa senhoria, a cópia da ficha de emergência da Unidade Mista Ana Nery do meu filho Edivaldo da Costa Manasfi, para fins. Informo que o mesmo está impossibilitado de vir a Unidade, pegar o referido documento, responsabilizo-me por qualquer eventualidade que venha ocorrer com o mesmo.

Por ser expressão da verdade lavrei esta declaração e assinei e duas vias.

Atenciosamente,



Erivaldo da Costa Manasfi

CPF: 897.807.012-49

Vila Campinas-Ac, 12 de Dezembro 2016.


Luciete da Silva Fernandes
Gerente Geral Interna da Unidade Mista Ana Nery
Portaria nº 1.995/2015

12.12.2016
às 12:57



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

UNIDADE MISTA ANA NERY

FICHA DE EMERGENCIA



Data 18/09/2016 Hora 15:10 N.
Nome do paciente EDIVALDO DA COSTA MARIANI
Sexo M Idade 19 E. Civil. Solteiro
Residência Bemal - Sen. Guaraná - Acre
Profissão Ajudante L. de Trabalho 12h
Responsável Fone.

Endereço do responsável:

PA. 90860 TAX. SATURAÇÃO.

Apresentando: Excesso de peso

Queixa principal: acidente motocicleta na Bemal

Diagnóstico: TRAUMATISMO P/ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Medicação:

LIMBUX

CUREX

ENC. A.S.

Assinatura do médico

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do técnico

Assinatura do paciente

Assinatura do acompanhante

Assinatura do responsável

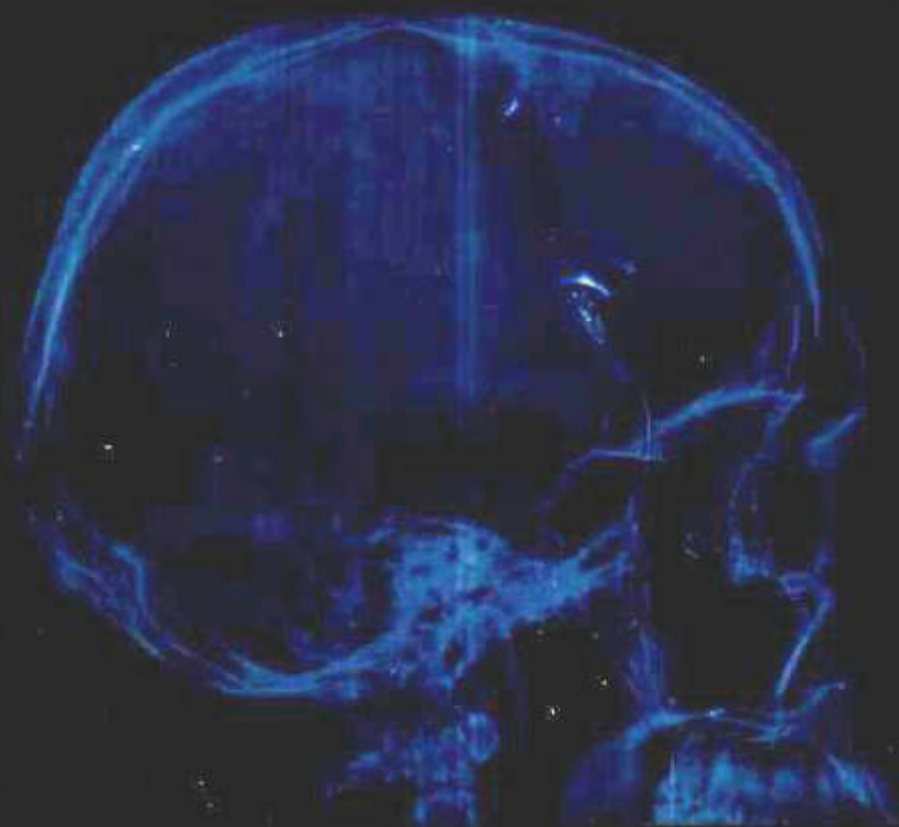
Assinatura do médico do plantão

Assinatura do enfermeiro do plantão

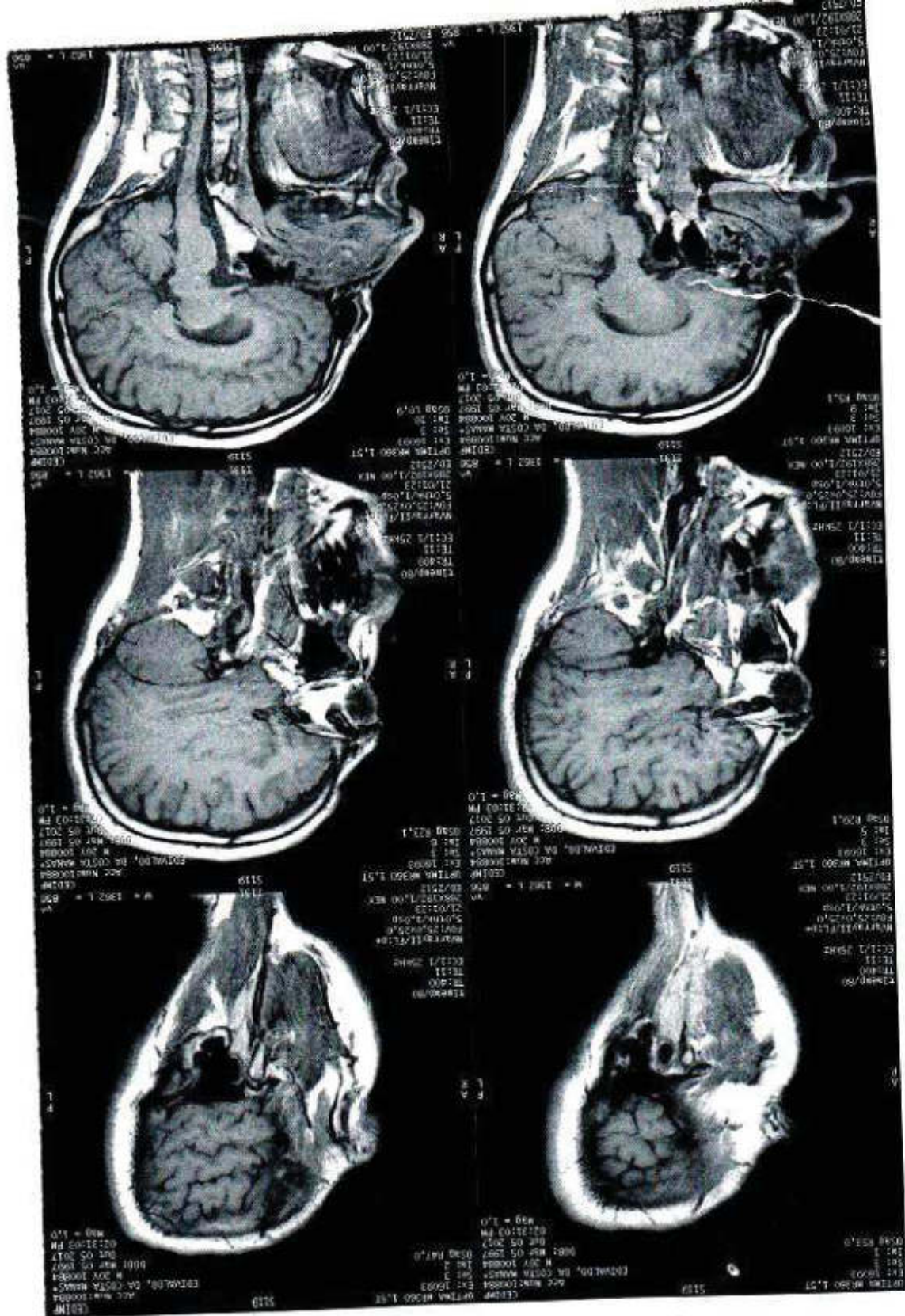
Assinatura do técnico do plantão

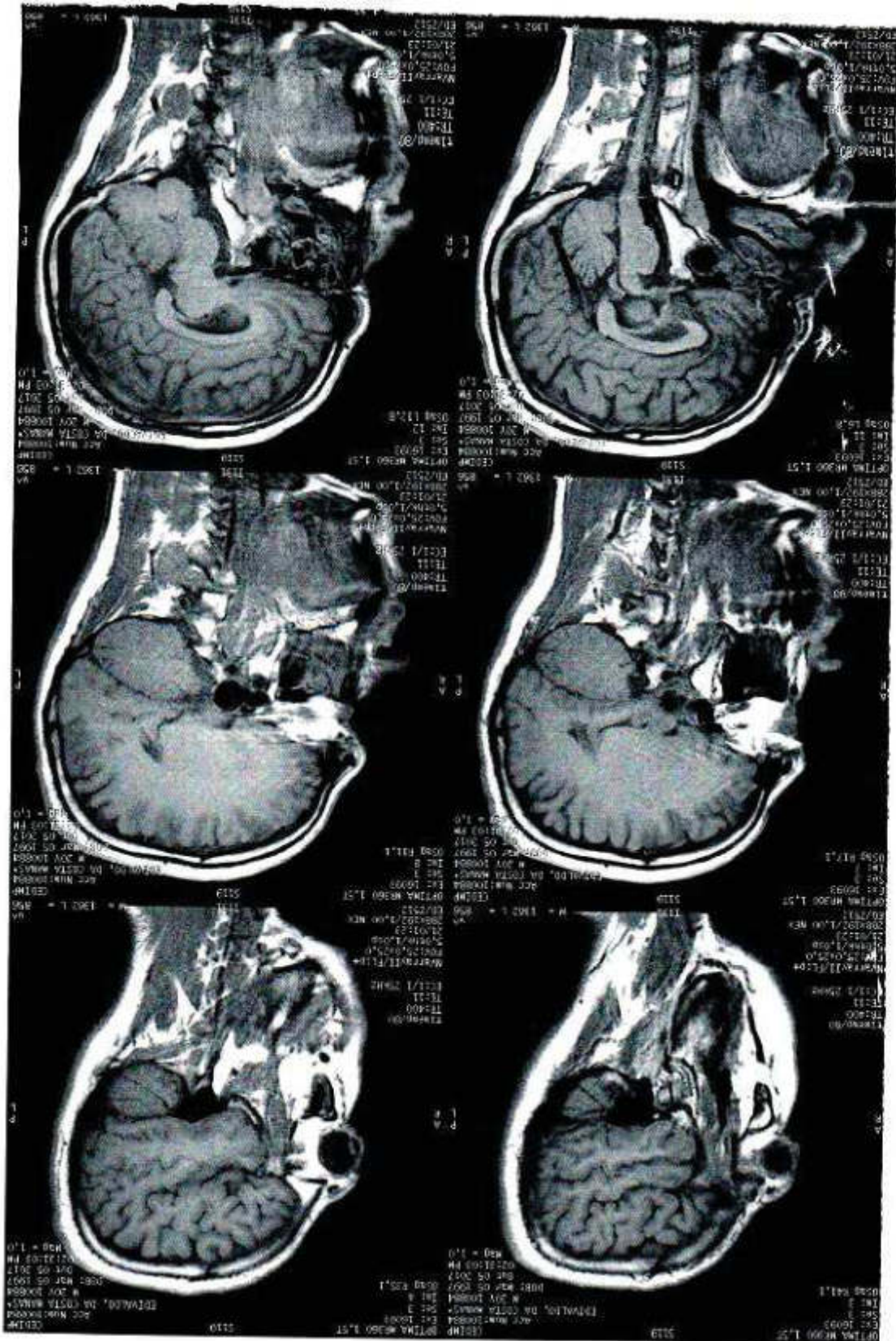
Assinatura do paciente

Assinatura do acompanhante



CEPHALIC INTO





Se: 7
Im: 8
Dx: 516,2
EDVALDO, DA COSTA MANAS*
M 20Y 100884
DOB: Mar 05 1997
Out 05 2017
02:56:29 PM
Mag = 1,4



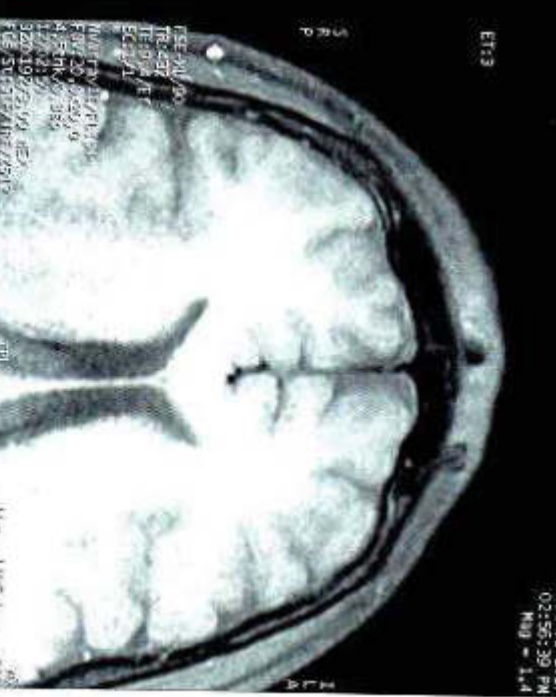
Se: 13
Im: 8
Dx: 521,0
EDVALDO, DA COSTA MANAS*
M 20Y 100884
DOB: Mar 05 1997
Out 05 2017
02:56:30 PM
Mag = 1,4



Se: 13
Im: 9
Dx: 525,8
EDVALDO, DA COSTA MANAS*
M 20Y 100884
DOB: Mar 05 1997
Out 05 2017
02:56:30 PM
Mag = 1,4



Se: 13
Im: 9
Dx: 540,2
EDVALDO, DA COSTA MANAS*
M 20Y 100884
DOB: Mar 05 1997
Out 05 2017
02:56:30 PM
Mag = 1,4



OPTIMA MR360 1.5T
Eti: 16093
Seri: 13
Im: 2
Dm: 11.6
Acc Num: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4



