



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

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

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07092268320208010001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 07/12/2020 14:06:17

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos
Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2770936_CONTESTACAO_0
1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 1-25.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 26-41.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 42-43.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 1-16.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 17-32.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 33-43.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-3 - 1-17.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-3 - 18-31.pdf
Anexo - Petição: 2770936_CONTESTACAO_A
nexo_02-3 - 32-37.pdf

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07092268320208010001

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/03/2019**.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 12/03/2019 após 5 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

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

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 08/10/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁵Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ art.

1º

(...)

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

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 3 de dezembro de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KELLY DA SILVA SANTOS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07092268320208010001.

Rio de Janeiro, 3 de dezembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob n.º 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07092268320208010001**, que tramita **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 3 de dezembro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: : Fratura de planalto tibial direito

Descrição do exame físico: Exame físico: MID: cicatriz cirúrgica de 15 cm na face medial do joelho, aumento de volume do joelho, hipotrofia do quadriceps, limitação na flexão do joelho a 100 graus e na extensão do joelho a 10 graus e redução da força muscular do membr

Resultados terapêuticos: cirúrgico para redução e osteossíntese com placa em T e parafusos, e fisioterapia.
Alta: Junho de 2019

Sequelas permanentes: Funcional: limitação funcional do joelho direito conforme descrito no exame físico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/07/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: NAO HOUVE AGRAVAMENTO DO QUADRO CLINICO CONDUTA MANTIDA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONSTA PAGAMENTO NESTE SINISTRO NO VALOR DE R\$ 1.687,50. MODERADA DO JOELHO DIREITO.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KELLY DA SILVA SANTOS : 938.363.682-34

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: 14/05/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO, PG 15,17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

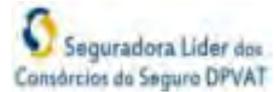
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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-0161597/19

Número do Sinistro: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 10/07/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



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

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KELLY DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KELLY DA SILVA SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KELLY DA SILVA SANTOS

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 joelho 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: **KELLY DA SILVA SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000003950**

Conta: **000008048-4**

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





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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **KELLY DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3190323183**
KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: **08/10/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190323183**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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





CAIXA
POUPANCA

4392 6718 3918 6166

KELLY DA SILVA SANTOS

3850 013 00008048-4

10/24

Valid only in Brazil. Valid until 10/2024

VISA

Electron



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO E SEGURANÇA PÚBLICA - SESP
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR
Endereço: RUA RIO GRANDE DO SUL, S/Nº, AEROPORTO VELHO - 69903-420
Fone: 3225-6220 E-Mail: DRPC3.SEPC@GMAIL.COM

OFF-LINE

OCORRÊNCIA OFF-LINE N.º 0801/2019 - 3ª DPCR

Registrado em 12 de março de 2019

FATO COMUNICADO
ACIDENTE DE TRANSITO

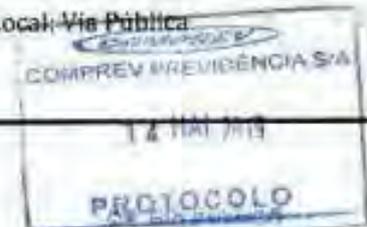
Data/Hora do Fato: dia 08/10/18. 12:50hs.
Delegada de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues.

LOCAL

Município: Rio Branco/AC
Logradouro: Rua Farol
Bairro: Glória

Nº:

Tipo de Local: Via Pública



ENVOLVIMENTO:

COMUNICANTE:

Condutor 1:

Jander Borges de Matos (44), brasileiro, nascido em 29/07/1974, na cidade de Rio Branco/AC, RG:0223204/SSP/AC, CPF: 434.404.102-00, residente na Rua Ana Neri, nº 130, bairro João Eduardo I, Contato: (68) 9 9609-5584.

Garupa:

Kelly da Silva Santos (32), brasileira, nascida em 02/03/1987, na cidade de Rio Branco/AC, RG: 420.129/SSP/AC, CPF: 938.363.682-34, residente na Rua Tucano, nº: 277, Conj. Ouricuri, contato: (68)9 9913-5710.

Condutor 2:

Desconhecido.

VEÍCULO 1:

Motocicleta CG, FECTOR, YBR, 125K, PLACA NXR-639Z, cor AZUL, ano 2012/2013. RENAVAN013192666900.

Veículo 2:

Ônibus.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

O Comunicante informa que ao sair da Rua Rádio Farol foi colhido por ônibus, que não parou para socorrer-los, que o condutor só sofreu escoriações leves e que a garupa é que se machucou mais seriamente. Diante do exposto, pede providências.


Demóstenes dos Santos
Agente Inspetor Especial de Polícia Civil


Jander Borges de Matos
Comunicante/Condutora 1



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO E SEGURANÇA PÚBLICA - SESP
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR
Endereço: RUA RIO GRANDE DO SUL, S/Nº, AEROPORTO VELHO - 89903-420
Fone: 3225-6220 E-Mail: DRPC3.SEPC@GMAIL.COM

OFF-LINE

OCORRÊNCIA OFF-LINE N.º 0801/2019 - 3ª DPCR

Registrado em 12 de março de 2019

FATO COMUNICADO
ACIDENTE DE TRANSITO

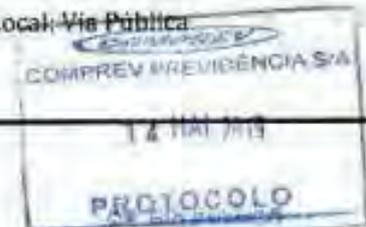
Data/Hora do Fato: dia 08/10/18. 12:50hs.
Delegada de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues.

LOCAL

Município: Rio Branco/AC
Logradouro: Rua Farol
Bairro: Glória

Nº:

Tipo de Local: Via Pública



ENVOLVIMENTO:

COMUNICANTE:

Condutor 1:

Jander Borges de Matos (44), brasileiro, nascido em 29/07/1974, na cidade de Rio Branco/AC, RG:0223204/SSP/AC, CPF: 434.404.102-00, residente na Rua Ana Neri, nº 130, bairro João Eduardo I, Contato: (68) 9 9609-5584.

Garupa:

Kelly da Silva Santos (32), brasileira, nascida em 02/03/1987, na cidade de Rio Branco/AC, RG: 420.129/SSP/AC, CPF: 938.363.682-34, residente na Rua Tucano, nº: 277, Conj. Ouricuri, contato: (68)9 9913-5710.

Condutor 2:

Desconhecido.

VEÍCULO 1:

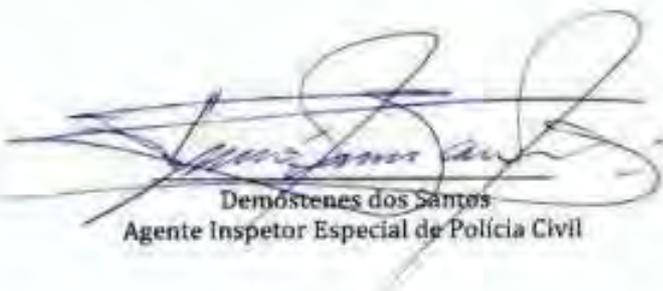
Motocicleta CG, FECTOR, YBR, 125K, PLACA NXR-6392, cor AZUL, ano 2012/2013. RENAVAN013192666900.

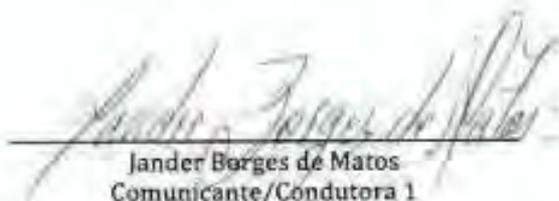
Veículo 2:

Ônibus.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

O Comunicante informa que ao sair da Rua Rádio Farol foi colhido por ônibus, que não parou para socorrer-los, que o condutor só sofreu escoriações leves e que a garupa é que se machucou mais seriamente. Diante do exposto, pede providências.