FSE-T2/T2-FLAIR
TR:4.32
TE:9.4/ET
EC:1.1
Nuc: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4

OPTIMA MR360 1.5T
Eti: 16093
Seri: 13
Im: 2
Dm: 11.8
Acc Num: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4



FSE-T2/T2-FLAIR
TR:4.32
TE:9.4/ET
EC:1.1
Nuc: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4

OPTIMA MR360 1.5T
Eti: 16093
Seri: 13
Im: 3
Dm: 11.0
Acc Num: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4



FSE-T2/T2-FLAIR
TR:4.32
TE:9.4/ET
EC:1.1
Nuc: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4

OPTIMA MR360 1.5T
Eti: 16093
Seri: 13
Im: 3
Dm: 11.0
Acc Num: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4



FSE-T2/T2-FLAIR
TR:4.32
TE:9.4/ET
EC:1.1
Nuc: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4

OPTIMA MR360 1.5T
Eti: 16093
Seri: 13
Im: 3
Dm: 11.0
Acc Num: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4



FSE-T2/T2-FLAIR
TR:4.32
TE:9.4/ET
EC:1.1
Nuc: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4

OPTIMA MR360 1.5T
Eti: 16093
Seri: 13
Im: 3
Dm: 11.0
Acc Num: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4



FSE-T2/T2-FLAIR
TR:4.32
TE:9.4/ET
EC:1.1
Nuc: 100884
EDVAL00, DA COSTA MARAS*
N 20V 100884
DOB: MAR 05 1997
OUT 05 2017
02:56:39 PM
Mag = 1.4

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23/03/2019
PRUIT/0019

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 033.336.542-96 Nome completo da vítima: Edirvaldo da Costa Mamarfi
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Edirvaldo da Costa Mamarfi CPF: 033.336.542-96
Profissão: autônomo Endereço: Rua do Retiro Número: 3904 Complemento: _____
Bairro: Campanas Cidade: Campanas Estado: _____ CEP: 69.928-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (68) 98402-6573

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2278 CONTA: 60183 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Rio Branco - Acre, 23/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)


Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

DETRAN ACRE Depto Estadual de Trânsito		BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		BAT/ Nº 030/ 2016 3ª Cia/ 9º BPM/ CPCIII Acrelândia	
Local BR 364 km 76 ramal Bonal km 04		Município: Quinari		UF AC	
Ponto de referência: PROXIMO À associação		Data 18/09/2016	Hora da Ocorrência 15h00min.	Dia da Semana Domingo	Zona Rural (X) Urbana ()
NATUREZA DO ACIDENTE		TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÕES DA VIA	CONDIÇÕES DO TEMPO	N.º de veículos 02 (dois)
Atropelamento ()		Asfalto ()	Seca (X)	Bom (X)	N.º de vítimas 03 (três)
Colisão (X)		Concreto ()	Molhada ()	Chuva ()	
Tombamento ou capotamento ()		Paralelepípedo ()	Oleosa ()	Nublado ()	Sem vítima () Com vítima (X)
Choque com objeto fixo ()		Cascalho ()	Enlameada ()	Garoa ()	
Outros ()		Terra (X)	Danificada ()		
		Areia ()	Em obras ()		
Nome Condutor TIAGO DE MORAES FERREIRA		Sexo M (X) F ()	Data Nasc. 06/03/1991	RG:	
Endereço BR 364 KM 76 RAMAL BONAL KM 03					
DATA 1ª CNH	Categoria	Nº Registro	UF	Exame médico	Usava cinto
					Usava capacete () sim (X) não
Marca/Modelo HONDA/XLR 125 ES	Espécie PASSAGEIRO	Placa MZZ 3510	Município: PLÁCIDO DE CASTRO		UF: AC
Nome proprietário MARCOS LAÉRCIO FRANK		Endereço R. CAETE 421 VILA CAMPINAS			
CHASSI 9C2JD17201R018000		Compareceu ao posto SIM () NÃO (X)			
Avarias: FAROL, PAINEL, PARA-LAMA DIANTEIRO, RETROVISOR ESQUERDO, MAÇANETA DA EMBREAGEM, CAMBIO, CABO DO ACELERADOR, CARENAGENS DO TANQUE, APOIOADOR TRASEIRO ESQUERDO, ARRANHÕES NO TANQUE E DESCARGA, RODA DIANTEIRA, SELA					
Sentido Que Trafegava: ADENTRANDO O RAMAL		PONTOS		Moto (X)	
Ação Do Condutor VEIO A ÓBITO SENDO CONDUZIDO POR FAMILIARES ATÉ ATENDIMENTO		Exame alcoólico realizado Sim () Não (X)			
Nome Condutor EDVALDO DA COSTA MANAFFI		SEXO M (X) F ()	Data Nasc.: 19 ANOS	RG:	
Endereço: RAMAL BONAL KM 05					
1ª CNH	Categoria	Nº Registro	UF	Exame médico	Usava cinto
					Usava capacete () sim (X) não
Marca/Modelo CG 150 TITAN MIX EX	Espécie PASSAGEIRO	Placa MZZ 0354	Município RIO BRANCO		UF AC
Nome proprietário MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE A SILVA		Endereço CONJ ROSA LINDA CASA II QUADRA 03 RIO BRANCO			
CHASSI 9C2KC1640AR038637		Compareceu ao posto Sim () Não (X)			
Avarias PAINEL, GUIDÃO, RETROVISORES, RODA DIANTEIRA, PARA LAMA, TANQUE		PONTOS		Carro ()	
Sentido Que Trafegava: SAINDO DO RAMAL EM DIREÇÃO A BR 364				Moto (X)	
Ação Do Condutor ATENDIDO A CAMINHO DO HOSPITAL PELO SAMU		Exame alcoólico realizado Sim () Não (X)			

VITIMA	Nº 01	Nome FRANCISCO DAS CHAGAS NASCIMENTO	Sexo M (X) F ()	Nasc/Idade: 19 ANOS
		Endereço RAMAL BONAL KM 05	Condição da vítima Condutor () Passageiro (X) Pedestre ()	
VITIMA	Nº 02	Nome	Sexo M () F ()	Nasc. Idade:
		Endereço	Condição da vítima Condutor () passageiro () pedestre ()	

TESTEMUNHA	Nº 01	Nome ONALDO VIANA DE SOUZA Mãe MARIA GOMES VIANA	Sexo: M (X) F ()	Nasc/Idade: 15/03/1981
		Endereço RAMAL BONAL KM 03		
TESTEMUNHA	Nº 02	Nome CLEUDA RODRIGUES DE SOUZA Mãe	Sexo: M () F (X)	Nasc/Idade: 25 ANOS
		Endereço RAMAL BONAL KM 05		

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Informo que no endereço, data e hora supracitados, fomos acionados para atendimento de ocorrência de um possível acidente de trânsito. Deslocamo-nos até o referido local, mas antes de chegarmos ao local do acidente, nos deparamos com a viatura do SAMU que já prestava atendimento a uma das vítimas (Tiago de Moraes Ferreira) que fora socorrida por familiares, mas que já se encontrava sem vida, aguardando o IML. E segundo o enfermeiro do SAMU (Davis pereira monte) as outras duas vítimas (EDVALDO DA COSTA MANAIFI e FRANCISCO DAS CHAGAS NASCIMENTO) foram encaminhadas para o hospital de campinas. Chegando ao local exato do acidente nos deparamos com as motocicletas na via bastante destruídas. Segundo informações de populares havia na pista uma pequena árvore caída, cujos galhos tomavam parte da via no momento do acidente, mas que foi retirada por terceiros minutos depois. Foi isolado o local do acidente e aguardado a chegada da perita. O PERITO João Victor e o APC Frank se fizeram presentes e fizeram os procedimentos cabíveis. A motocicleta titan MZT 0354 foi entregue ao senhor Onaldo Viana que estava responsável pelo veículo, já a moto XLR MZZ 3510 foi entregue ao senhor Omar Ricardo de Souza morador em frente ao local do acidente. O AUXILIAR DE NECRÓPCIA (JUNIOR) se fez presente no local onde havia Ocorrido o óbito. Durante o trabalho do IML foi verificado sangramento na cabeça, fratura no fêmur e um corte profundo na região da coxa. Nada mais a informar, foi confeccionado este B.A.T. para conhecimento de quem de direito.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

CONDUTOR - VEICULO 01		CONDUTOR - VEICULO 02		CONDUTOR - VEICULO 03	
NOME Tiago de Moraes Ferreira		NOME Edvaldo da Costa Manaffi		NOME	
ASSINATURA		ASSINATURA		ASSINATURA	
LOCAL ACRELÂNDIA - ACRE		DATA 18/09/2016		Assinatura do PM posto / Graduação: 2º SGT PM ADENILDO	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23/03/2019
PRUIT/0019

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 033.336.542-96 Nome completo da vítima: Edirvaldo da Costa Mamarfi
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Edirvaldo da Costa Mamarfi CPF: 033.336.542-96
Profissão: autônomo Endereço: Rua do Retiro Número: 3904 Complemento: _____
Bairro: Campanas Cidade: Campanas Estado: _____ CEP: 69.928-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (68) 98402-6573

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2278 CONTA: 60183 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Rio Branco - Acre, 23/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

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

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

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190228497

Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIVALDO DA COSTA MANASFI

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **EDIVALDO DA COSTA MANASFI**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002278**

Conta: **0000060183-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190228497

Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIVALDO DA COSTA MANASFI

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

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190228497

Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIVALDO DA COSTA MANASFI

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

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Edivaldo da Costa Mamarfi
 brasileiro(a), estado civil: solteiro Profissão: Diarista
 portador(a) do RG 1242060-3, órgão expedidor: SSP/AC
 CPF: 033.336.542-96 residente: BR 364, Pôrto do Retiro nº 3904
 Cep: 69928-000 bairro: Campeiros município:
Senador Guimaraes Estado: Acre

OUTORGADO: Aurilício Silva de Assis
 brasileiro(a), estado civil: solteiro Profissão: Consultor
 portador(a) do RG 10528199, órgão expedidor: SSP/AC
 CPF: 959.610.032-72 residente: Rua 13 de Junho nº 73
 Cep: 69311-683 bairro: Bahia Nova município:
Rio Branco Estado: Acre

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do consorcio SEGURO DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr. (a) Edivaldo da Costa Mamarfi, ocorrido em 18/09/2016, conforme e registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como seu o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/credito de indenização de sinistro DPVAT, para todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

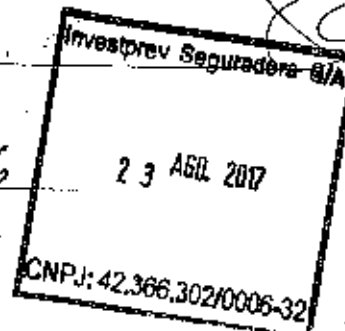


Rio Branco Acre, 13 de Julho /2017.

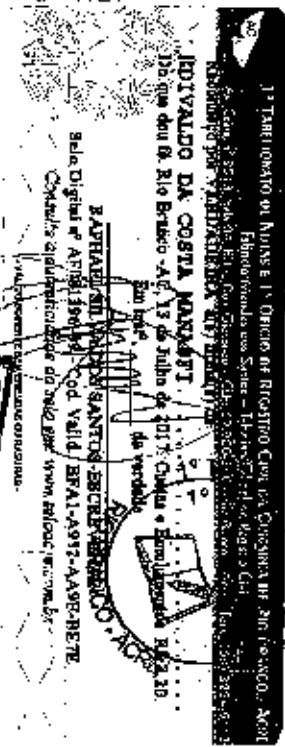
Edivaldo da Costa Mamarfi

Outorgante

CPF 033.336.542-96



Obs: Reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro em cartório.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT



AO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edivaldo da Costa Manasfi
 DATA DO ACIDENTE 30/09/136 CPF DA VÍTIMA 033.336.542-96
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Edivaldo da Costa Manasfi
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Ramal do Petre
 Nº 3904 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Ramal da Boa
 CIDADE Senador Guissone UF Ac CEP 69.928-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (68) 99605-0820
99976-7442

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

EDIVALDO DA COSTA MANASFI

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
COMPANHIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: ADILCESTON SILVA DE ASSIS
Nº DO REGISTRO: 18028192-8
CPF: 959.819.032-72
DATA DE NASCIMENTO: 07/12/1988
SEXO: M
COR DA PELE: BRANCO
COR DOS OLHOS: AZUL
COR DOS CABELOS: CASTANHO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ANALISTA DE SISTEMAS
Nº DO RG: 96862080-4
DATA DE EMISSÃO: 26/11/2009
DATA DE VALIDADE: 07/08/2017

VALORES EM TODAS
AS CÉLULAS
96862080-4

VALORES EM TODAS
AS CÉLULAS
96862080-4

Investprev Seguradora S/A
23 AGO 2017
CNPJ: 42.366.302/0006-32



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Edivaldo da Costa Maranhão
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL 12.12.17

DATA DE
EXPIRAÇÃO 22/08/2007

NOME **EDIVALDO DA COSTA MARANHÃO**

PROFISSÃO
EDIVALDO DA COSTA MARANHÃO
MARCELO GOMES DA COSTA

NATURALIDADE
INDIARÁ - AC

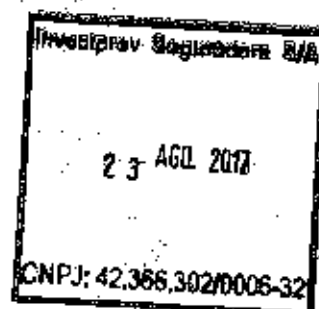
DATA DE NASCIMENTO
03/03/1987

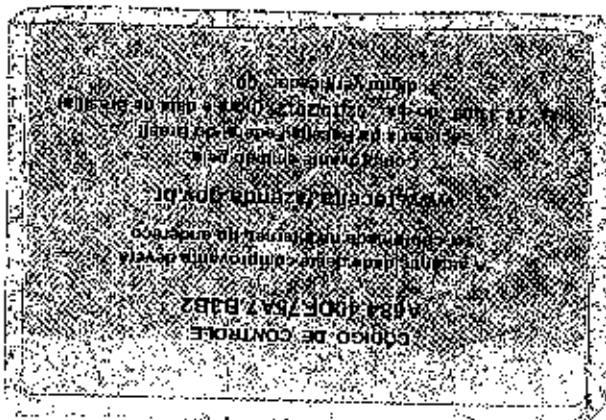
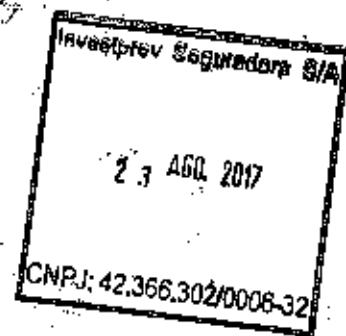
OC. ORIGEM
OCIDO NASC 15.440 FLS 050 LIV A-10

EXERCÍCIO
AC

1.000

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **033.336.542-96**

Nome: **EDIVALDO DA COSTA MANASFI**

Data de Nascimento: **05/03/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/10/2012**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **15:31:57** do dia **23/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8A7D.B567.A9B3.29F3**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPIRAÇÃO: 23/08/2017

EDIVALDO DA COSTA MANASSÉ

EDIVALDO DA COSTA MANASSÉ

PAULO GOMES DA COSTA

APUR: AL

DATA DE REGISTRO: 03/03/1997

CARTÃO REG: 15 446 113 640 LIN: A-10

APUR: AL

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

Instituto Seguradora S/A

23 AGO. 2017

GNP L 42.366.302/0006-32

EDIVALDO DA COSTA MANASSÉ

Data Nascimento: 05/03/1997

705 0012 7321 7155

705 0012 7321 7155

SUS

SAME / HUERS

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde - SEBACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERS



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edivaldo da Costa Marcondes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

81012

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/03/97

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Damasceno Gomes da Costa

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RR-364 Padamento de Inara Ramez

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Senador Guiomard

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com dor abdominal em hipocôndrio direito e dificuldade para respirar.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

SAME / HUERS
CÓPIA

Investigação Epidemiológica S/A

23 AGO 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

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

CONFORME ORIGINAL

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415040027

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - FONTE DE TRANSITO

37 - CIP da SEGURADORA

38 - Nº DO BENEFITÁRIO

39 - SÉRIE

40 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

20107265620001

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Leida Davalos
Médica Autorizadora

379

HOSPITAL DE VERGELAS E URGÊNCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 81012
 Numero do CNS.....: 705081275217155
 Nome.....: EDIVALDO DA COSTA MANASSI
 Documento.....: CNS Tipo :
 Data de Nascimento: 5/03/1997 Idade: 19 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: ERIVALDO DA COSTA MANASSI
 Nome da Mae.....: VANEIDE GOMES DA COSTA
 Endereco.....: BR 364 ASENTAMENTO DO INCRA RAMAL VIVO NO SAMU
 Bairro.....: Cap.: 69900-000
 Telefone.....: 99910-6336
 Municipio.....: 1200450 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do B3: 238/177
 Motivo...: 008 - CLIP.CED.CIRURGICA 30 "B"
 Data da Internacao: 16/03/2016
 Hora da Internacao: 17:24
 Medico Solicitante: 014.311.151-50 - THEREZA RAQUEL MOURA BAPTISTA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO 0408020377
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO S.623
 Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA

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

ccid. 182134516

AHU 182161001-2119-8

SAME / HULHO
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre
Cidade Santa Rosa, 14 de Novembro de 2016

Unidade:

11:00

NOME: Edivaldo da Costa Manari

IDADE:

REGISTRO:

ENFERMEIRO:

LEITO:

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
18/04/16 23:40	TCC não funciona + Alcool 30%	Dieta 1 SPO 4 Noel 2 Kcl 1 Glicose 101 Ticlo 15 mg Novel 10 mg Plan 2 mg SNB 1 mg SSVV 1 mg	o c/c 2º ordem — 50 ml — 10 ml — 5 ml — 30 ml 5 mg EV 12/12h na 24h EV 6/6h 2 ml EV 8/8h 1 mg 1 mg 12/12h	24h Paciente com alívio agudo no leito para uma requisição de curativo + AV. Período em curativo, mcp m. 550 V c 60 bpm SPO 2-100% A 130x70 mmHg Angela 24/04/16 1806:00 Paciente em evolução em lesão, não responsivo, agitado, entido no leito, mascara de O2 5L portando Colar mical, AVP em Curativo A 130x88 mmHg, SPO 2 100%, FC 99 bpm
	ECG 3/3/16: 12		500-500	
	Tic de E sem febre apresenta sem colúria sem febre sem febre			
	R curvel: sem febre curvel			
	2 01m-100 VPM			

Cartaxo
ESTADO DO ACRE
1998

SAÚDE MUNDO
CARTA
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Francisco José de Aguiar
Téc. Enfermagem
COREN-AC 540650

[illegible]



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

Unidade:

NOME: Edinaldo da Costa Mamede IDADE: 19 anos REGISTRO: _____ E. TERMA: _____ LEITO _____

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HO	RIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PRESCRIÇÃO MÉDICA <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Investidor Seguradora S/A</div> <div>23 AGO 2017</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CNPJ: 42.366.302/0005-92</div> </div> </div>			<p>Continuação: diurese desprezível 900 ml, pl. diurese concn travla. GSVV: PA: 150 X 76 mmHg. FC: 64 bpm; SPO₂: 99%.</p> <p>Ac. enj. associado Nizidol</p> <p style="text-align: right;"> Maria José V. M. de F. Enferm. 1 COREN 7/206 </p>

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÃO

DE ENFERMAGEM

NOME: Edinaldo de Lencas

IDADE:

SETOR:

ENF:

EVOLUÇÃO NEUROCIRURGIA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM																																																												
<p>DATA: 17/09/16</p> <p>Data de Internação:</p> <p>Dr. Poltronas</p> <p>paciente segue desorientado para com boa nível de consciência</p> <p>Apresenta</p> <p>em 11/09, 013, 015, 018, 020</p> <p>problemas, pto</p> <p>em: liberado por prancha metálica ortopédica</p> <p>Vigilância neurológica</p>	<p>1. DIETA: <u>sem SNG</u></p> <p>2. <u>SA 016-2500-1 @ 14 500 500 500 500 500</u></p> <p>3. Dipirona 1g dil (8 ml AD) EV 6/6hs <u>10 16 22 04</u></p> <p>4. Omeprazol 40mg dil EV 1x/dia cedo <u>06</u></p> <p>5. Plasil 2ml dil EV 8/8hs <u>SOS</u></p> <p>6. Tramadol 100mg+ SG a 5% 100ml EV 8/8h em 40' <u>S/N</u></p> <p>7. <u>Observar nível de consciência</u></p> <p>8. <u>SSVV 6/6hs</u></p> <p>① <u>Glicose 80% - 5mg por hora</u></p> <p><u>ortopedia</u> - paciente palmarmente fraturado, vitulina de colisão metaximato com escoriações e ferimento contuso no dorso da mão direita.</p> <p>At exame: paciente agitado, sem resposta verbal</p> <p>As radiografias: Fratura do rádio distal e fratura exposta de 1°, 2° e 3° MTC</p> <p>conduta: @ estabilização</p> <p>@ Após estabilizar paciente, ortopedia</p>	<p>12:30</p> <p>SAME / NUBERS</p> <p>CÓPIA</p> <p>FORMA ORIGINAL</p>	<p>17:00hs paciente segue agitado, desorientado, fraturado para sua segurança apresentando o quadro de sudoreses em mãos e pés ventru 50%, realizado acesso MSE de calibre n. 14, desprezando 600 ml diurese de urina abrangida sem evacuação, pto mobilização USB, verificando a PA: 125X47 mmHg Tr. Andréa</p> <p>17:30 apresentando face ede</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>PA</th> <th>TAX</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>GLI</th> <th>INSULINA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Assinatura: <u> </u></p> <p>Assinatura: <u> </u></p> <p>Assinatura: <u> </u></p>	SINAIS VITAIS						PA	TAX	FC	FR	GLI	INSULINA																																																
SINAIS VITAIS																																																															
PA	TAX	FC	FR	GLI	INSULINA																																																										



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Aque

Unidade: HUEK B

NOME: Edi um lolo do Pôrto Mamasji IDADE: 19 REGISTRO: 2087177 ENFERMARIA: SET LEITO 05

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
19.09.2016		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Investigação Seguradora S/A</div> <div style="text-align: center;">23 AGO 2017</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">RNPJ: 42.366.302/0005-32</div> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> SAÚDE HUENB CÓPIA CONFORME ORIGINAL </p>		<p>09:25 paciente agitado, desorientado, confuso, para sua segurança em máquina retiline 50% e 100% mantendo cabeça exposta no ASB + encerações em alguma parte do corpo, realizado banho no posto + Curativo, limpeza do 2º e 3º pela SUS de cor amarelado, não realizado o PA Box 10 mmHg Fe 70 bpm SPO₂ 98%</p> <p>Téc. Andréa - Kátia Retenção - segue em sala de observação</p>

Var.



Governo do Estado do Acre.
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

Unidade:

Excluded as 1975 merger

NOME:

IDADE:

REGISTRO:

ENFERMARIA:

: ETC

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES	ENFERMAGEM
10/09/16	Paciente, Portador de uma infecção local, com sinais vitais normais, de monitorado em 13/09/16. Prescrita inicialmente para 7 dias de CB e 10 dias de antibiótico.				
02/09/16	Paciente, com sinais vitais normais, para a evolução em 19/09/16. Paciente apresenta ferida aberta de 1cm (10) com curativos de 10 dias. Paciente com ferida de 1cm (10) com curativos de 10 dias. Paciente com ferida de 1cm (10) com curativos de 10 dias.				
	Paciente liberado da internação em 19/09/16. O paciente apresenta curativo que não apresenta mais dor. O paciente apresenta curativo que não apresenta mais dor. O paciente apresenta curativo que não apresenta mais dor.				
	Seu plano de tratamento, com curativos de 10 dias. Seu plano de tratamento, com curativos de 10 dias. Seu plano de tratamento, com curativos de 10 dias.				
	H/D. Paciente, com sinais vitais normais, com curativos de 10 dias. H/D. Paciente, com sinais vitais normais, com curativos de 10 dias. H/D. Paciente, com sinais vitais normais, com curativos de 10 dias.				
	de 10 dias. Paciente, com sinais vitais normais, com curativos de 10 dias. de 10 dias. Paciente, com sinais vitais normais, com curativos de 10 dias. de 10 dias. Paciente, com sinais vitais normais, com curativos de 10 dias.				

Dr. Ronaldo T. de Carvalho
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM: 12345

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

179

Unidade:

NOME:

Eduardo Costa Mamanti

IDADE:

REGISTRO:

ENFERMAGEM

CCB LEITO X

DATA	EVOLUÇÃO	dieta
20/09/16	Poli trauma UE m/curativo - 1º de náuseo e vômito 19/09/16 MTC J1	SE-2 Nall MTC Gravida
	Pct agitado, desorientado, movimentos bruscos, apertando mãos, oclusão ocular, alargamento, hálito fétido palpitar, irradiação FM ECG 3/3/6i 12	1/2 Novo plasil ecg 33W
	① Vigilância Nor VPM	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3 SNB

500ml

10ml

5ml

30ml

20ml 12/16

na dose de 6/16m 5ml

na dose de 8/16m 5ml

cloro a 30°

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

HORÁRIO

12/16

500ml

10ml

5ml

30ml

20ml 12/16

na dose de 6/16m 5ml

na dose de 8/16m 5ml

cloro a 30°

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

Lib

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

18:30 - paciente encosta
e contido em maca
para seus próprios
segurança, desorientado,
resposta, responsável
a estímulos, dieta por
ste 2º ordem, portador
S.U.D. com débito
urinário (+) Hx. em A1
Curso em USF, fuma
Te. Imobilização em
brazo direito, realça
da banda no leito
com higiene, compresão
oral e dentária. Taca
de lençóis fixada e
curativa p.A 128x63
mmHg. Fc 85 bpm 12
991. - 12/16
16:25 paciente agi
no leito sonolento
responsivo a

SANE / NUBES
CÓPIA
COMPROVA ORIGINAL

GCS 15/15

sem focalização Neurol
Refer. Hx. Braço direito
sem alteração Neurol
Fim. Hx. Caudal
Bate-pulso R/T
FX

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES	ENFERMAGEM
				Estômago	verbal
				pancícula	ante oles
				pregado	100 ml
				bolso de	com ave
				curado	de Andrieu
				PA: 120 x 80	em H g
				Ec. Amil	
				6350 ml	ombr
				ambr	esca
				com	ves
				de	me do
				1/100 ml	sius
				se	com
				de	1/10 X
				8:30 h	de Dupa
				to respo	116 - facies
				divers	supress
				com pain	to via SV
				nao a	chito ur
				realiza	clara
				leite, co	do mo
				oligacri	os me
				unha de	sucum
				de pratur	via A H
				com PA=140	mao
				100 ml, 50	46, 16 =

SANE - HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Daniel Gustavo
Enfermeiro
L. 1504/18



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

HUERB
HISTÓRICO DE USO DE RECURSOS
HISTÓRICO DE PREÇOS

REGISTRO

PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANASFI

IDADE

19

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

179

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

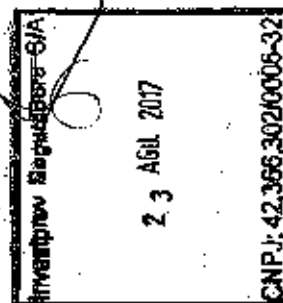
HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H
3. DAPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 6/6H
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA
7. PLASIL 10 MG EV DE 6/6H
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > 160x110 mmHg
10. CURATIVO DIARIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

Robson de Souza
Médico
CRM-AC 1903



SAÚDE / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DSH paciente admi-
tido no CCB, pro-
cedido o CCB, ad-
per a administração
a prescrição de
cirurgia, para
leitura, porém re-
pouso a se-
licitação por
bair, febre
eupneia, mal
microscópica
c/ D.S. e
tala resada.