Demóstenes dos Santos
Agente Inspetor Especial de Polícia Civil


Jander Borges de Matos
Comunicante/Condutora 1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

CPF do Quidroca AD: 938.363.682-34 Nome completo da vítima: Kelly da Silva Santos

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

Nome completo: Kelly da Silva Santos CPF: 938.363.682-34
 Profissão: Serviço Gerais Endereço: Av. Domel Amelo Número: 3354 Complemento: AP
 Estado: AC CEP: 69906-858
 Cidade: Rio Branco Tel. (DDD): (67) 999975523

DADOS CADASTRAIS

Beneficiário, ou a favor de filho de direito, também no âmbito da mesma informação, sanfame comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
 ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 R\$1.501,00 ATÉ R\$2.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00
 ACIMA DE R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$4.000,00 R\$4.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUANÇA (Guerra para o futuro, poupança, Antecipação, etc.) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (344) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3350 013 CONTA: 3048 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Atenção: a indenização (valor a receber) do Seguro DPVAT é calculada com base no valor da indenização/previdência do Seguro DPVAT e no valor da indenização/previdência do INSS, considerando o valor da indenização/previdência do INSS, quitação total do valor recebido.

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

Verificar, sob as penas da lei, se há ou não impedimento para a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de cobertura de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou 7 de MAI 2019
 O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Atenção: a ausência de laudo do IML não impede a apresentação de um pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, desde que seja apresentada a documentação necessária para a verificação da condição de invalidez permanente, conforme disposto no art. 156, IV, do CTB, e a declaração de esta autorização não significa prova cabal de que a futura condição médica ou funcional do beneficiário constata-se para o caso de seu falecimento.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Beneficiários (previdência com a vítima): Nenhum Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima deixou filhos? Sim Não Se sim, a vítima deixou quantos filhos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascituros)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Esta declaração tem que ser assinada pelo beneficiário ou pelo responsável do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem que a indenização, sendo verificado, não tem qualquer vínculo com a declaração de ausência de laudo do IML, sob pena de gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem preenche o formulário:
Kelly da Silva Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (ou parente)

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

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não atestando deverá assinar sobre peritos designados, maiores e capazes, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.**



Cartão
com o
original

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

Nº. DO BE: 575572
CNS:

DATA: 08/10/2018 HORA: 12:51 USUARIO: CARLOS
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: KELLY DA SILVA SANTOS DOC...:
IDADE: 31 ANOS NASC: 02/03/1987 SEXO.: FEMININO
ENDEREÇO: CON OURICURI NUMERO:
COMPLEMENTO: BAIRRO: PLACAS
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE: FRANCISCO DE JESUS SANTOS /EDNA SOUZA DA SILVA
RESPONSÁVEL: O PROPRIO TEL...: 99291154
PROCEDENCIA: PLACAS
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Prontidão, com relato de trauma e contusão*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/10/18*

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:



DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1) Dupl. 2 e 3m
2) MP e SKL 500mg IV*

*13:00
6ª - Kelly
389.621*

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

TRANSPARENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBJETO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Dra. Cassia Massari
Médica
CRM/AC 1979*



ALERGIAS MED:



Grupo Operatório de Cirurgias de Mão

UPA FRANCO SILVA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARÂMETROS	PA: X mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: %
	ESCALA DE DOR		Glicemia: mg/dL
		() 10 () 18-9 () 17 () 15-6 () 11-4 () 0	Glasgow: Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (assinatura e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Avaliações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIAS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Kelly da Silva Santos

RG nº 420129, data de expedição 03/10/02, Órgão SSP/AC,

CPF nº 938363682-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. Domel Canelo</u>
Número	<u>1854</u>
Apto / Complemento	<u>AP 04</u>
Bairro	<u>Conson</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>68805-859</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 933975973 / (68) 998477280</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 13/05/18.

Assinatura do Declarante: Kelly da Silva Santos

SEU CONSUMO

0380316-3

00437723

ABRIL/2019 13/05/2019 97 62,73

VICENTE ARAUJO DA SILVA
 AV DORVAL CAVALO 1854 AP 04 CANAA
 CEP: 89015-11887234
 CID: 89.005-559 - RIO BRANCO ROT: 18.001.18.03.001690

2774	25/04/2019
2677	16/03/2019
3,000	25/05/2019
97	24/04/2019
97	25/04/2019

NORMAL 30

RESIDENCIAL B1 8056075 1.1.1.2 85

MAR/19	77	CONSUMO	97 A R\$ 0,616755 =	59,82
FEV/19	144	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,91
JAN/19	158			
DEZ/18	134			
NOV/18	113			
OUT/18	130			
SET/18	124			
AGO/18	24			
JUL/18	6			
JUN/18	56			

A PARTIR DE 01/04 CFE REH2523/19 ANEEL REAJ. TARIF. MEIO 18,13%
 Parâmetro: Até o dia 24/04/2019, não constam as faturas vencidas
 nessa Unidade Consumidora.

4FF1.1678.4322.3A50.5FA6.4AE1.60FB.50FA

22,61	
26,85	
0,70	
8,07	0,28
1,50	1,31

11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,45	
0,00			0,00			0,00	
TAQUARI						02/2019	54,95
ROT: 18.001.18.03.001690							

0380316-3 62,73

04/2019 13/05/2019

00437723 FCAM

3366000000 1 62730045000 4 00000000380 6 31630419008 5





Cartão
com o
original

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

Nº. DO BE: 575572
CNS:

DATA: 08/10/2018 HORA: 12:51 USUARIO: CARLOS
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: KELLY DA SILVA SANTOS DOC...:
IDADE: 31 ANOS NASC: 02/03/1987 SEXO.: FEMININO
ENDEREÇO: CON OURICURI NUMERO:
COMPLEMENTO: BAIRRO: PLACAS
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE: FRANCISCO DE JESUS SANTOS /EDNA SOUZA DA SILVA
RESPONSÁVEL: O PROPRIO TEL...: 99291154
PROCEDENCIA: PLACAS
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Prontidão, com relato de trauma e contusão*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/10/18*

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:



DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1) Duplaxar 2 e 5ml
2) AMP e SKL 500mg IV*

*13:00
6ª - Kelly
389.621*

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

TRANSPARENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBJETO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Dra. Cassia Massari
Médica
CRM/AC 1979*



ALERGIAS MED:



Grupo Operatório de Cirurgias de Mão

UPA FRANCO SILVA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARÂMETROS	PA: X mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: %
	ESCALA DE DOR <small>Inoperável Intermediária Moderada Base Neuroma</small> () 10 () 18-9 () 17 () 15-6 () 11-4 () 0		Pulso: bpm Glicemia: mg/dL Glasgow: Alterado () Não alterado ()
	CLASSIFICADOR <small>(assinatura e assinatura)</small>	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:
RECLASSIFICAÇÃO		HORÁRIO:	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Avaliações/Intecorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIAS

1712

13091

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2588599 DATA: 08/10/2018 HORA: 15:10 USUARIO: EMERSON
CNS: SETOR: 01-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : KELLY DA SILVA SANTOS DOC.: NT
IDADE: 31 ANOS NASC: 02/03/1987 SEXO.: FEMININO
ENDERECO: RUA ARGENTINA NUMERO: 70
COMPLEMENTO: BAIRO: BAIXADA HABIRTASA
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-000
NOME PAI/MAE: EDINA DE SOUZA DA SILVA
RESPONSAVEL: A MESMA VEIO DE SAMU UPA SOBRAL TEL.:
PROCEDENCIA: UPA-SOBRAL
ATENDIMENTO: QUEDA DO MESMO NIVEL
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
*Paciente deu entrada no serviço hospitalar pelo SAMU, relatando
que sofreu colisão com a ônibus. No momento refere dor intensa
em pelo 0, limitação funcional, e incontinência.*

OBS. ENFERMAGEM CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
diagnóstico: fratura de fêmur distal (L) SV
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]
*- dor constante (L) - sem queixas de sangramento
na próstata: líquido*

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO	
COMPREV	PREVIDENCIA S/A
12h	18h
PROTOCOLO	
DE RIO BRANCO	

- CD: 1) Dieta (D) zero
2) Dipirona 500mg (L) (B) (S)
3) Ao farmácia

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

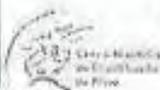
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Paciente foi orientado sobre cuidados e seus efeitos
do RX. Nenhum outro exame que quer realizar:
Exames de imagem.*
Paciente Kelly da Silva Santos

CONFIRMAÇÃO / ALIQUOTA
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

ALERGIAS (NED):



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

CLÍNICO
ODONTO
PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARÂMETROS	PA: X mmHg	Temp: °C	Sat. O2: %
	ESCALA DE DOR		
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR: (Tempo máximo: 3 minutos)	DESISTÊNCIA / EVASÃO (Assinatura)
RECLASSIFICAÇÃO		HORÁRIO:	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrelações:

Assinatura COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As _____ horas

Avulsão
Glicose 50% Domp, no 2020, EV

Dr. Carlos Marques Jr.
Ortopedista e Traumatologista
CRM-AC 149958/SP 15077

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

PACIENTE
KELLY DA SILVA SANTOS

Idade: 31 Anos
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 177

EVOLUCAO	PRESCRICAO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI/OT 08/10/18</p> <p>PRATICA DE PLANEJAMENTO DIRIGIDO</p>	<p>1. DETAVO LIVRE</p> <p>2. SE 0,9% SCLM EV CADA 8HS</p> <p>3. DEPENDENCIA TOR EV TRILUDO 8HS</p>		<p>pac at: 50 anis co gravemente doente pela doença</p>
<p>OS PROCEDIMENTOS EXISTEM</p> <p>PACIENTE RELATA VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE EXPOSTA AO RISCO DE LESÃO DE DISTENÇÃO</p>	<p>4. TRAVEL TÓXICO - 100ML SFRSE EV 8HS</p> <p>5. PLASLITING EV CADA 8HS</p> <p>6. OXIGENIAÇÃO EV CADA 8HS</p> <p>7. CONDIDOS GORRAS</p> <p>8. SIVAS VITALE</p>		<p>chato de doença doente gravemente doente gravemente doente</p>
<p>PO REALIZADO A USO DE TÉCNICA SOLUJO AVALIANDO E CONSTATANDO OBSTACULO PARA ANTIAGULACAO</p> <p>MO ADRESENTA EDEMA 2-4+ NEUROLÓGICO E PERCUSAO PRESEVAVDS</p> <p>OSTENTAR AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTIAGULACAO.</p>	<p>9. QUANTO DURE</p> <p>10. EXAME AGUDO SC LINA VS 2 NO DPO 18/10/18</p> <p>11. HEPATINA 300MG EV CADA 8HS</p> <p>12. METILGUA 250MG VO CASO TA + 480mg/dia</p>	<p>Paulo Henrique S. B. PRM Omapela 5. 7/10/2018 CSM/AC 2111</p>	<p>paciente em paciente em paciente em</p>
<p>ALFORNO QUE ESTE VEDDO PRECISARIA SER DESFEITO DE QUALQUER MODO PARA REALIZAR A CIRURGIA QUE O SEU NECESSITA</p>	<p>SAME / HIJERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>		<p>paciente em paciente em paciente em</p>



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

Registre e imprima em 31/10/2019 às 13:39:41

HUBER
LEITE

REGISTRO PACIENTE
KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31
CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B
LEITO 177

EVOLUCAO PRESCRICAO HORARIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DATA 08/10/18 FRATURA DE PLAVALTO TIBIAL DIREITO STZ 5</p>	<p>1. DIETA VOI WRE GND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 8H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H/8H 5. PLASIL 1GR EV DILUIDO 8H/8H 6. CEFADROXIL 1GR EV CADA 8H</p>	<p>7. CURADOSTERIAS 8. SIMAS VITAS 9. CURATIVO DIARIO</p>	<p>Não oshd os Jchhd paciente em 11/10/18 como eu fiz o exame fiz o exame de urina e com o resultado alçado a curativa medicada e medicada</p>
<p>EM REALIZADO A USO OBSTETRICA EDUCACAO AVALIACAO E CONDUITA EM OBSTETRICA NEUROLOGICO B PERCUSAO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO</p>	<p>10. CLIXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na forma de claxane base HEPARINA SOLUCAO 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12/12H/8H/8H 11. METILDOPA 25MG VO CASO PA + 143/96mmHg</p>	<p>12. CURATIVO DIARIO</p>	<p>01. 11. 2018 Das 04:00 às 13:00 seguiu lavado, higienizado normalizado, semirrigido, diurese lenta com auxílio de medula. deixou o deglutar completo, borbo de aspirar. Com auxílio da ausc portante medicado com 10mg 6 e 10 mg foram suculado em urina e 3 por semana do paciente em 10:30 curativo em perfeição extando msa.</p>

Paulo Marçalino S. Jr
Prof. Obstetria e Traumatologia
CRM/AC 2217

SAME / HUERE
COPIA
CONFORME ORIGINAL

Peritenda AVP com m61
PA J20X60 mmHg
TAX 36,6 °C Sup 22.5RPM

Estado Ent. Milena Iluina

STATE / HUERA
COPIA
CONFORME ORIGINAL

187

5/11/2018

5' 20" Precipitation
Western Quality Service
Western Precipitation
Superior T&E
Columbus, OH 43084

CONFIRME ORIGINAL
COPIA
SAME / FUERA

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA _____ SALA _____ DATA 19/10/18
 NOME DO PACIENTE Kelly da Silva Santos ID 340606
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
 ANESTESIA GERAL () RAQUIANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 21:30 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO _____
 INÍCIO DA CIRURGIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA 30:00
 CIRURGIÃO DR. Cíntia Margliani AUXILIAR(ES) DR. Robson
 ANESTESISTA DA Paula INSTRUMENTADOR Robson
 CIRCULANTE Dina ENF. Elisângela

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% /	AGULHA DESO Nº 17	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 /
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 //
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 //
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATÉTER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO //
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI //
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MASCARA //
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA /	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE //
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA //
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE //
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% //	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO //	FRALDA	SERINGA DE 5 ML /
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML //
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATH	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOGLIVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT E	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SAÚDE / HU/ERB
 CÓPIA
 CONFIRME ORIGINAL

SINAIS VITAIS

HORÁRIO: 21:30	HORÁRIO: 22:10	HORÁRIO:
PA: 96/54	PA: 103/56	PA:
FC: 70	FC: 84	FC:
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2:

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

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 003979 Código: F08 B 208
 SISTEMA DE PIVAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX
 TUBA FEMUR T 300 - ESTERIL
 Fabric.: 11/01/2018 Val.: 01/2023
 Registro ANVISA N°: 80083850031
 Material: Aço Inox / Alumínio
 Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.851.823/0001-00 - Rio Claro / SP
 Tel: +55 19 3538-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 094054 Código: AP35 B 890
 PIVÓ INTRA-MEDULAR OSSEO / R X C X 45 X 200 XT
 Fabric.: 15/01/2018 Val.: 01/2023
 Registro ANVISA N°: 80083850026
 Material: Aço Inox F138
 Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.851.823/0001-00 - Rio Claro / SP
 Tel: +55 19 3538-1910 - comercial@sartori.ind.br

SAME / HUERA
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

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

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Kelly da Silva Santos

IDADE: 32a

OBSERVAÇÃO: Gestação 24S

DIAGNÓSTICO: Paciente com fratura do condilo tibial SV
direito

CIRURGIA PROPOSTA: fixação externa provisória com fixador
transcondilares em membro inferior (D)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: o mesmo

CIRURGIA REALIZADA: a mesma

DATA: 08/10/18

CIRURGIÃO: Dr. Carlos Marques

1º AUXILIAR: Dr. Robson (R3)

2º AUXILIAR: ou

INSTRUMENTADOR (A): Rosmundo

ANESTESISTA: Dr. Pedro

ANESTESIA: Scopere

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO SIM NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO SIM NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA CT RESIDÊNCIA ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em DDH + redução e enfiamento
- 2) Anestesia + intubação + colocação de campos estéreos

SAME / NUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

- 3) Colocados 2 pinos de Allhony no fêmur (D) e 2 pinos de Allhony no tíbioa
- 4) Colocados ambos os fixador externo nº 300 e confeccionado fixador transossicular
- 5) Curativo esteril.

Obs: não foi realizado radiológico pois a paciente está operante.

~~SAME / HU/BB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL~~

Robson de Souza
ORTODONTÓLOGO E ORTODONTISTA
CRM - 1987



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: *Unipar* LEITO Nº: *11* A CLÍNICA: *Ortopedia*

PACIENTE: *Kelly da Silva Santos*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente apresentando fratura exposta de falange proximal do 2º dedo da mão esquerda. A fratura ocorreu em 24 de maio nos dias seguintes.
Abundante hematoma e edema local. Não há mobilidade da falange distal. Não há comprometimento da circulação distal. Não há lesão de tendões ou nervos.
Exame físico: 2º dedo da mão esquerda. Tem 80% de abertura da falange proximal.