Robson de Souza
Médico
CRM-AC 1903

DSH CCB
bair, febre
eupneia, mal
microscópica
c/ D.S. e
tala resada.



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

digitado e impresso em: 23/09/2016 às 10:49:37



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASFI	19	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGÉANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MÃO DIREITA</p> <p>PACIENTE APRESENTA ESCORIAÇÃO EXTENSA EM REGIÃO LATERO INFERIOR DE HEMITORAX DIREITO, COM ÁREA NECROTICA.</p> <p>PACIENTE REFERE POUCA DOR, FERIDA EM MÃO LIMPA E SECA.</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0.9% 500 ML EV 12/12H</p> <p>3. DAPIRONA 1 AMP EV 12/12H</p> <p>4. TRAMAL 100MG F 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H</p> <p>5. CEFALOTINA 1 G C 6/6H</p> <p>6. GENTAMICINA 240 EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA</p> <p>7. PLASIL 10 MG EV 8H S/N</p> <p>8. OMEPRAZOL 40 MG 1 VEZ AO DIA</p> <p>9. CAPTOPRIL 50 MG PA > OU = A 160x110 mmHg</p> <p>10. CURATIVO DIÁRIO</p> <p>11. MEMBRO ELEVADO</p> <p>12. CUIDADOS GERAIS SINAIS VITAIS</p> <p>13. Diazepam 10mg 1 omp.</p>		<p>08:00 - pac. acordado, ate, sup. hidratado -</p> <p>relato aumentado -</p> <p>traçado sinistral e mede. -</p> <p>com</p> <p>pe, leve</p> <p>17.0 de elev. de PA =</p> <p>110x70 mmHg. f. a. normal</p> <p>respiração ausc. normal</p> <p>membranas mucosas</p> <p>tec. (B) normal</p> <p>21.04.2016. Sinais vitais</p> <p>120x70 mmHg. f. a. normal</p> <p>med. de sem. 12</p> <p>mo. v. 120x70 mmHg</p> <p>Par. 120x70 mmHg</p> <p>Carim. 412 988</p>

Robson de Souza
Médico
CRM-AC 1903

SANE / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 24/11/2016 às 10:13:04



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASFI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA	179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	AÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	---------------------

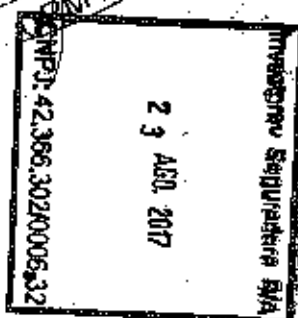
FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

ENFERMEIRO DO PLANTÃO NOTURNO, RELATOU QUE O PACIENTE APRESENTOU QUADRO DE AGITAÇÃO, AGRESSIVIDADE, CONFUSÃO MENTAL E PERDA DE MEMÓRIA NA ÚLTIMA NOITE

FO: LIMPA E SECA, SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA NO MOMENTO. QUEIMADURA EM REGIÃO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM BOM ASPECTO

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H
3. DÍPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg
10. CURATIVO DIÁRIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. DIAZEPAM 10 MG VO A NOITE

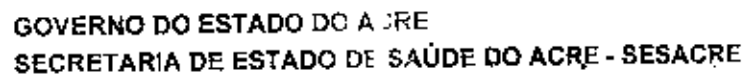
Robson de Souza
Médico
CRM-AC 1903



SAÚDE / HUERRB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

09/11/2016 Paciente loto, eufórico, em ambulatório, com agitação no momento de atendimento demonstrando angústia, chegando ao P.S. realizando agitação sem paciência, chegando às 10:00hs ad- ministrando medicação com clonazepam prescrita, tendo sido turbinado com 375mg.

16/11/2016 Paciente sonolento, dormindo no momento, recebeu prescrição de dieta omeprazol, para uso oral, e evacuação intestinal medicada com metoclopramida. Apresentando, a partir das 15:00hs, febre, com temperatura de 37,5°C, sendo iniciado o tratamento com paracetamol 1g, a cada 6h, totalizando 4g. Paciente em repouso, com boa evolução, não apresentando mais agitação, tendo sido medicado com clonazepam 1mg, a cada 6h, totalizando 4mg.



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLINICA	SEDE
	EDIVALDO COSTA MAN, SFI	19	CB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	179

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	--	------------	--	---------	-------------------------

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3 E 4 MTC DE MAO DIREITA

ACOMPANHANTE RELATA QUE NA
ULTIMA NOITE, PACIENTE NAO
APRESENTOU QUADRO
NEUROLOGICO DE UM DIA ATRAS.
NO MOMENTO ENCONTRA-SE
DORMINDO

FO: LIMPA E SECA, SEM SAIDA DE
SECREÇÃO PURULENTA. NO
MOMENTO.
QUEIMARUDA EM REGIÃO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM BOM
ASPECTO

1. DIETA AO LIVRE
2. SF 0.9% 1000 ML EV DE 12/12H
3. DIFER NA 1 AMP EV + AD DE 6/6H
4. TRAM L 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H
5. CEFALOSPORINA 1 G EV DE 6/6H
6. GENTOMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA
7. PLAS 10 MG EV DE 8/8H S/N
8. OMETAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg
10. CURATIVO DIARIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CURA DOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. DIAZEPAM 10 MG VO A NOITE

Robson de ~~Paulo~~
Médico
CRM-AC 1992

SANTÉ / HUEP3
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible]

advised to see him



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

digitado e impresso em: 26/09/2016 às 10:15:49



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASSI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

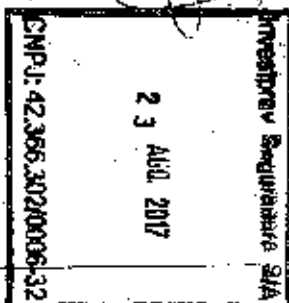
PACIENTE APRESENTA-SE
SONOLENTO, MAS COMUNICATIVO.
NÃO APRESENTOU MAIS QUADROS
DE AGITAÇÃO

AVALIADO PELO NEURO QUE
PRESCREVEU FENOBRITAL 100 MG
DE 8/8H E REAVLIAÇÃO NA ALTA

FOI LIMPA E SECA, SEM SAIDA DE
SRORE?AO PURULENTO NO
MOMENTO.
QUEIMARUDA EM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM BOM
ASPECTO

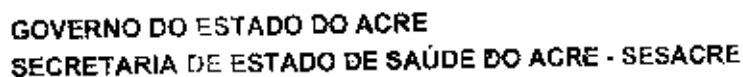
1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H
3. DIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML SF 0.9% DE 6/6H
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H
6. GENIAMICINA 240 MG EV + 200 ML SF 0.9% 1 VEZ AO DIA
7. PLASII 10 MG EV DE 8/8H (S/N)
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50-MG SE PA > 160x110 mmHg
10. CURATIVO DIARIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. FENOBRABITAL 100 MG VO DE 8/8H

Robson de Souza
Médico
CRM-AC 1903



SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

08:00 - pac. des-
mindo hipocriado
regimentado. Ho-
cudo curativo
medic. cpm -
Téc. UUUUUUU
17:00 - Continuar
do mesmo. PA =
100 x 60 mmHg. Tax:
36°C. Tec. UUUUUUU
27/04/30 do. S/N. Tach:
110x70 mmHg. S/N. Tach:
nº referida. S/N. Tach:
S/N. Tach:
Téc. UUUUUUU
718998



digitado e impresso em: 27/09/2016 às 11:01:27



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLINICA
	EDIVALDO COSTA MANASSI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

EVOLUÇÃO		PREScrição	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	--	------------	---------	-------------------------

FX DE RADIO DISTAL DIREITO : FX/LX
FXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3 E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE ENCONTRA-SE
SONOLENTO, APENAS DORMINDO
SEGUNDO RELATO DE
ACOMPANHANTES. ACOMPANHANTE
REALTOU FEBRE NA ULTIMA NOITE

FO: LIMPA E SECA, SEM SAIDA DE
SECRE?AO PURULENTA NO
MOMENTO.

QUEIMARUDA EM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HEASTORAX
INFERIOR DIREITO COM HOM
ASPECTO NAO SECRETIVA

AGUARDA MELHORA DO QUADRO
CLINICO PARA PROGRAMAÇÃO
CIRURGICA

1. DIETA VO LIVRE **300**

2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H **500 + 500**

3. DIPIRONA 1 AMP EV + AD DF 6/8H **- 10 + 1/6 +**

4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H **80**

5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H **- 10 + 1/6 + 20**

6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA

7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H **50**

8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA **- 04**

9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > 160x110 mmHg

10. CURATIVO DIARIO **- 05**

11. MEMBRO ELEVADO

12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

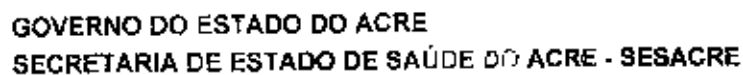
13. FENOBARBITAL 100 MG VO DF 8/8H **- 14: 20**

Robson de Souza
Médico
CRM-AC 1903
Médico
AC 1903

SAO / MERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible]

28 109
S.H.S.
near
down
in H. 9
near



Gerado e impresso em: 28/09/2016 às 11:03:20

HURE:

REGISTRO

PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANASFI

IDADE

19

CLÍNICA

CMCB - 6

CIA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

179

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

$$\overline{\text{HC}} \vdash \overline{\text{O}}$$

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3 E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE COM MELHORA DO
ESTADO GERAL, MENOS
SONOLENTO, AFEBRIL, EUPNEICO.

FO: LIMPA E SECA, SEM SAIDA DE
SECRE?AO PURULENTA NO
MOMENTO

QUEIMARUDA EM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM BOM
ASPECTO NAO SECRETIVA
REALIZADO DESBRIDAMENTO DE
AREA NECROTICA NO LEITO

AGUARDA MELHORA DO QUADRO CLINICO PARA PROGRAMA?AC CIRURGICA

1. DIETA VO LIVR:-

2 SF 0.9% 5DU NL EV DE 12/12H

3. DIPIRONA 1 AMP C.C. + AD DE 6/8H

4. TRAMAL 100MG IV = 100 ML DE SF 0.9% DE B/HH

5 CEFALOTINA 1 G C/ DE 816H

6 GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA

7 PLASU 10 MG EV D= 8/8H 6/1N

8 OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA

9 CARTON 50 Vols. 1942-1943

COOPERATIVE CARE

MEMBRO ELLEVADO

49. **GRIPPA** nos. 90.90.5 + **SINAIS** 97.92.5

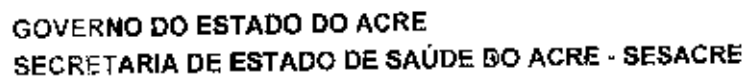
13 FENOBARBITAL 300 MG VO DE 8/8H

Robson de
Médico
CRM-AC

Robson de Souza
Médico
CRM/AC 1903

5272 / 10273
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

As 10:00Hs. suoliza
curativo e di
ninto de diacho de
sulfato em su
ao tomice past
or sem presen
de sulfato de
no de piro e
ativo em 150 mg
ao do não usou
alio de girasol +
SFO. 9% + clausula
+ Poparno 10%
As 10:00Hs. do
moim AC 8%
As 10:00Hs. do
tec. HPCR
os outros pacien
seguem as fele
poucos refere
medic. de op
m. HPCR. Tec. S



digitado e impresso em: 9/09/2016 às 12:39:14



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLINICA
	EDIVALDO COSTA MANASFI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B
			179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FX DE RADIO DITAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MÃO DIREITA</p> <p>PACIENTE COM MELHORA DO ESTADO GERAL, MENOS SONOLENTO, AFÉRRIL, EUPNEICO.</p> <p>FO PERMANECE LIMPA E SECA, SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTO NO MOMENTO</p> <p>QUEIMADURA EM REGIÃO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM BOM ASPECTO NÃO SECRETIVA REALIZADO DEBRIDAMENTO DE ÁREA NECROTICA NO LEITO</p> <p>CIRURGIA PRE AGENDADA PARA O DIA 11/10/16 NO HC COM DR. RONEIDO E DR. MARCO AURELIO PLACA T LONDA</p> <p>SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIR. PLÁSTICA</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0.9% 500 ML EV. DE 12/12H</p> <p>3. DÍPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H</p> <p>4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H</p> <p>5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H</p> <p>6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VZ AO DIA</p> <p>7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H</p> <p>8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA</p> <p>9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > QU 180x110 mmHg</p> <p>10. CURATIVO DIÁRIO</p> <p>11. MEMBRO ELEVADO</p> <p>12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</p> <p>13. FENOBARBITAL 100 MG VO DE 8/8H</p>	<p>1:00 Recebido</p> <p>2:00 Recebido</p> <p>3:00 Recebido</p> <p>4:00 Recebido</p> <p>5:00 Recebido</p> <p>6:00 Recebido</p> <p>7:00 Recebido</p> <p>8:00 Recebido</p> <p>9:00 Recebido</p> <p>10:00 Recebido</p> <p>11:00 Recebido</p> <p>12:00 Recebido</p> <p>13:00 Recebido</p> <p>14:00 Recebido</p> <p>15:00 Recebido</p> <p>16:00 Recebido</p> <p>17:00 Recebido</p> <p>18:00 Recebido</p> <p>19:00 Recebido</p> <p>20:00 Recebido</p> <p>21:00 Recebido</p> <p>22:00 Recebido</p> <p>23:00 Recebido</p> <p>24:00 Recebido</p>	<p>1:00 Recebido</p> <p>2:00 Recebido</p> <p>3:00 Recebido</p> <p>4:00 Recebido</p> <p>5:00 Recebido</p> <p>6:00 Recebido</p> <p>7:00 Recebido</p> <p>8:00 Recebido</p> <p>9:00 Recebido</p> <p>10:00 Recebido</p> <p>11:00 Recebido</p> <p>12:00 Recebido</p> <p>13:00 Recebido</p> <p>14:00 Recebido</p> <p>15:00 Recebido</p> <p>16:00 Recebido</p> <p>17:00 Recebido</p> <p>18:00 Recebido</p> <p>19:00 Recebido</p> <p>20:00 Recebido</p> <p>21:00 Recebido</p> <p>22:00 Recebido</p> <p>23:00 Recebido</p> <p>24:00 Recebido</p>