NOME DO SOLICITANTE: *J* DATA: *20/05/2017* HORA: *10:00*

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Permanente
1- Pode ser utilizada tala gessada de longa duração?
Tras problema para a mobilidade?

2- Pode usar gesso no dorso da mão?

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

SAÚDE DO ACRE
COPIA
CONFIRME ORIGINAL

NOME DO MÉDICO: DATA: HORA:

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 93091
Numero do CNS.....: 700507157973855
Nome.....: KELLY DA SILVA SANTOS
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 2/03/1987 Idade: 31 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: FRANCISC
Nome da Mae.....: EDINA DE SOUZA DA SILVA
Endereco.....: RUA ARGENTINA 00070
Bairro.....: BAIXADA HABITADA Cep.: 99299-999
Telefone.....: 0000000000000000
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do SE: 2588999
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0032
Data da Internacao: 08/10/2018
Hora da Internacao: 16:00
Medico Solicitante: 017.791.241-39 - ROBSON DE SOUZA SILVA
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.....: YES.0
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Kelly da silveira souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - CID - CBO MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - RACIONALIDADE E INDICADORES CLÍNICOS

Prevenção com dor, edema 3/4 lit com pulso 0, amputação importante da manunha

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Amputado

21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES SOLICITADOS)

Rio x + omeom nesi + exame físico

22 - DIAGNÓSTICO

23 - CID - ICD 10

24 - CID - ICD 9

25 - CID - ICD 10

26 - CID - ICD 9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARATELO DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DO DOCUMENTO

32 - Nº DO CARTÃO DE PROVA NACIONAL SOLICITANTE/ESTABELECIMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ESTABELECIMENTO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ESTABELECIMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÉCNICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - CIRC

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CIRC

45 - SÍMBOLO COM A PREVIDÊNCIA

46 - EMPREGADO

47 - EMPREGADOR

48 - AUTÔNOMO

49 - RECEBERGADO

50 - APOSENTADO

51 - INÍCIO SEGURADO

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - DOCUMENTO

55 - DOCUMENTO (CHIS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

SAME HÍGIDO
CÓPIA
CONTORNE ORIGINAL

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

177

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>EMDI 02/10/18</p> <p>FRATURA DE PLAVATO FEMAL DIREITO SIZ 5</p> <p>DO INTERNACAO: FISSURA EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROFECIMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTAOO</p> <p>FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOB FICHO AVALIACAO E CONDUITA OBSTETRICA</p> <p>ANTICOAGULACAO</p> <p>MIB APRESENTA EDEMA 2+4 NEUROLÓGICO E PÉRFUSAO PRESEVADOS</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO</p>	<p>1. DIETA VOLVRE 300 D</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H</p> <p>3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 600H</p> <p>4. TRAVAL 100MG + 100ML SFD 3% EV 8H SN</p> <p>5. PLASL 10MG EV DILUIDO 8H SN</p> <p>6. DEFIZOLINA 1GR EV CADA 8H</p> <p>7. CURADOS GERANIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. DIABETIVO DIARIO</p> <p>10. EXAME COMG SO UMA VEZ AO DIA PARA AVALIAR O CIRCULADO SIER</p> <p>HEPARINA 5000U EV CADA 8H HORAS</p> <p>MEDIL DOPA 250MG VO CASO PA > 140/90MMHG</p>	<p>Paulo Henrique S. de Realizadora e Transmissora COMAC 2210</p>	<p>Outro - Chunks 1074</p> <p>qual. Ophthal com</p> <p>medic. e monitora</p> <p>do monitora</p> <p>prod. e signa</p> <p>de 1000 cc</p> <p>anti. sig - sig</p>

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO PACIENTE
KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31 CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 177

EVOLUCAO	PRESCRICAO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DVDI 08/04/16</p> <p>FRATURA DE PLAVATO TIBIAL DIREITO STZ 5</p> <p>RM INTERNACAO 1 SIKADON EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO</p> <p>FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONSULTA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO</p> <p>MID APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLÓGICO E PERCUSAO PRESEVADOS</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO</p> <p>APORADO QUE ESTE MEDICO PRESCRITOR ATO 31-7-16 DE QUALCUNHA FORMA PARA REALIZAR A CIRURGIA QUE SE PRECISAR</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8H</p> <p>3. DILPIRONA 1000 EV DILUIDO 6H</p> <p>4. TRAMAL 100MG - 100ML SF 0.9% EV 8H/6H</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H/8H</p> <p>6. DEFACOLIA 100 EV CADA 8H</p> <p>7. GIBIBALDO 050MG</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. GU RATIVO DIARIO</p> <p>10. CLOXANE 400MG 2x DIA VEZ AO DIA, 100 mg/500 mg/ml</p> <p>11. HETARINA 500MG EV CADA 8H HORAS</p> <p>12. METILDOPA 250MG VO CASO PA + 14/08/2016</p>	<p>31</p>	<p>Sicla a 18 de 16 Ciente de seu estado de saúde e de seus direitos. Assinatura de enfermeira</p> <p>12/19/2016</p>

[Handwritten signature]
Enfermeira

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[Handwritten notes]
12/19/2016



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

digitado e impresso em: 16/10/2018 às 14:57:26

HUÉRB

REGISTRO: PACIENTE: **KELLY DA SILVA SANTOS**

IDADE: **31**

CLÍNICA: **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B**

LEITO: **177**

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DMDT 08/10/18</p> <p>FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO SIZ 5</p> <p>CD INTERAÇÃO 1 FISSURA EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 2ª SEMANA DE GESTAÇÃO</p> <p>FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO</p> <p>MB APRESENTA EDEMA 2+ NEUROLOGICO E PERFUSAO PRESERVADOS</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO</p> <p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO PLANTO TIBIAL COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIA ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO, CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS</p> <p>*PASSADO PARA A DIRECAO</p> <p>OROS AGUARDANDO LIBERACAO POR GINECOLOGIA E OBSTETRICA</p>	<p>1. DIETA VO LVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H</p> <p>3. DIFEROMA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H</p> <p>7. CONDADOS CERMAS</p> <p>8. SIMPLIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIVERSO</p> <p>10. CL EXANE 40MG 50 UJAS VEZ AO DIA, na forma de compressa local</p> <p>11. HEPARINA 5000U EV CADA 8/8 HORAS</p> <p>12. MELIDROPA 250MG VO CASO PA < 14,95 minutos</p> <p><i>Paulo Marcelino S Jr</i> Pneumologista e Traumatologista CRMAC 2211</p>	<p><i>10h</i></p>	<p><i>10h</i></p>

SAME / HUÉRB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



REGISTRO: PACIENTE: **KELLY DA SILVA SANTOS** IDADE: **31** CLINICA: **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** LETO: **177**

EVOLUCAO	PRESCRICAO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DWDT 08/10/18</p> <p>FRATURA DE PLAMINTO TIBIAL DIREITO STZ5</p> <p>CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROFAMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO.</p> <p>FOI REALIZADO KUSTO OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO</p> <p>NID APRESENTA EDEMA 24x4+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS.</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO.</p> <p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLAIO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SFU PROCEDIMENTOCALXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS).</p> <p>*PASSADO PARA A DIRECAO.</p> <p>OBS: AGUARDANDO LIBERACAO POR GINECOLOGIA E OBSTETRICA.</p>	<p>1. DIETA VOLVIRE SND</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H</p> <p>3. OPIRCOMA 1GR EV DILUIDO 600H</p> <p>4. TRATAM. 1000MG + 1000A. SF 0,9% EV 800H SX</p> <p>5. PLASE 10MG EV DILUIDO 600 H SN</p> <p>6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8H H</p> <p>7. GAMPADOS 0,9FRAS</p> <p>8. SIMAS VITAS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. CLEVAVE 3000 SG UMA VEZ AO DIA. na hora do despertar lavar HETARINA-SODIACAPROUI DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9% EV CADA 8 HORAS</p> <p>11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHg.</p>	<p>18/10/2019</p> <p>19/10/2019</p> <p>20/10/2019</p> <p>21/10/2019</p> <p>22/10/2019</p> <p>23/10/2019</p> <p>24/10/2019</p> <p>25/10/2019</p> <p>26/10/2019</p> <p>27/10/2019</p> <p>28/10/2019</p> <p>29/10/2019</p> <p>30/10/2019</p> <p>31/10/2019</p>	<p>Paulo Marcelino S Jr Dist. Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2217</p> <p>SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p> <p>Diagnóstico: Fratura de Placina Tibial Direita com acometimento das duas corticais necessitando de material específico para SFU bloqueada 4,5mm + placa em L ou T de 8 furros.</p> <p>Tratamento: Cirurgia de redução e fixação com placa e parafusos.</p> <p>Medicamentos: Analgésicos, antibióticos, antieméticos.</p> <p>Dieta: Dieta livre.</p> <p>Condicionamento físico: De acordo com a evolução.</p> <p>Prognóstico: Bom.</p> <p>Observações: Paciente em boas condições clínicas.</p>