COPIA
CONFORME ORIGINAL

15:00 recuando
 para estável, com
 náuseas, vômito, febre,
 amarelado, repul-
 são de 2 em 50, ce-
 faleia, inc. medica-
 do, em cama de
 madeira, fungos
 fisiologia presente
 também com o
 de uma troca de
 sangue da corrente
 para a privativa
 que não realizou
 em 9/1, clonoxony
 para a 2%
 Acima de 50 mg
 900. Entop. grinde.
 16:30 pct. estável
 não sofreu alteração no
 momento.
 Entop. grinde
 nn 52582



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASFI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MAO DIREITA</p> <p>PACIENTE COM MELHORA DO ESTADO GERAL, MENOS SONOLENTO, AFEBRIL, PULNEICO, DIURESE, E EVACUAÇÕES PRESENTES</p> <p>FO PERMANECE LIMPA E SECA, SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTO NO MOMENTO.</p> <p>QUEIMARUDA EM REGIÃO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM BOM ASPECTO NÃO SECRETIVA REALIZADO DESBRIDAMENTO DE ÁREA NECROTICA NO LÉITO</p> <p>CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O DIA 11/10/16 NO HC COM DR. RONEIDO E DR. MARCO AURELIO PLACA Y LONGA</p> <p>SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIR. PLASTICA</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>END</i></p> <p>2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H <i>22 04</i></p> <p>3. DIFIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H <i>22 04</i></p> <p>4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H <i>22 04</i></p> <p>5. CEFALOTINA 1 G EV DE 8/8H <i>22 04</i></p> <p>6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA <i>22 04</i></p> <p>7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H (S/N)</p> <p>8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA <i>04</i></p> <p>9. CARTOPRIL 50 MG SE PA > CU = A 180x110 mmHg</p> <p>10. CURATIVO DIARIO <i>22 04</i></p> <p>11. MEMBRO ELEVADO</p> <p>12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS <i>22 04</i></p> <p>13. FENOBRABITA, 100 MG VO DE 8/8H</p> <p><i>Robson de Souza</i> <i>Médico</i> <i>CRM-AC 1903</i></p>		<p>08:00 - pac. so moleto! com acompanhantes</p> <p>fei higienizado trocado curativo, medicação.</p> <p>16:00 - Paciente sonolento, necessando parte das dietas oferecida, refere Cefaleia, diurese presente, medicação conforme item Prescrito, PA 100x70 mmHg, Jec. Schachtma <i>22 04</i></p> <p>PA 100x70 mmHg</p> <p>22 04</p>

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

Digitado e impresso em: 01/10/2016 às 12:53:20

HUF

REGISTRO

PACIENTE

EDIVALDO COSTA MANASSÉ

IDADE

19

CLÍNICA

CMCE

CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

179

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

DIÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO.DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE ACORDADO NO LEITO
AFEBRIL, EUPNEICO, DIURSE E
EVACUAÇÕES PRESENTES

FO PERMANECE LIMPA E SECA, SEM
SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA NO
MOMENTO.

QUEIMARUDA EM REGIÃO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX

INFERIOR DIREITO COM BOM
ASPECTO NÃO SECRETIVA

REALIZADO DESBRIDAMENTO DE
ÁREA NECRÓTICA NO LEITO

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 13/10/16 NO HC COM DR.
RONEIDO E DR. MARCO AURELIO -
PLACA T LONGA

SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIR.
PLÁSTICA

1. DIETA VO

2. SF 0.9% 500

3. DIPIRONA

4. TRAMAL

5. CEFAL

6. GENTAM

7. PLASIL

8. OMEPRATO

9. CAPTOPRIL

10. CURATIVO OCARIO

11. MEMBRO LEVADO

12. CUIDADOS DE FERIDAS + SINAIS VITAIS

13. FENOTEROL 100 MG VO DE 8/8H

EV DE 12/12H

EV + AD DE 0/8H

EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H

EV DE 8/8H

40 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA

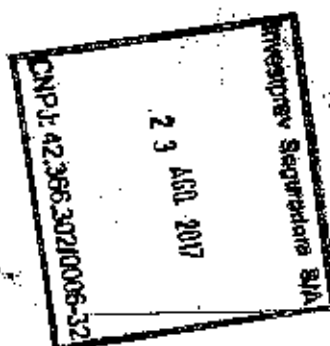
EV DE 8/8H S/N

1 MG EV 1 VEZ AO DIA

MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg

Dr. Lígia Ferreira
PRM Cirurgia e Traumatologia
CRM - AC 1933

SANE / HUF
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



8h - Realizado ba
de aspirac
ca do Kounan
Cama fune.
Presentes - Trau
curativo, de a
limpo e se
77: 100x60cm
16h - acide
dres fune
Presentes, pr
100x60cm
Tratamento
Obs: não aci
Auro Felice



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

digitado e impresso em 01/10/2010 às 12:00:20



REGISTRO PACIENTE
EDIVALDO COSTA MANASFI

IDADE 19 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 179

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE ACORDADO NO LEITO,
AFEBRIL, EUPNEICO, DIURESE E
EVACUAÇÕES PRESENTES

FO PERMANECE LIMPA E SECA, SEM
SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTO NO
MOMENTO.

QUEIMADURA EM REGIÃO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM BOM
ASPECTO NÃO SECRETIVA
REALIZADO DESBRIDAMENTO DE
ÁREA NECRÓTICA NO LEITO

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 11/10/10 NO HC COM DR.
RONEIRO F. DR. MARCO AURELIO -
PLACA T. LONGA

SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIR.
PLÁSTICA

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H
3. DIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 8/8H
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% 10C 8/8H
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H SIN
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50 MG SE-PA-200-160x110 mmHg
10. CURATIVO DIÁRIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. FENOBRABITAL 100 MG VO DE 8/8H

Dr. Livia Ferreira
FARMACIA e Transmissão
CRM-AC 1223

SAÍDA / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

O 10 para o curativo
curativo e banho
administrado e o leito
está bem preservado
Dr. Dora
10-10-04:00 Evacua
normal, expulsa de
10, SFC de 100
pressão não está
bem durante o
dia. P.A. 110 x 70
mmHg. Tem Exp. 10
ne 432603



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

REGISTRO

PACIENTE

EDIVALDO COSIA MANASSI

ID: 15

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITE

179



EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1
3. F 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE DEITADO NO LEI
SONOLENTO, POUCO
COMUNICATIVO, AFELI
EUPNEICO, DIURESE E EVACUAÇÃO
PRESENTES.

FO PERMANECE LIMPA E SECA. SI
SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA NO
MOMENTO.
QUEIMARUDA EM REGIÃO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM
ASPECTO NÃO SECRETIVA.

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 11/10/16 NO HC COM
RONECIDO E DR. MARCO AURELIO
PLACA T LONGA

SOLICITADO AVALIAÇÃO DA
NEUROLOGIA E LIBERAÇÃO DA
MESMA PARA PROCEDIMENTO
CIRURGICO E AGUARDAR AVALIAÇÃO
DA CIRURGIA PLASTICA.

1. DIETA VO LIVRE

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

3. DAPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H

4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H

5. CEFALOTINA 1 G EV DE 8/6H

6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA

7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H S/N

8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA

9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg

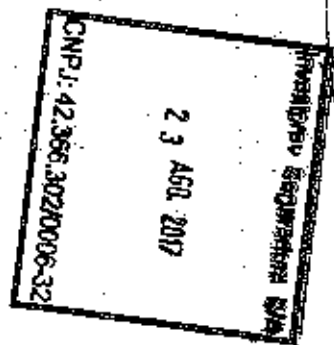
10. CURATIVO DIARIO

11. MEMBRO ELEVADO

12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

13. FENOBRABITAL 100 MG VO DE 8/8H

Dr. Carlos Ferreira
1734 Cirurgia e Traumatologia
CRM - AC 1933



HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMEIRO

IMAGEM

Pac tomou banho
de aspersão e cou
auxílio + técnica de
roupa de cama
16:00h, Pac desobede
tado, soube muito todo
o período, não aceitou alimen
tação, fuma 25 cigarros
por dia, PA 120x70
mmHg Te 70
946704 AC
As 49.50h
03/10/16
5:00h, Pac desobede
tado no plantão
blanche e feress presente
PA 120x80 mmHg TE
70 946704 AC

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 04/10/2016 às 00:07:01



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASSI	19	CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE DEITADO NO LEITO,
SONOLENTO, POUCO
COMUNICATIVO, AFEBRIL, EUPNEICO,
SEM QUEIXAS. DIURESE E
EVACUAÇÕES PRESENTES.

FO LIMP E SECA, SEM SECREÇÕES.
QUEIMADURA EM REGIÃO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE
GRANULAÇÃO.

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 11/10/16 NO HC COM DR.
RONEIDO E DR. MARCO AURELIO
PLACA T LONGA

SOLICITADO AVALIAÇÃO DA
NEUROLOGIA E LIBERAÇÃO DA
MESMA POR ESCRITO, PARA
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.
AGUARDA AVALIAÇÃO DA CIRURGIA
PLÁSTICA.

1. DIETA VO LIVRE *SUB*
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/24H *500 + 500*
3. DIPIRONA 1 AMP EV + VO DE 8/8H *10416 + 2274*
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H *(X)*
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 8/8H *10416 + 2274*
6. GENTAMICINA 240 MG EV - 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA *16*
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H *SIN*
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA *4*
9. CAPTOPRIL 50 MG SECA - QUANTO TIVER *4*
10. CURTIDOR DIÁRIO *4*
11. MEMBRO ELEVADO *4*
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS *4*
13. FENOBARBITAL 100 MG VO DE 8/8H *4*

Dr. Livia Ferreira
Pediatra e Traumatologista
CRM - AC 1993

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

8:00h as 17:00h cliente
expulso afébril, não
murmurando. Sem
queixas ou sintomas
deambulando, aceita
dieta oferecida de
alimentos fisiológicos por
seu pai. P: 110x60mmHg
re: 34°C
6:00h Cliente expulso
afébril, não
murmurando. Sem
dores ou sintomas, diurese
presente. P: 110x60
mmHg. G: Jovem



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

digitado e impresso em: 05/10/2016 às 10:30:29



REGISTRO PACIENTE
EDIVALDO COSTA MANASFI

IDADE CLÍNICA LEITO
19 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 179

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO DITAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANOEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

PACIENTE MANTEM SONOLENCIA
SONOLENTO, POUCO
COMUNICATIVO, AFEBRIL, EUPNEICO,
SEM QUEIXAS, DIURESE E
EVACUAÇÕES PRESENTES.

FO LIMPA E SECA, SEM SECREÇÕES.
QUEIMADURA FM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE
GRANULACAO.

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 11/10/16 NO HC COM DR.
RONEIDO E DR. MARCO AURELIO
PLACA T-LONGA.

AVALIADO PELA NEUROLOGIA
ONTEM.
AGUARDA AVAIACAO DA CIRURGIA
PLASTICA.

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H
3. DAPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 8/8H
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VZ AO DIA
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H S/N
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg
10. CURATIVO DIARIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. FENOBRABITAL 100 MG VO DE 8/8H

22:4
22:4
22:4
22:4

ps. 11:10 hrs. Paciente
nao se refere que no
momento, tomou
banho. A esposa, de
tal auster oferece
realizado banho
colocando + óleo mineral.
Quem os dois
nomes de 7. de 11/10/16
ps. 16:30 hrs. Lucido +
consciente, não se refere
que no momento
de 11/10/16
Recebeu
de 11/10/16
de 11/10/16
de 11/10/16
de 11/10/16
de 11/10/16

SAVE / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 06/10/2016 às 10:20:49

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LEITO
EDIVALDO COSTA MANASE 19 CAPCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 179

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MAO DIREITA

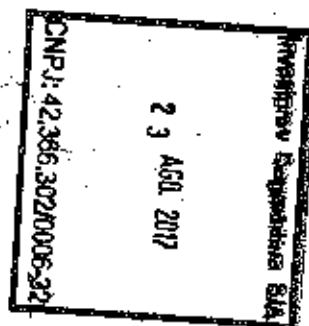
PACIENTE DESORIENTADO, POUCO
COMUNICATIVO, AFEBRIL, EUPNEICO,
SEM QUEIXAS. DIURESE E
EVACUAÇÕES PRESENTES. NAO FAZ
USO DA TALA GESSADA.

FO LIMPA E SECA, SEM SECREÇÕES.
QUEIMADURA EM REGIAO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE
GRANULACAO.

CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 18/10/16 NO HC COM DR.
RONEIDO E DR. MARCO AURELIO -
PLACA T LONGA

AGUARDA AVALIACAO DA CIRURGIA
PLASTICA.

1. DIETA VO LIVRE SNO
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H 500
3. DAPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H 10 16
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H 12
5. CEFALOR NA 1 G EV DE 8/8H 10 16
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA 16
7. PLASIV 10 MG EV DE 8/8H S/N
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA
9. CAPTON 1L 50 MG SE PA > OU = A 160x110 mmHg
10. CURATIVO DIARIO
11. MEMBRO ELEVADO
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
13. FENOSABITAL 100 MG VO DE 8/8H



SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Ap. 11 hrs. Pac. Sonolento
eupneico, nos referia
no momento, tórax
baixo de expectora
tórax direito ofere
que pes psicologues
mveis, gelyzodo
4/50+0 + cloroxedil +
óleo de quab +
Kallaf nose. PA. 110x70
mmHg. Fee perfur
Ap. 16:30 hrs Pac. Sonolento
do, (paciente) nos referia
no momento. PA. 110x70
mmHg. Fee perfur
07/10/16
Siciles, pac
pac aceita
div. use pres
110x10 mmHg
Coram. 946704



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

digitado e impresso em: 06/10/2016 às 21:34:16



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASFI	19	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	179
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX
EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2,
3, E 4 MTC DE MÃO DIREITA

PACIENTE: MANTEM-SE
DESORIENTADO, AFEBRIL,
EUPNEICO SEM QUEIXAS. DIURSE E
EVACUAÇÕES PRESENTES. NÃO FAZ
USO DA SALA GESSADA, CONFORME
ORIENTADO.

FO LIMP E SECA, SEM SECREÇÕES.
QUEIMADURA EM REGIÃO
LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX
INTERIOR DIREITO COM SINAIS DE
GRANULADAÇÃO.

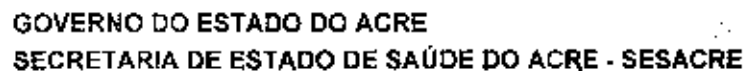
CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O
DIA 18/10/16 NO HC COM DR.
RONEIDO E DR. MARCO AURELIO
PLACA E LONGA

AGUARDAR AVALIAÇÃO DA CIRURGIA
PLÁSTICA

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H *500 + 500*
3. DIPIRONA 1 AMP EV + AD DE 8/8H *15-18-22-04*
4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H *(SIN)*
5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H *10-18-22-04*
6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA *16*
7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H *(SIN)*
8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA *4*
9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > OU = A 120/80 mmHg
10. CURATIVO DIÁRIO *29*
11. MEMBRO ELEVADO *DIANTE*
12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS *DIANTE*
13. FENOBRABITAL 100 MG VO DE 8/8H *2-20-04*

SANAR / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Recebi as 17h do paciente
tumor de base de as
mão trocado local
de cama + roupa por
fritada. Realizado cura
c/ 500g. + Doravante
de 70% por pinos
S.O. aceitar dieta
líquida, pupa físico
presente. PA =
160 mmHg. 18/10/16
110/120/16
10 in ponto de
unhas da mão lo-
A 100% de cura (19
e 18/10/16)



HUEREH
Hospitality • Efficiency •
Intelligence • Warmth

EDIVALDO COSTA MANASSI

19

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

179

[illegible]



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

digitado e impresso em 06/10/2016 às 21:34:18

HUENB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
7	EDIVALDO COSTA MANASSI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MAO DIREITA</p> <p>PACIENTE : MANTEM-SE DESORIENTADO, AFEBRIL EUPNEICO, SEM QUEIXAS, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. NAO FAZ USO DA TALA GESSADA, CONFORME ORIENTADO.</p> <p>FO LIMPA E SECA, SEM SECREÇÕES. QUEIMADURA EM REGIAO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE GRANULAÇÃO.</p> <p>CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O DIA 18/10/16 NO HC COM DR. RONEIDO E DR. MARCO AURELIO PLACA T LONGA</p> <p>AGUARDA AVALIACAO DA CIRURGIA PLASTICA.</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H</p> <p>3. DAPIRONA 1 AMP EV + AD DE 8/8H</p> <p>4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H</p> <p>5. CEFALOTINA 1 G EV DE 8/8H</p> <p>6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA</p> <p>7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H S/N</p> <p>8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA</p> <p>9. CAPTOPRIL 50 MG SE PA > 180x110 mmHg</p> <p>10. CURATIVO DIARIO</p> <p>11. MEMBRO ELEVADO</p> <p>12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</p> <p>13. FENOBRABITAL 100 MG VO DE 8/8H</p>	<p>10:4</p> <p>10:4</p> <p>10:4</p>	<p>25 16 0015 PAC. LOUCO MEDICADO CIM. WILSON 795604</p> <p>5mls por dia</p> <p>laí medicado</p>

SAE / HUENB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



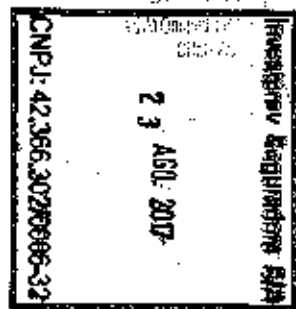
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 10/10/2016 às 13:00:07



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASFI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX ÉXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MÃO DIREITA</p> <p>PACIENTE ACORDADO, AFEBRIL, EUPNEICO, SEM QUEIXAS. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.</p> <p>FO LIMP E SECA, SEM SECREÇÕES. QUEIMADURA EM REGIÃO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE GRANULAÇÃO.</p> <p>CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O DIA 18/10/16 NO HC COM DR. RONEIDO E DR. MARCO AURELIO PLACA T LONGA</p> <p>AGUARDA AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PLASTICA.</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SND</i></p> <p>2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H <i>- 500 + SCD</i></p> <p>3. DAPIRONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H <i>- 10 + 10 + 20 + 10</i></p> <p>4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 6/6H <i>SFS</i></p> <p>5. GEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H <i>10 + 10 + 30 + 10</i></p> <p>6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA <i>- 10</i></p> <p>7. PLASIL 10 MG EV DE 6/6H <i>(SND)</i></p> <p>8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA <i>- 06</i></p> <p>9. CAPTOPRIL 50 MG SE-PA > OU = A 160x110 mmHg</p> <p>10. CURATIVO DIÁRIO <i>- 02</i></p> <p>11. MÊMERO ELEVADO</p> <p>12. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</p> <p>13. FENOBRATIL 100 MG VO DE 6/6H <i>- 12 + 20 + 04</i></p>		<p>ÀS 12:00 HS. Paciente acordado, sem no luto despertado acordado em região lateral com presença de tecido de novo e tecido de fibrose associada permanente 10% + 0,10 de granos + SF 0.9% + furosemida + limpeza da ferida extensa - AC de Jorjane</p> <p>ÀS 18:00 paciente eupneico, afe- bril, normotensivo, sem queixa, medi- cado CPM, te farei-</p>



SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

→ *WQ*



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

digitado e impresso em: 11/10/2016 às 14:41:56



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	EDIVALDO COSTA MANASFI	19	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FX DE RADIO DISTAL DIREITO + FX/LX EXPOSTA INTERFALANGEANA DE 1, 2, 3, E 4 MTC DE MÃO DIREITA</p> <p>PACIENTE ACORDADO, AFEBRIL, EUPNEICO, SEM QUEIXAS, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.</p> <p>FO LIMPA, E SECA, SEM SECREÇÕES.</p> <p>QUEIMADURA EM REGIÃO LATERO-POSTERIOR DE HEMITORAX INFERIOR DIREITO COM SINAIS DE GRANULAÇÃO.</p> <p>CIRURGIA PRE-AGENDADA PARA O DIA 18/10/16 NO HC COM DR. RÔNEIDO E DR. MARCO AURELIO PLACAT LONGA</p> <p>AGUARDA AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SND</p> <p>2. SF 0.9% 500 ML EV DE 12/12H 500 + 500</p> <p>3. DIFIKONA 1 AMP EV + AD DE 6/6H 10 + 10 + 10 + 10</p> <p>4. TRAMAL 100MG EV + 100 ML DE SF 0.9% DE 8/8H (50)</p> <p>5. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H 10 + 10 + 10 + 10</p> <p>6. GENTAMICINA 240 MG EV + 200 ML DE SF 0.9% 1 VEZ AO DIA 10</p> <p>7. PLASIL 10 MG EV DE 8/8H S/N</p> <p>8. OMEPRAZOL 40 MG EV 1 VEZ AO DIA ✓</p> <p>9. CAPTOPRIL 25 MG EV 1 VEZ AO DIA 10 + 10 + 10 + 10</p> <p>10. CURATIVO ✓</p> <p>11. MEMBRADO ✓</p> <p>12. CUIDADOS DE ENFERMAGEM VITAIS ✓</p> <p>13. FENOBRITAL 100 MG VO DE 8/8H 10 + 10 + 10 + 10</p>		<p>08:00 - pac. acordado! encaminhado para o HC -</p> <p>10:00 - pac. retornou, foi higienizado -</p> <p>Atividade curativa e medic. esp -</p> <p>De, 11:00 - 17:00 - Evolu e PA = 120 x 60 mmHg. Tax: 36°C. Tcc -</p> <p>18:00 -</p> <p>As 06:00hs paciente evolui o mesmo quadro clínico, sem queixas, dorme bem no período PA: 120 x 70 mmHg. Tcc -</p> <p>Fármacos - x -</p>

SAÚDE / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

13/10-16 Atte para cirurgia no dia 18/10/16, com Dr. Rôneido e Dr. Marco Aurélio Placat Longa.



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

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA: 10:50 SALA: 01 DATA: 22-09-2016
NOME DO PACIENTE: Edivaldo da Costa Manassé IDADE: 19 anos
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTRAS (X) bloqueio
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:25h TERMINO DA ANESTESIA:
PROCEDIMENTO REALIZADO: limpeza cirúrgica + esterilização com fio K
INÍCIO DA CIRURGIA: 11:49 TERMINO DA CIRURGIA: 13:15
CIRURGIÃO: Dr. Ronildo + Dr. Raposo AUXILIAR(ES):
ANESTESISTA: D. Wilson INSTRUMENTADOR: Claudete
CIRCULANTE: Nazare Elias ENF: Maria José

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA DESC. Nº 10x12 L	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 200 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº 10 L	FIO PROLENTE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA 25mm
DIPIRONA	ASPIRADOR	GASES 200
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA Nº 15	GELFOAN
DILUENTE	ATADURA DE CREPON Nº 15	GORRO
DOPAMINA	ABOCATH Nº	INTRACATE Nº
EPINEFRINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX Nº
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KETALAR	CATETER NASAL T. OCULOS	LÂMINAS DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS
LIDOCAÍNA GEL	CHUMACO	MALHA TUBULAR 95mm
MANITOL	INTUBAÇÃO Nº	MÁSCARA
METRONIZADOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRÚRGICA	POVIDINE DEGERMANTE 3500ml
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE TINTURA 300ml
PLASIL	ELETRODOS	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO	PRO PÉ
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	SCALP Nº
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ESPARADRAPO 70 cm	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPOREN	SERINGA DE 1 ML
SORO RINGER LACTADO	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML
TRAMAL	FRALDA	SERINGA DE 10 ML
TILATIL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 20 ML
VOLUVEN 6%	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE KIRSCHNER Nº 15	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON 3-0	SONDA RETAL
	FIO SUTUPACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MALEX

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

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

Nome do Paciente _____

Idade: _____ Observação: _____

Diagnóstico pré-operatório: *Fratura - Unção Supra-tuberosária de 19/12/73*
2º grau aberto ~~Exposta~~

Cirurgia proposta: *limpar curar e osteossintese com Fx H*

Diagnóstico definitivo: *O mesmo*

Cirurgia realizada: *A Proposta*

Data _____

Cirurgião

Dr. Raimundo

1º Auxiliar

Dr. Raimundo

2º Auxiliar

Dr. Raimundo

Instrumentadora

Anestesista

Dr. Adelson

Anestesia

Proprano 100mg

Acidentes durante o ato cirúrgico

() Sim

(☒) Não

Descrição

SANGUE / HUERO

CÓPIA

Biopsia de congelação

CONFORME ORIGINAL

(☒) Sim

(☐) Não

Diagnóstico patológico:

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

(☒) Enfermaria

() CT

() Residência

() Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1. Paciente em A.D.H. sob anestesia geral de 19/12/73*
- 2. Osteopatia - fratura - Unção de curar aberta*
- 3. Intervenção de fratura com desbr de 19/12/73*
- 4. Limpar curar e Fx H*
- 5. Curar - fratura - Unção de 19/12/73*
- 6. Curar - fratura - Unção de 19/12/73*
- 7. Curar - fratura - Unção de 19/12/73*
- 8. Curar - fratura - Unção de 19/12/73*
- 9. Curar - fratura - Unção de 19/12/73*
- 10. Curar - fratura - Unção de 19/12/73*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Lesão de 3º MTG
2. Redução aberta + fixação com fio K 3.5
3. Avaliação por placa + introdução de fios
4. Redução de 4º + 5º MTG com 8
5. Redução aberta + fixação com fio K 3.5
6. Redução aberta com fio K 3.5
7. Sutura da pele + curativo

18. Curativo extenso e fixação do pé com fio K 3.5

19. Redução de 1º + 2º MTG com fio K 3.5

20. Sutura da pele + curativo

Dr. Ronaldo de Carvalho
Ortopedia - Traumatologia
Grupo de Quadris
CRM-AC 1597

SAVE / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Data

Assinatura do Cirurgião

CRM



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	Escudo do Coração			Idade:	19 anos	Sexo:	masculino	Cor:	pele	Registro / BE:	
Setor proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI			
Altura:	Peso:	PA (mmHg):	P (bpm):	FR (irpm):	Tax (°C):	Sat O ₂ (%):	Grupo Sgneo:	Fator Rh:			
Hm:	Ht:	Hb:	Leuco:	Glicose:	Urêia:	Creatinina:	BT / BD / BI:	TGO / TGP:			
Diagnóstico Pré-Operatório: Cat. 150. Novo -> Livrando em 22/08/16											
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite MV: normal Complacência:											
ACV: normal ECG: normal Alegrias: normal											
Ap. Digestivo/Dentes: normal Pêscoco: normal Peças Dent:											
Ap. Urinário: normal / normal - Drogas em Uso: normal											
Estado Mental: normal / normal											
Antes das Anteriores: normal ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Risco: <input checked="" type="checkbox"/> C											
Mentação Pré-anestésica: Hora: Efeito:											
DROGAS ADMINISTRADAS											
Técnica: plexo + sedação											
Monitorização:											
Ap. Resp.: normal / normal											
Ap. CV: normal											
OBS:											
Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):											