REGISTRO PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LETO 177

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DVDT 08/10/18</p> <p>FRATURA DE PLAVATO TIBIAL DIRETO STZ 5</p> <p>CD INTERNAÇÃO + FIXADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTAÇÃO.</p> <p>FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO.</p> <p>MID APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLOGICO E PERLUSÃO PRESERVADOS.</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO.</p> <p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO(CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS),</p> <p>*PASSADO PARA A DIRECAO.</p> <p>OBS: AGUARDANDO LIBERACAO POR GINECOLOGIA E OBSTETRICA.</p>	<p>1. DIETA VOLVRE</p> <p>2. SE 0,9% 500ML EV CADA 8H</p> <p>3. DIFERONIA 1GR EV DILUIDO 60ML</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 80ML SN</p> <p>6. CEFTRAZOLINA 1GR EV CADA 8H</p> <p>7. CURADOS GERVAIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. CLIXASSE 40MG SC UVA VEZ AO DIA, na falta de Claxase fazer HEPASINA-SODIACA 800MG DILUIR EM 100ML DE SF9% EV CADA 8H/12H</p> <p>11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHG</p>	<p>HERB</p>	<p>Sh - Medica do trabalho de cirurgia. Toca do corpo de carne em pontos de sutura.</p> <p>Agitar as dietas para o f. gástrico.</p> <p>PA: 120 x 80 mmHg.</p> <p>Fu - Medica de cirurgia.</p> <p>Cirurgia em 4/5/18.</p> <p>Relatório em 18/10/18.</p> <p>Atividade em...</p> <p>... para...</p> <p>... 100 x 80 mmHg.</p> <p>... de...</p>

Dr. João Marcelino S. Jr.
Pneumologista e Transfisiologia
CRM/AC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 21/10/2018 às 08:37:37

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

177

HUERB

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

<p>DEDT 08/10/18</p> <p>FRATURA DE PLANTAO TIBIAL DIREITO STZ 5</p> <p>CID INTERMACAO - FICADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NA 2ª SEMANA DE GESTAÇÃO.</p> <p>FUI REALIZADO A USG OBSTETRICA, SOLICITO AVALIAR E CONDUTA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULAÇÃO.</p> <p>MID APRESENTA EDEMA 2+/- NEUROLÓGICO E PERIFUSAO PRESERVADOS.</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULAÇÃO.</p> <p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO(CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS)</p> <p>*PASSADO PARA A DIRECAO</p> <p>OBS: AGUARDANDO LIBERACAO POR GINECOLOGIA E OBSTETRICA</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H</p> <p>3. DIPHONIA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8H</p> <p>7. CONDUTOS-TOEFTAS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. OLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, 1ml de Olexane 4ml de HEPARINA-SCORIASODUM DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12/12 HORAS</p> <p>11. METIL DOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHg</p>	<p>17:00</p> <p>17:00</p>	<p>17:00 a 17:00 h no leito</p> <p>paciente tranquila com bom humor, sinais vitais estáveis, sem necessidade de medicação analgésica, em 07/10/18</p> <p>paciente apresenta sinais vitais estáveis, sem necessidade de medicação analgésica, em 08/10/18</p>
---	---	---------------------------	--

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DR. Thales Vitor
RPM Otolaringologista
CRM/AC: 1500



REGISTRO PACIENTE
KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE **31**
CLINICA **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B**

LEITO **177**

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLANTAR TO TIBIAL DIREITO, STZS</p> <p>SD INTERNAÇÃO + FIXADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA NO 2ª SEMANA DE DEBILIDADE</p> <p>EM REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO.</p> <p>VID APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E FERÍ USADO PRESERVADOS.</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESECREVE ANTICOAGULACAO</p> <p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICIAS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS)</p> <p>PASSADO PARA A DIRECAO.</p> <p>LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE OND</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H SEE SEE</p> <p>3. DILPICOINA 1GR EV DILUIDO 8/8H SEE SEE</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN</p> <p>6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8H JK</p> <p>7. CUIDADOS GEBAS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. GLEEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na tola do dorante luzel</p> <p>HEPARINA SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml SF 0,9% EV CADA 12/12 HORAS</p> <p>11. METILDOPA 250MG VO CASO PA - 14/09/2016</p>	<p>SAME / HUJERB</p> <p>CÓPIA</p> <p>CONFORME ORIGINAL</p>	<p><i>Handwritten notes in the nursing notes column, including dates and times like '07/10/2016' and '10:00h'.</i></p>

Paulo Marcelino S Jr
Pria Ortopedia e Traumatologia
CRMAC-2217

Dr. Kelly da Silva Santos
CRMAC 718 889



REGISTRO PACIENTE
KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE
31

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
177

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIAD 08/10/18</p> <p>FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO SIZ 5</p> <p>CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE RETENE VITIVA DE ATENDIMENTO E SE ENCONTRA NO 2ª SEMANA DE DEBILIDADE</p> <p>FOI REALIZADO A JRG DASTEIRICA, SOLICITO AVALIACAO E CONDUTA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO</p> <p>MD APRESENTA EDEMA 2+ (4+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS)</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO</p> <p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 1,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS)</p> <p>PASSADO PARA A DIRECAO</p> <p>LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 500</p> <p>3. PIPRONA 1GR EV DILUIDO 60H 50</p> <p>4. TRAMMA 100MG + 100ML SF 0,9% EV 80H 50</p> <p>5. PLACA 10MG EV DILUIDO 80H 50</p> <p>6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8H 12</p> <p>7. CUIDADOS GERIAS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. GLEKXALE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, no final do cuidado local</p> <p>HEPARINA SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12 HORAS</p> <p>11. METILOPA 250MG VO CASO PA - Maligno</p>	<p>JK</p> <p>JK</p>	<p>JK</p>

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRMAC 2217

SAME / MUERN
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



REGISTRO PACIENTE
KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31
CLÍNICA CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO 177

EVOLUÇÃO:	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI/DI 08/10/18</p> <p>FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO STZ 5</p> <p>2º INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 26 SEMANA DE GESTACAO.</p> <p>FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO</p> <p>VTD APRESENTA EDEMA 3+ e NEUROLOGICO E PERFUSAO PRESERVADOS</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO</p> <p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS)</p> <p>*PASSADO PARA A DIRECAO</p> <p>LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO</p>	<p>1. BIEIA VO LIVRE <i>SW</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H <i>SW</i></p> <p>3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>SW</i></p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SW</p> <p>5. FLASIL 100MG EV DILUIDO 8/8 H SW</p> <p>6. CEFALOXIMA 1GR EV CADA 8/8 H <i>SW</i></p> <p>7. GIBRABOS GERAIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. CLEXANE 40MG SC UNA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA 5000U DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12/12 HORAS</p> <p>11. METILDOPA 250MG VO CASO PA + 14/9/5cmHg</p> <p><i>Paulo Marcelino S. Jr</i> <i>PRM Obstetra e Traumatologo</i> <i>CSU/AC 2217</i></p>	<p>SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p><i>Conforme liberação</i></p>