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

NOME: Dr. Carlos Henrique
IDADE: 19 ANOS

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado:

Vesícula Biliar:

Pâncreas:

Rins:

Aorta:

Baço:

Bexiga:

Conclusão:

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Dr. Carlos Henrique
Médico - Emergentes
Rua São João, 1000



SAMU - Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
SAMU 192

DATA: 18/07/2016 HORA: 15:10 MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA: RIO BARRO-AC
NOME DO PACIENTE: EDIVALDO DA COSTA MENEZES-19 AN

UNIDADE DO SOLICITANTE:
() ASSIS BRASIL () XAPURI () CRUZEIRO DO SUL () MANOEL URBANO
() SENA MADUREIRA () ACRELÂNDIA () MÂNCIO LIMA
() SENADOR GUIOMARD () BUJARI () FEIJÓ
() BRASILEIA () PLÁCIDO DE CASTRO () TARAUACA () OUTROS VICA

MÉDICO SOLICITANTE: DR. JORGE LUIZ DA SILVA

CRM: 319-AC CAMPINA-AC

DIAGNÓSTICO: TRAUMA TÓRAX P/ACIDENTE COM VEÍCULO

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: FALTAM RECURSOS LOCAIS

PRESSÃO ARTERIAL: 90/60 F. CARDÍACA: 85 bpm F. RESPIRATÓRIA: 18 lpm TEMPERATURA: 36,5 °C

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+++++)	SIM	NÃO	(+++++)
		DESDRATADO			CIANÓTICO
		DESNUTRIDO			ICTERICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

() ALERTA () VERBAL () SONOLENTO () CONFUSO (X) SEM RESPOSTA

GLASGOW

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

() DIABETES () HAS () SEQUELA AVC () DPOC () OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA DOSAGEM MEDICAÇÃO EM USO DOSAGEM

LIMPAZON CHIA DE

SANGUE E TUBO EV

SANGUE E TUBO EV

Investigação Seguradora BIA

23 AGO 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG () NORMAL

ALTERAÇÕES ()

TORAX

() RX ABDOME

() RX OUTRO

() TOMOGRAFIA

LABORATORIAL HB HT LEUCO TGO TGP AMILASE URINA I

GASOMETRIA Po2 PCO2 PH GLICEMIA

HOSPITAL DE DESTINO: () PRONTO SOCORRO () MBH () FUNDHACRE () HC () SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO

CRM

MÉDICO REGULADOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE

NOME:

CRM:

FUNÇÃO

COREN-AC

HUERS PATOLOGIA CLINICA

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

Idade...: 19A
Requis.: 24/09/2016

Paciente...: EDIVALDO DA COSTA MANASSE (EME)
Requisicao: 16.PC.2.013748
Num. de BE: 02387177

US. Origem.: HUERS/PS
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões).... 3,64 mm3
Hemoglobina..... 10,10 g/dL
Hematócrito..... 30,00 %
VCM..... 83,70 fL
HCM..... 27,70 pg
CHCM..... 33,10 g/dL

VR: H:4,3 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
VR: H:11 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocitose Global..... 7,700 /mm3
Neutrófilos..... 0 %
Linfócitos..... 0 mm3
Monócitos..... 1 %
Eosinófilos..... 0 %
Basófilos..... 0 %
Mielócitos..... 0 mm3
Valor Absoluto..... 0 %
Metamielócitos..... 0 %
Valor Absolutos..... 0 %
Bastões..... 1 %
Valor Absolutos..... 79 mm3
Segmentados..... 78 %
Valor Absolutos..... 6,006 mm3
Linfócitos..... 15 %
Valor Absolutos..... 1,155 mm3
Monócitos..... 5 %
Valor Absolutos..... 385 mm3
Eosinófilos..... 0 %
Valor Absolutos..... 0
Basófilos..... 0 %
Valor Absolutos..... 0

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

Niprocromia
Anisocitose

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Luiz Edgardo Riveiros
Biomédico
CRM - 4 N° 248

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento..... 1 minuto a 30 segundos
Tempo de Coagulação..... 7 minutos
Contagem de Plaquetas..... 147.000 /mm3

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

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

FONE: 3223-3080

Paciente: EDINALDO DA C. MANASSI

ID amost: 9

ID paciente:

Idade: 0 Ano

Data nascimento:

Tipo de amostra: Soro

Cód barra: 2013748

Data da coleta: 24/09/2016

Sexo: Masc

Hora da coleta:

Depart.:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	107	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE	21	mg/dL		10 - 50
CRE	0.6	mg/dL	BAIXO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 24/09/2016

Data/Hora teste: 24/09/2016

Data/Hora Impr.: 24/09/2016 08:22:47

Testador:

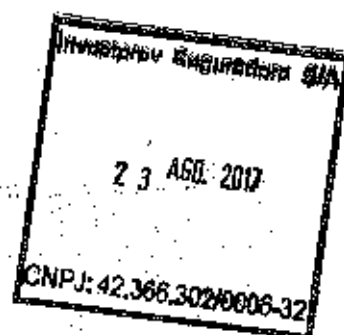
Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Márcia Oliveira da Silva
Bióloga
CRB 740178





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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO Nº 179 À CLÍNICA: Neurologia

PACIENTE: Osvaldo da Costa

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 19 anos, com história de rodio
chato 1º, 2º e 3º MTC direito, vítima de
acidente de trânsito.

Na última noite, paciente apresentou
quadro de agitação motora, agressividade e
confusão mental.

Solicitado avaliação e conduta

SAME / HUARD

CÓPIA

Robson de Souza
Médico

CRM-AC 1903

CONFORME ORIGINAL

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 24/01/16 HORA: 10:00

RELATÓRIO DA CONSULTA:

UOA

- Sinalização / desorientação persistente
e por politrauma

Sondento, esperto, mobilizp
e 4 membros, CG: 3+3+6=12
TC e RX de crânio e coluna

Imp. LAD

CD / Fenitruip 100 B/O

Observação / monitorar SN
e mobilizar

NOME DO MÉDICO:

DATA: 1/1/16 HORA:



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: *Ortopedia* LEITO N° *179* À CLÍNICA: *Plástica*

PACIENTE: *Edinvaldo da Costa*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*Paciente 49 anos com história de poliotomia
com lesão neurológica associada a paralisia
de 1º, 2º e 3º MTE direito e rodado distal D
Apresenta ferida por queimadura em
região de tornozelo e pé lateral D com
ferida de pele no momento, não apresenta
sinais inflamatórios ou infecções*

Son de Souza

Médico

AC 1003

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: *21/09/16* HORA: *10:00*

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / HUCMS

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

*Recebido
22/09/16
Bianca
João*

NOME DO MÉDICO:

DATA: *1/1* HORA:

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACORES UNIDAS, 700, - SOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908610 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Idade...: 19A
Requis.: 02/10/2016

Paciente...: EDIVALDO DA COSTA MANASFI (EME)
Requisicao: 16.PC.1.016405
Num. do BE: 02387177

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

Cons. Regional: 7871

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

ERITROGRAMA

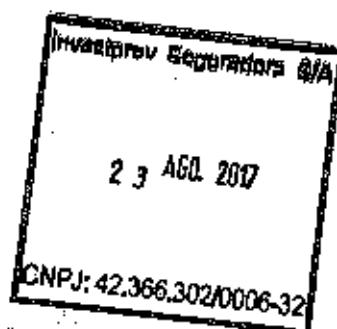
Hemácias (em milhões):... 4.03 mm³
Hemoglobina:..... 11.10 g/dL
Hematócrito:..... 34.00 %
Hemoglobina:..... 34.80 g/L
Hemoglobina:..... 27.50 g/L
Hemoglobina:..... 32.40 g/dL

VR: 4.5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm³
VR: H:3 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: 34.2 a 52 M:37 a 48 %
VR: 35 a 53 g/L
VR: 30 a 34 g/L
VR: 30 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:..... 7.300 /mm³
Basófilos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm³
Trombócitos:..... 4 %
Valor Absoluto:..... 292 mm³
Mielóides:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm³
Metamielóides:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 %
Neutrófilos:..... 0 mm³
Valor Absoluto:..... 62 %
Segmentados:..... 4.526 mm³
Valor Absoluto:..... 24 %
Linfócitos:..... 1.752 mm³
Valor Absoluto:..... 10 %
Monócitos:..... 730 mm³
Valor Absoluto:..... 0 %
Plaquetas:..... 0

VR: 5.000 a 10.000 /mm³
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 54 %
VR: 2 a 35 %
VR: 4 a 6 %



Dr. Cleandro de Queiroz
Formado em Medicina
CRM: 103

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: CLEIDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 02/10/16 as 12:09 Coleta: 02/10/16 as 10:57-1a. Via Impressa: 02/10/16

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultados:..... 491.000 /mm³

VR: 150 a 400.000 /mm³

Liberado por: CLEIDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 02/10/16 as 12:09 Coleta: 02/10/16 as 10:57-1a. Via Impressa: 02/10/16



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO Nº 179 A CLÍNICA Plástica

PACIENTE: Edinoldo da Costa

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 49 anos com história de politrauma,
com lesão neurológica associada a fratura
de fêmur direito e fratura de rádio ulnar
deste lado, sendo que a fratura de rádio ulnar
foi fechada e a fratura de fêmur foi aberta e
fixada com placa e parafusos. No momento, não apresenta
sinais inflamatórios de infecção.

Instituto Seguradora S/A

23 AGO 2017

Isa de Souza

Médico

AC 1083

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 23/08/2017 HORA: 17:00
CNPJ: 42.366.302/0008-32

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Formado com uma fratura fechada
de rádio ulnar do lado
direito, sendo que a fratura
foi fechada e fixada com
placa e parafusos.

SANTE / NUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

11/10/2016

NOME DO MÉDICO:

DATA: 11/10/2016 HORA:

47.178



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Unidade de LEITO Nº 157 A CLÍNICA Unidade

PACIENTE: Edinealdo da Costa Maranhão

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 19 anos vítima de politrauma,
admitido com dor abdominal e hematuria (dieta
do trauma 19/9/16).
Paciente liberado para cirurgia e conduta
de acordo.

SAME / HULMB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Dr. Ciro Ferreira
Médico Assistente
Data: 10/10/16

NOME DO SOLICITANTE:

DATA 10/10/16 HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente vítima de Pol. Trauma c/ quadro
de desorientação em membros
e S/A.

sem conduta pela UER.

liberado p/ procedimento cirúrgico

NOME DO MÉDICO:

Dr. João A. Durado
Neurocirurgião
CRM 8840 - RN
2024-11

DATA 01/10/16 HORA:



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Nogueira, 2232 - Parque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 (Insc. Estadual: 01.00141/000-10)
Ativ. Econ. Cofin. de 0-998 Elétrica - Sem Onda

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0064386-6

Nº do Título Fiscal: 000889675

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é concedida
pelo Lei nº 10.136 de 26 de maio de 2002.

07/02/2017 105 69,14

NOME: EVARISTO DA SILVA
R. 13 DE JUNHO 73 BARRA NOVA
CEP: 00039133176272
CER: 59.911-683 RIO BRANCO

ROT: 9.001.09.15.000550

Atual:	14999	Atual:	11/01/2017
Anterior:	14894	Anterior:	12/12/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próximo Vencimento:	10/02/2017
Consumo Medido:	105	Emissão:	19/01/2017
Consumo Faturado:	105	Apresentação:	19/01/2017

RESIDENCIAL: NÃO
Nº do Título Fiscal: 000889675

DEZ/16	195	CONSUNTO	105 A R\$ 0,528401 =	55,98
NOV/16	312	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)		3,16
OUT/16	139			
SET/16	141			
AGO/16	120			
JUL/16	112			
JUN/16	113			
MAI/16	155			
ABR/16	189			
MAR/16	170			

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DE FATURA
A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA INCLUIDA EM SUA FATURA DEVE SER CANCELADA
A QUALQUER TEMPO, SOLICITANDO REAJUSTE DE TARIFAS A 20% POR CÉNTIMO
DE RES. 2176/2016 DA ANEEL
LIGUE 0800 047 7196 E FAÇA O PEDIDO DE CANCELAMENTO
PARABÉNS! Até o dia 12/01/2017, não constam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora

RESERVAÇÃO DO FISCAL: 4180.9048.0714.35A3.3397.962E.CCFA.LA72

Despesa Básica	20,94	Despesa de Cobrança	65,98
Proteção	19,70	Alíquota ICMS	17,02%
Transmissão	0,63	Valor do ICMS	11,21
Serviço	11,56	Valor do IPI	0,34
Impostos	13,15	Valor do COFINS	1,60

Unidade	6,27	12,54	25,08	3,86	7,72	15,45	3,71
Reservado	0,15			3,00			0,05
Consumo	TANGARA						

Investproy Seguradora S/A
23 AGO. 2017
CNPJ: 42.366.302/0006-32

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Auricélio Silva de Assis

RG nº 10528199, data de expedição 27/11/14, Órgão SSP/AC

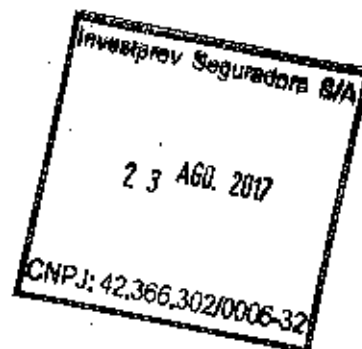
CPF nº 959.610.032-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 13 de junho</u>
Número	<u>73</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Bahia Nova</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69911-683</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 99976-7442</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco-Acre, 20 de julho de 2017