REGISTRO PACIENTE
KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE
31

CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
177

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIET 08/10/18</p> <p>FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO SIZ'S</p> <p>2º INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 2ª SEMANA DE GESTACAO.</p> <p>FOI REALIZADO A USO OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO</p> <p>WID APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS</p> <p>OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO.</p> <p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICIAS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 15mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS)</p> <p>PASSADO PARA A DIRECAO:</p> <p>LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SND</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H <i>de 500</i></p> <p>3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>de 500</i></p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN <i>de 500</i></p> <p>5. PLASIL 100MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>de 500</i></p> <p>6. GEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H <i>de 500</i></p> <p>7. QUIDADOS-SECAIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. DEXAME 40MG SQ UMA VEZ AO DIA, na falta de claxone fazer HE PARVA SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12/12 HORAS <i>de 500</i></p> <p>11. METILDOPA 250MG VO CASO PA >140/95mmHg</p> <p><i>Paulo Marcelino S Jr Para Diretoria e Transmissão Cirurgia 2217</i></p>		<p><i>Doa 09:00 - 00 - 18:00. Sábado 09:00 - 18:00. Sábado 09:00 - 18:00. Sábado 09:00 - 18:00. Sábado 09:00 - 18:00.</i></p>

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

Unidade e impresso em: 20/11/2016 às 14:05:00

HUEKB
10005282

REGISTRO PACIENTE IDADE 31 CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LENTO 177

PACIENTE KELLY DA SILVA SANTOS

EVOLUCAO PRESCRICAO HORARIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DATA 08/10/16 FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO SIZ 5 NO INTERNAÇÃO + FIXADOR EXTERNO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DORICOMA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HSN 6. CEFATOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 7. CURativos DEFAS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIAPRO 10. EXAME 20MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA-SCORCAGOROL DILUIR EM 1ml DE SF5% EV CADA 12/12 HORAS 11. METEDORA 250MG VO CASO PA > 149/95mmHg</p>	<p><i>[Handwritten notes]</i></p>	<p><i>[Handwritten notes]</i></p>
<p>CO REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ARTROGACULACAO. MID APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLOGICO E PERCUSAO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCRIVE ANTIDOCULACAO.</p>	<p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS JUAS CORTICAIS NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO(CAXA BLOQUEADA 15mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS)</p>	<p><i>[Handwritten notes]</i></p>	<p><i>[Handwritten notes]</i></p>
<p>PASSADO PARA A DIRECAO. LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO</p>	<p><i>[Handwritten notes]</i></p>	<p><i>[Handwritten notes]</i></p>	<p><i>[Handwritten notes]</i></p>

SAME / HUEKB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

Urgência e Atendimento em 24h (24h) 09 13 01 98

HUERB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31

CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LETO 177

EVOLUCAO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DIAGNOSTICO DE FRATURA TIBIAL DIREITA ST 2.5</p>	<p>1. DIETA VO LVRE <i>5x3</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 660ML 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 800ML SN 6. GEFAZOLINA 1GR EV CADA 8H 7. CUIDADOS GERAIS 8. SPANS VITAS 9. CURATIVO DIARIO 10. OL EXAME DA SIDA JAMA VEZ AO DIA, na base de plaqueta fator HEPATINA SIDA 25000U DILUIR EM 10ML DE SF 0,9% EV CADA 12H/3HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 149/95mmHg</p>	<p><i>Paulo Marcelino S Jr PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 1211</i></p>	<p>- OI:CC. Clínica 101E sup. apêndice com necessária, sugere poder, malgrado denotar o caráter circunscrito. Retom te não cepte - deprava. ve - reserva com 100 510</p>
<p>FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO E CONSULTA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULAÇÃO E NEUROLÓGICO E PERFUSSÃO PRESERVADOS OBSTETRA AUTORIZA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULAÇÃO</p>	<p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L DU T DE 8 FURROS)</p>	<p><i>SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</i></p>	<p></p>
<p>LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO AGENDADA PARA DIA 26/11/18 NO HC COM DR ANTONIO ISSE</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>



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

Região de Saúde - Hospital de Referência - Hospital de Referência

HOSPITAL
MATERNA

REGISTRO PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 177

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DIOT 08/10/18 FRATURA DE PLUNALTO TIBIAL DIREITO STZ 5</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE 3 ND B 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFEROMA 1GR EV DILUIDO 8/8H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN 5. PLACIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN 6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 7. CURADINHOS-GERMAS 8. SIMAS VITALS 9. CURATIVO DIARIO 10. CLEXANE 600MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de Clexane Usar HEPARINA 5000ICAP0000H DILUIR EM 10ML DE SF 0,9% EV CADA 12/12HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA-118999methg</p>	<p><i>Paulo Marcelino S. Jr. 2007 Ciências e Farmacologia GABINETE 217</i></p>	<p><i>12/07/2018 Paciente em repouso absoluto, sem dor, sem náuseas, sem vômitos, sem febre, sem tosse, sem dispnéia, sem edema, sem alterações de consciência. Sinais vitais estáveis. Curativo em bom estado. Prescrever: Clexane 600mg SC uma vez ao dia, na falta de Clexane usar Heparina 5000ICAP0000H diluir em 10ml de SF 0,9% EV cada 12/12 horas. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN. Placil 10mg EV diluído 8/8h SN. Curativo diário. Simas Vitais. Curativo diário.</i></p>
<p>FOI REALIZADO A USO OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONTRA DA OBSTETRICA PARA ANTIODAGULACAO MID APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLOGICO E PERPUSAO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTIODAGULACAO.</p>	<p>PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICIAS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CANHA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUREOS).</p>	<p><i>Paulo Marcelino S. Jr. 2007 Ciências e Farmacologia GABINETE 217</i></p>	<p><i>12/07/2018 Paciente em repouso absoluto, sem dor, sem náuseas, sem vômitos, sem febre, sem tosse, sem dispnéia, sem edema, sem alterações de consciência. Sinais vitais estáveis. Curativo em bom estado. Prescrever: Clexane 600mg SC uma vez ao dia, na falta de Clexane usar Heparina 5000ICAP0000H diluir em 10ml de SF 0,9% EV cada 12/12 horas. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN. Placil 10mg EV diluído 8/8h SN. Curativo diário. Simas Vitais. Curativo diário.</i></p>
<p>LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO AGENDADA PARA DIA 26/11/18 NO HC COM DR ANTONIO ISSE</p>	<p><i>Paulo Marcelino S. Jr. 2007 Ciências e Farmacologia GABINETE 217</i></p>	<p><i>Paulo Marcelino S. Jr. 2007 Ciências e Farmacologia GABINETE 217</i></p>	<p><i>12/07/2018 Paciente em repouso absoluto, sem dor, sem náuseas, sem vômitos, sem febre, sem tosse, sem dispnéia, sem edema, sem alterações de consciência. Sinais vitais estáveis. Curativo em bom estado. Prescrever: Clexane 600mg SC uma vez ao dia, na falta de Clexane usar Heparina 5000ICAP0000H diluir em 10ml de SF 0,9% EV cada 12/12 horas. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN. Placil 10mg EV diluído 8/8h SN. Curativo diário. Simas Vitais. Curativo diário.</i></p>

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

*Maria Marcelina Silva de Souza
Téc. Enfermagem - 25181
COREN/AC - 25181*



REGISTRO PACIENTE **KELLY DA SILVA SANTOS** IDADE **31** CLINICA **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** LEITO **177**

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>CDI 08/10/18 FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO S12.5 CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO PACIENTE REFERE VITIMA DE ACIDENTAMENTO, E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E RESCREVE ANTICOAGULACAO PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETRIMENTO DAS DUAS CORTICAIS NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTOCALCANI BLOCUEADA (500mg + PLACA EM 1 DIA 1 DE 8 FUROS)</p>	<p>1. DIETA VOLVRE SVD 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO EM 100ML SF 0,9% EV 8H/8H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H/8H 5. PLASB 100MG EV SALUBO 8H/8H 6. DEFACOLINA 1GR EV CADA 8H 7. CUIDADOS GELIAS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CLIXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na taxa de clixane fazel HEPARINA SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12/12 HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHg</p>	<p>SANE / AUERB COPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p>8:00 h as 17:00 h paciente desperta deambulando de seus apoiadores. Tussões e tosse de curso - 4 vezes por dia. Touxes, resacas, tosse convulsiva no V.T. D durante o dia. 70% das feridas abertas apresentam o ferimento aberto nos fisilogicos avulso - 75. Gramíngia</p>