Assinatura do Declarante: _____



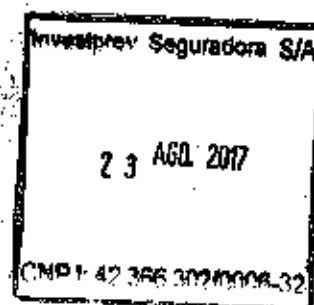
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo da Costa ManasseRG nº 3242060-3, data de expedição 22/08/2012 Órgão SSP/AC

CPF nº 033.336.542-96, 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)	<u>Ramal do Retiro</u>
Número	<u>3904</u>
Apto / Complemento	<u>Caro</u>
Bairro	<u>Rural Km 03 Ramal da Bona, (Empireo)</u>
Cidade	<u>Senador Guimar</u>
Estado	<u>Ac</u>
CEP	<u>69.928-000</u>
Telefone de Contato	<u>69 99605-0820 ou 99976-7442</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco - Ac, 35 de Dezembro de 2016Assinatura do Declarante: EDIVALDO DA COSTA MANASSE

CNPJ: 42.366.302/0006-32

AGOSTO/2016 19/09/2016 92,05
ERIVALDO DA COSTA RAMOS
RM DO RETIRO (RURAL) 1924 DRT 14110004 BONAI
CPF: 0008978070149
CEP: 69.928-000 CAMPINAS RJ RJ: 30.062.30.02.001930

Ativo	8766	12/08/2016
Ativo	8589	14/07/2016
Consumo de Energia	1.000	12/09/2016
Consumo de Energia	177	17/08/2016
Consumo de Energia	177	12/08/2016

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia	177	12/08/2016
Consumo de Energia	177	17/08/2016
Consumo de Energia	177	12/08/2016
Consumo de Energia	177	17/08/2016
Consumo de Energia	177	12/08/2016
Consumo de Energia	177	17/08/2016
Consumo de Energia	177	12/08/2016
Consumo de Energia	177	17/08/2016
Consumo de Energia	177	12/08/2016
Consumo de Energia	177	17/08/2016

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177

Consumo de Energia: 177



Vine - 0

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2387177 DATA: 18/09/2016 HORA: 16:54 USUARIO: MARCIA DE LIMA
CNS: -705001275217155 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDIVALDO DA COSTA MANASFI DOC...: CNS
IDADE...: 19 ANOS NASC: 05/03/1997 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO...: BR 364 ASSENTAMENTO DO INCRA RAMAL BONAL NUMERO:
COMPLEMENTO...: VEIO NO SAMU BAIRRO:
MUNICIPIO...: SENADOR GUIOMARD UF: AC CEP...: 69900-000
NOME PAI/MAE...: ERIVALDO DA COSTA MANASFI /VANEIDE GOMES DA COSTA
RESPONSAVEL...: A MAE 69947-9324 TEL...: 99910-653
PROCEDENCIA...: RODOVIA - BR 364 69947-5324
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO Vaneide
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM 999283097

PA[120 X 90 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[98] SPO2[97]

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de colisão moto/moto, com uso de capacete, com
óbito de outra vítima no local, trazido pelo SAMU, acompanhado por
médico (Dr. Senas), que realizou o atendimento. A - vias aéreas permeáveis,
colar cervical, B - respiração bem em ar ambiente, C - hemodinâmica
estável, D - estado de consciência preservado.
ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] E - escoriações em dorso
MID e antebraço @ imobilizado no pré-hospitalar

DIAGNOSTICO: CID:




PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

1 Dipirona 1g + 8ml AD @
2 Tilalil 40 mg + 18 ml AD @
3 SAT + DT
4 Alopurinol 1g @
5 R-X-FRE-USE
CONFORME ORIGINAL

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

OBJETO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS
CNPJ: 42.366.302/0006-32

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
às 16:54 h Paciente deu entrada nesta SGT, conduzido pela
mãe, veio em maca, vítima de colisão moto/moto, apresenta
lesões em MID + suspeita de fratura em MID. Foi
examinado e encontra-se desorientado, agitado. Encaminhado
para exame de RX etc

 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PROTOCOLO DE MANCHESTER				HORA		CLASSIFICAÇÃO				
QUEIXA PRINCIPAL										
FLUXOGRAMA										
DISCRIMINADOR										
PARÂMETROS	PA	X	mmHg	TAX.	°C	SPO2	%	FC	Bpm	PESO
	ESCALA DE DOR									GLICEMIA mg/dl
										GLASGOW ALTERADO () NÃO ALTERADO ()
ALERGIA MEDICAMENTOS								CLASSIFICADOR (CARIMBO E ASSINATURA)		
RECLASSIFICAÇÃO						HORA		CLASSIFICADOR (CARIMBO E ASSINATURA)		

18/09/16 19:30 *NCR*
 Pac. vítima de colisão Mto com moto sendo encaminhado para atendimento hospitalar.
 Pac. sem capote e com hematórias.
 EN: Agitado, desorientado, incoerente, Afm (D), mostrando muitas aperturas - muitas palavras. 1 ELB: 3/3/6: 12 (ALCOOLIZADO)
 Sem hematomas certo contuso em polegar do pé direito

Delegado de Polícia

Haldol 5mg IM

Furosemida 1mg IM 21-10

[Handwritten signature]

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edivaldo da Costa Manassé, portador da carteira de identidade nº 3242060-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 033.336.542-96, residente e domiciliado na Ramal do Retiro Dº 3904 Ramal da Bona, Camfilândia Cidade Senador Guimarães Estado Acara, 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:

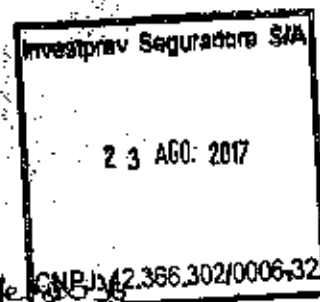
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

EDIVALDO DA COSTA MANASSÉ

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rio Branco - Ac. 15 de Dezembro de 2017

Local e data

Vine - 6

DETRAN ACRE <small>Depto Estadual de Trânsito</small>	BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	BAT/ Nº 030/ 2016 3ª Cia/ 9º BPM/ CPOIII Acrelândia
---	--	--

Local BR 364 km 76 ramal Bonal km 04		Município; Quilômetro Acrelândia - 0001			
Ponto de referência: PROXIMO À associação	Data 18/09/2016	Hora da Ocorrência 15h00min	Dia da Semana Domingo	Zona Rural (X) Urbana ()	
NATUREZA DO ACIDENTE	TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÕES DA VIA	CONDIÇÕES DO TEMPO	N.º de veículos 02 (dois)	
Atropelamento ()	Asfalto ()	Seca (X)	Bom (X)	N.º de vítimas 03 (três)	
Colisão (x)	Concreto ()	Molhada ()	Chuva ()	Sem vítima ()	
Tombamento ou capotamento ()	Pavimento ()	Óleosa ()	Nublado ()	Com vítima (X)	
Choque com objeto fixo ()	Cascalho ()	Enlameada ()	Garoa ()		
Outros ()	Terra ()	Danificada ()			
	Areia ()	Em obras ()			

Nome Condutor THIAGO DE MORAES FERREIRA		Sexo M (X) F ()	Data Nasc. 06/03/1991		
Endereço BR 364 KM 76 RAMAL BONAL KM 03					
DATA 1ª CNH	Categoria	Nº Registro	UF	Exame médico	Usava cinto
Marca/Modelo HONDA/XLR 125 ES	Espécie PASSAGEIRO	Placa MZZ 3510	Município PLACIDO DE CASTRO	UF AC	
Nome proprietário MARCOS LAERCIO FRANK			Endereço R. CAETE 421 VILA CAMPINAS		
CHASSI 9CZJD17201R018000			Compareceu ao posto SIM () NÃO (X)		
Avarias: PAROL, PAINEL, PARA-LAMA DIANTEIRO, RETROVISOR ESQUERDO, MACANETA DA EMBREAGEM, CAMBIO, CABO DO ACELERADOR, CARENAGENS DO TANQUE, APOIOADOR TRASEIRO ESQUERDO, ARRANHÕES NO TANQUE E DESCARGA, RODA DIANTEIRA, SELA				PONTOS	Carro () 23 NOV 2016
Sentido Que Trafegava: ADENTRANDO O RAMAL					Moto (X) CNPJ: 42.366.302/0006-32
Ação Do Condutor VEIO A OBITO SENDO CONDUZIDO POR FAMILIARES ATÉ ATENDIMENTO					Exame alcoólico realizado Sim () Não (X)

Nome Condutor EDVALDO DA COSTA MANAFTI		SEXO M (X) F ()	Data Nasc. 19 ANOS	RG#	
Endereço: RAMAL BONAL KM 05					
1ª CNH	Categoria	Nº Registro	UF	Exame médico	Usava cinto
Marca/Modelo CG 150 TITAN MIX EX	Espécie PASSAGEIRO	Placa MZZ 0354	Município RIO BRANCO	UF AC	
Nome proprietário MARIA DO PERPETUO SOCORRO DE A SILVA			Endereço CONJ ROSA LINDA CASA II QUADRA 03 RIO BRANCO		
CHASSI 9C2KC1640AR038637			Compareceu ao posto Sim () Não (X)		
Avarias: PAINEL, GUIDÃO, RETROVISORES, RODA DIANTEIRA, PARA LAMA, TANQUE				PONTOS	Carro ()
Sentido Que Trafegava: SAINDO DO RAMAL EM DIREÇÃO A BR 364					Moto (X) 23 AGO 2017
Ação Do Condutor ATENDIDO A CAMINHO DO HOSPITAL PELO SAMU					Exame alcoólico realizado Sim () Não (X)

3º TABELIONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE
RIO BRANCO - AC
CNPJ: 42.366.302/0006-32

AUTENTICAÇÃO
Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé Rio Branco - AC, 18 de Junho de 2016. Total R\$ 3,20 Código: 5004-6402-335-26C5, Doc AUTENTICAÇÃO, Selo: AEB55298-98 Consulte a autenticação em www.seloatual.com.br

Lucas Damasceno Pires
Escritor Autorizado



CNPJ: 42.366.302/0006-32

VITIMA	Nº 01	Nome FRANCISCO DAS CHAGAS NASCIMENTO	Sexo M (X) F ()	Nasc./Idade: 19 ANOS
		Endereço RAMAL BONAL KM 05	Condição da vítima Condutor () Passageiro (X) Pedestre ()	
VITIMA	Nº 02	Nome	Sexo M () F ()	Nasc./Idade:
		Endereço	Condição da vítima Condutor () passageiro () pedestre ()	

TESTEMUNHA	Nº 01	Nome ONALDO VIANA DE SOUZA	Sexo M (X) F ()	Nasc./Idade: 15/03/1981
		Mãe MARIA GOMES VIANA		
TESTEMUNHA	Nº 02	Nome CLEUDA RODRIGUES DE SOUZA	Sexo M () F (X)	Nasc./Idade: 25 ANOS
		Mãe		
TESTEMUNHA	Nº 03	Endereço RAMAL BONAL KM 05		

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Informo que no endereço, data e hora supracitados, fomos acionados para atendimento de ocorrência de um possível acidente de trânsito. Deslocamo-nos até o referido local, mas antes de chegarmos ao local do acidente, nos deparamos com a viatura do SAMU que já prestava atendimento a uma das vítimas (Tiago de Moraes Ferreira) que fora socorrida por familiares, mas que já se encontrava sem vida, aguardando o IML. E segundo o enfermeiro do SAMU (Davis pereira monte) as outras duas vítimas (EDVALDO DA COSTA MANAIFI e FRANCISCO DAS CHAGAS NASCIMENTO) foram encaminhadas para o hospital de campinas. Chegando ao local exato do acidente nos deparamos com as motocicletas na via bastante destruídas. Segundo informações de populares havia na pista uma pequena árvore caída, cujos galhos tomavam parte da via no momento do acidente, mas que foi retirado por terceiros minutos depois. Foi isolado o local do acidente e aguardado a chegada da perícia. O PERITO João Victor e o APC Frank se fizeram presentes e fizeram os procedimentos cabíveis. A motocicleta titan MZT 0354 foi entregue ao senhor Onaldo Viana que estava responsável pelo veículo, já a moto XLR MZZ 3510 foi entregue ao senhor Omar Ricardo de Souza morador em frente ao local do acidente. O AUXILIAR DE NECRÓPCIA (JUNIOR) se fez presente no local onde havia Ocorrido o óbito. Durante o trabalho do IML foi verificado sangramento na cabeça, fratura no fêmur e um corte profundo na região da coxa. Nada mais a informar, foi confeccionado este B.A.T. para conhecimento de quem de direito.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

CONDUTOR - VEÍCULO 01	CONDUTOR - VEÍCULO 02	CONDUTOR - VEÍCULO 03
NOME Tiago de Moraes Ferreira	NOME Edvaldo da Costa Manaifi	NOME
ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA
LOCAL ACRELÂNDIA - ACRE	DATA 18/09/2016	Assinatura do PM posto / Graduação: 2º SGT PM ADENILDO

3º TABELIONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE

RIO BRANCO - AC

Av. Costa e Silva, nº 100 - Jd. São João - Rio Branco - AC (15º 24' 45" S, 47º 51' 15" W)

AUTENTICAÇÃO

Conferir com o Documento Original Apresentado. Dou fé. Rio Branco

AC, Rio Branco-AC, 12 de junho de 2017. Tabelão nº 3-30 Código: EE5

19C7-2005-RTC3, Doc. AUTENTICAÇÃO, Selo: AE855297-96 Consultar

a autenticação em www.tabelaoac.com.br

Em test:

Lucas Damasceno Pires

Escrevente Autorizado



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11557225

A/C: EDIVALDO DA COSTA MANASFI

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170461846 ASL-0328444/17
Vítima: EDIVALDO DA COSTA MANASFI
Data Acidente: 18/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: AURICELIO SILVA DE ASSIS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