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <i>Kelley...</i>		Idade	Sexo	Cor	Registro / BE			
Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA		<input type="checkbox"/> CMB		<input type="checkbox"/> CC		<input type="checkbox"/> UTI		
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (lpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo	Fator Rh
Hm	Ht.	Hb	Leuco	Glicosa	Ureia	Creatrína	BT / BD / BI	TGO / TGP
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>...</i>								
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite		MV <i>...</i>		Complacência: <i>...</i>				
ACV: <i>...</i>		ECG: <i>...</i>		Alergias: <i>...</i>				
Ap. Digestivo/Dentes: <i>...</i>				Pescoco:		Peças Dent:		
Ap. Urinário: <i>...</i>				Drogas em Uso:				
Estado Mental: <i>...</i>								
Anestesias Anteriores:				ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		Risco: <i>...</i>		
Medicação Pré-anestésica:				Hora:		Efeito:		
HORA: <i>21:20</i> <i>13:50</i>								
GASES	O ₂							
	NO ₂							
	HALOG							
Líquidos		<i>...</i>						
		<i>...</i>						
		<i>...</i>						
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia Respiração	SpO ₂							
	240							
	220							
	200							
	180							
	160							
	140							
	120							
	100							
	80							
	60							
	40							
20								
DROGAS ADMINISTRADAS			Técnica:			Monitorização:		
1º <i>...</i>			Cirurgia			Ap. Resp: <i>...</i>		
2º <i>...</i>			Cirurgião/Auxiliar			Ap. CV: <i>...</i>		
3º			OBS:					
4º								
5º								
6º								
7º								
8º								
9º			Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):			<i>...</i>		
10º								

SAÚDE HUERB
 CÓPIA
 CONFIDENCIAL ORIGINAL



Unidade: _____

FOLHA DE ANAMNESE

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Kelly da Silva Santos nº de Registro: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Ocupação: _____

Data de internação: 1/1 Pavilhão: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

2. - Q. P. Paciente G4 P1, 20 anos (Ess. B. normal)

3. - H.D.A. apresentando fratura grave em tíbia proximal direita, sendo necessária a realização de procedimento cirúrgico sob uso de fluoroscopia e utilização de aparelho fixador externo anatômico. Sobre as questionamentos realizados pela colega ortopedista, responder:

4. - H.P.P. 1) Pode-se utilizar radiografia?

5. - H.S. → Sim, desde que seja realizada a proteção

6. - H.F. fator com colheita de lâmina em regime aberto normal.

7. - Ex. Físico

2) Se o procedimento cirúrgico é necessário para uma melhor reabilitação do paciente (urgência/immergência), e é mantida a redução do gesso no membro acometido, o mesmo poderá ser realizado tomando cuidados necessários para a profilaxia pré e pós cirúrgica para TVP.

No momento de avaliação a paciente encontra-se sem queixas distóticas.

8. - H. D. ME (+) BCF 146 bpm

9. DATA E CONDIÇÕES DE ALTA 1/1 () CURADO () MELHORADO

() INALTERADO () PIORADO () APROXIMADO () ÓBITO () OUTROS

10. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL - CID M21.0

11. CAUSA MORTE _____

12. MÉDICO ASSISTENTE _____

CONFORME ORIGINAL

VALIDAR POR: _____
GREGORIO DE OLIVEIRA
CRM/AC 0202

Dr. Eduardo Alencar
Médico
CRM/AC - 1851
16/10/18



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Utopia LEITO Nº 87 A CLÍNICA: Utopia

PACIENTE: Kelhy Silva Santos

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 31 anos de idade com queixas de
Fratura de plometa lateral direita
Obstáculo para a marcha e dor no
Apresenta diagnóstico de fratura de plometa
1/24 meses de gestação por USG
Solicita avaliação e conduta para liberação de
procedimento cirúrgico ortopédico quanto a união
coagulação. plata

NOME DO SOLICITANTE: Paula Maria S. de Jesus DATA: 17/10/18 HORA: 11:20

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / UBERLÂNDIA
CONFIRMAR ORIGINAL

NOME DO MÉDICO: _____ DATA: _____ HORA: _____



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

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente **KELLY DA SILVA SANTOS**, SUS 700.5071.5797.3855, BE 2588599, deu entrada na UH (Hospital Geral das Clínicas de Rio Branco – HUERB) no dia 08/10/18 e ate a presente data, se encontra internado na **CCA, LEITO 177**, com HD: **FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO**, aguardando programação para agendamento de procedimento cirúrgico, o qual ate o momento ainda não data definida para realização.

Rio Branco, Acre, 22 de Outubro de 2018.

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2217

SAME / N
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo Estado do Acre
 Secretaria de Estado de Saúde
 Sistema Assistencial à Saúde da Mulher e da Criança - SASMC

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Milly de Souza Costa
 21/03/12

Chalçada, com 1100 g de açúcar,
 com 100 g de 24, no qual, com
 acompanhamento do 2º grau do sistema
 classificando a não habitual por
 não ser do padrão de uso
 O medicamento mencionado realizou-se
 de acordo com o protocolo para
 aplicação de 100 mg de 24.

[Signature]
 Rio Branco Acre, 10/10/12

SAME / HUERS
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

174

HUERB
 PATOLOGIA CLÍNICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, - BUNQUE RIO BRANCO - CEP: 6907620 - Tel.: 323-1080
 CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
 Requisicao: 18.PC.2.015169
 Num. do BE: 02588599

Idade.: 31A
 Requis.: 11/10/2018

US. Origem.: HUERB/PS (C.A.P.)
 Solicitante: PAULO MARCELINO S JUNIOR

Cons. Regional: 2217

Setor.: CONSULTORIO ADULTO
 HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões).....	9,12	mil	VR: 4,0 a 12,0 x 10 ¹² a 4 milhões/ml
Hemoglobina.....	9,09	g/dL	VR: 12 a 16 g/dL a 16 g/dL
Hematócrito.....	27,04	%	VR: 37 a 47 H, 37 a 48 %
HCM.....	29,50	fL	VR: 27 a 32 fL
HCM.....	29,10	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	30,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global.....	12,788	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basófilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mil	
Eosinófilos.....	1	%	VR: 0 a 4 %
Valor Absoluto.....	127	mil	
Neutrófilos.....	9	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mil	
Monócitos.....	6	%	VR: 0 a 7 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Sépticos.....	1	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	127	mil	
Segmentados.....	76	%	VR: 50 a 80 %
Valor Absoluto.....	9.652	mil	
Linfócitos.....	18	%	VR: 20 a 35 %
Valor Absoluto.....	2.296	mil	
Plasmócitos.....	4	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	508	mil	
Elastos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mil	
Conspiração.....			

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Alexandre Passos da Silva
 Farmacêutico - Clorimica
 CRM: 009

OS VALORES DE REFERENCIA AQUÍ CITADOS
 SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA - CRP RO/AC 11/10/18 às 16:41 Coloca 11/10/18 às 15:10-16 Via Impressa: 11/10/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	1 MINUTO 2 1/2 SEGUNDOS	VR: 1 a 3 minutos
Tempo de Coagulação.....	4 MINUTOS	VR: 0 - 15 minutos
Contagem de Plaquetas.....	234.000 /mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA - CRP RO/AC 11/10/18 às 16:41 Coloca 11/10/18 às 15:10-16 Via Impressa: 11/10/18



**HUERB
PATOLOGIA CLINICA**

AV. SACDES UNIDAS, 300, - BRISQUE - RIO BRANCO - CEP: 6990620 - Tel.: 021-3060
CGC - 04.034.526/0002-24

CEB

Paciente.: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
Requisicao: 18.PC.2.015321
Num. do BE: 02588599

Idade.: 31A
Requis.: 01/11/2018

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

Cons. Regional:

Setor.....: CONSULTORIO ADULTO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes).....	3,72	mm ³	VR: 3,4-5 a 4 M-4 a 3 milhoes/mm ³
Hemoglobina.....	10,89	g/dL	VR: 11,3 a 14 M-13 a 16 g/dL
Hematocrito.....	32,00	%	VR: 34-42 a 43 M-37 a 45 %
VCM.....	74,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM.....	28,19	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	38,10	g/dL	VR: 33 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocetris Global.....	12,900	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basofilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Eosinofilos.....	2	%	VR: 2 a 5 %
Valor Absoluto.....	258	mm ³	
Mielocitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Metamielocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Bastoes.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	387	mm ³	
Segmentados.....	70	%	VR: 58 a 64 %
Valor Absoluto.....	8.030	mm ³	
Linfocitos.....	15	%	VR: 20 a 35 %
Valor Absoluto.....	1.935	mm ³	
Monocitos.....	10	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	1.290	mm ³	
Elastos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Observacao.....	Hemograma		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS

Liberado por: LUIS EDUARDO RIVEROS AGUILAR-CRM 248-VA 01/11/18 às 20:21 Coleção: 01/11/18 às 18:33-Ia. Via Impressão: 01/11/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	02	MINUTOS	VR: 2 - 8 minutos
Tempo de Coagulação.....	05	MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas.....	179.000	/mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: LUIS EDUARDO RIVEROS AGUILAR-CRM 248-VA 01/11/18 às 20:21 Coleção: 01/11/18 às 18:33-Ia. Via Impressão: 01/11/18

HUERB
 PATOLOGIA CLINICA

AV. SACRES UNIDAS, 700, - BUSZUS - RIO BRANCO - CEP: 69009620 - Tel.: 323-3060
 CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
 Requisicao: 18.PC.1.017604
 Num. do BE: 02588599

Idade.: 31A
 Requis.: 23/10/2018

US. Origem.: HUERB/PS *old-B*
 Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: CONSULTORIO ADULTO
 HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):	9,80	mm ³	VR: 4,4 a 5,4 milhões/mm ³
Hemoglobina:	10,80	g/dL	VR: 12,1 a 15,9, 12 a 16 g/dL
Hematócrito:	32,00	%	VR: 37,40 a 52,00, 37 a 49 %
VCM:	85,50	fL	VR: 78 a 98 fL
MCH:	68,50	pg	VR: 26 a 34 pg
MCHM:	77,40	g/dL	VR: 21 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:	13.800	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Baefilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm ³	
Eosinofilos:	2	%	VR: 2 a 5 %
Valor Absoluto:	272	mm ³	
Mielocitos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm ³	
Metamielocitos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	%	
Bastões:	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	0	mm ³	
Segmentados:	78	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:	10.736	mm ³	
Linfocitos:	20	%	VR: 20 a 35 %
Valor Absoluto:	2.720	mm ³	
Monocitos:	2	%	VR: 4 a 14 %
Valor Absoluto:	272	mm ³	
Plaquetas:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm ³	
Observação:			

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Juntas Santos de Araújo
 Biomedica
 CRBM 2666

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 23/10/18 às 09:43 Coleta: 23/10/18 às 09:11 - Id. Via impressa: 23/10/18

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:	378.000	/mm ³	VR: 150 a 400.000 / mm ³
------------	---------	------------------	-------------------------------------

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 23/10/18 às 09:43 Coleta: 23/10/18 às 09:11 - Id. Via impressa: 23/10/18

177

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NAYVES DE LIMA, 100 - MARQUE - 110 GRADUS - CEP: 02015-000 - Tel: - 224-1000
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
Requisicao: 18.PC.2.017510
Num. do BE: 02588599

Idade.: 31A
Requis.: 16/10/2018

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

Cons. Regional:

Motor.: CONSULTORIO ADULTO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):...	3,14	med	VR: 4,0 a 10,4 a 3 milhões/med
Hemoglobina:.....	9,96	g/dl	VR: 13 a 18 Hct em 15 g/dl
Hematócrito:.....	27,00	%	VR: 38 a 48 Hct em 45 %
Hct:.....	25,40	%	VR: 38 a 48 %
Hemoglobina:.....	14,50	gpc	VR: 14 a 18 gpc
Hct:.....	33,40	g/dl	VR: 38 a 48 g/dl

LEUCOGRAMA

Leucocitria Global:.....	11,100	/med	VR: 5,000 a 10,000 /med
Neutrófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	med	
Linfócitos:.....	2	%	VR: 2 a 3 %
Valor Absoluto:.....	222	med	
Monócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	med	
Eosinófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Basófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	444	med	
Plaquetados:.....	70	%	VR: 50 a 94 %
Valor Absoluto:.....	7,770	med	
Plaquetas:.....	15	%	VR: 32 a 38 %
Valor Absoluto:.....	1,655	med	
Plaquetas:.....	9	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	399	med	
Plaquetas:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	med	
Plaquetas:.....	0	med	

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

Jardeli Santos de Araújo
Biotécnico
CRBM 2686

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Realizado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 17/10/18 às 07:53 Coleta: 14/10/18 às 20:54 1a Via impressa: 17/10/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	2	MINUTOS	VR: 1 - 3 minutos
Tempo de Coagulação:.....	8	MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Quantidade de Plaquetas:.....	245.000	/med	VR: 150 a 400.000 /med

Realizado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 17/10/18 às 07:54 Coleta: 14/10/18 às 20:54 1a Via impressa: 17/10/18

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3060

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY DA SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost: 72

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2015169

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 11/10/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	110	mg/dL		
URE	20	mg/dL		
CRE	0.6	mg/dL		
Na	138	mmol/L		
K	3.5	mmol/L		
CL	106	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 11/10/2018

Data/Hora teste: 11/10/2018

Data/Hora impr.: 11/10/2018 16:05:27

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY DA SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost:

71

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2015321

Tipo de amostra:

Soro

Sexo:

Data da coleta:

01/11/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	97	mg/dL		
URE	22	mg/dL		
CRE	0,6	mg/dL		
Na	135	mmol/L		
K	4,1	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 01/11/2018

Data/Hora teste: 01/11/2018

Data/Hora impr.: 01/11/2018 19:51:32

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY DA SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost: 14

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 1017604

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 23/10/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	80	mg/dL		
URE	19	mg/dL		
CRE	0.5	mg/dL		
COL	207	mg/dL		
HDL	66	mg/dL		
TGL	263	mg/dL		
Col VLDL	53	mg/dL		
LDL COLEST	88	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 23/10/2018

Data/Hora teste: 23/10/2018

Data/Hora impr.: 23/10/2018 09:45:29

Testador:

Revisor:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Resultado somente para esta amostra

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost: 5

Data nascimento:

Idade: 0 Anos

Cód barra: 2017510

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Fem

Data da coleta: 17/10/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	23	mg/dL		10 - 50
CRE	0.6	mg/dL		0.6 - 1.0

Data/Hora solicitação: 17/10/2018

Data/Hora teste: 17/10/2018

Data/Hora Impr.: 17/10/2018 08:36:58

Testador:

Revisor:

Robson Vieira de Miranda
Biotecnologia
CCB - AC - 319

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Paciente : KELLY DA SILVA SANTOS
Medico :
Convênio : SUS

Registro : 056323
Idade : 31A e 7M
Data : 08/10/2018

ULTRASSOM - OBSTÉTRICA ACIMA DE 14 SEMANAS

EQUIPAMENTO :

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico convexo na frequência de 3,50 Mhz.

FETO :

Em situação longitudinal, apresentação cefálica.
Dorso à direita, movimentos fetais presentes.
Movimentos respiratórios presentes.
Batimentos cardíacos fetais rítmicos. (150 Batimentos/Minuto)

BIOMETRIA :

Diâmetro Biparietal.....	63 mm.	V.R. P/ 24 SEMANAS. (56 a 65)
Índice Cefálico.....	83	(70 a 86)
Circunferência Abd. Fetal.....	182 mm.	(181 a 213)
Circunferência Craniana Fetal.....	225 mm.	(202 a 240)
C. Craniana / C. Abdominal.....	1,24	(1,02 a 1,21)
Comprimento do Fêmur.....	43 mm.	(38 a 50)
C.F. / C.A. (HADLOCK).....	23,63	(20 a 24)
Peso Fetal Provável.....	628 gramas(±10%)	(530 a 1260)
Estatuta Fetal.....	34,6 cm.	

PLACENTA :

De inserção tópica posterior
Apresentando textura homogênea e maturidade grau 0 (Grannum 0, 1, 2, 3).

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA :

Gravidez tópica, única, de 24 Semanas e 2 dias. (± 1,5 Semanas).
Medida do maior bolsão de líquido amniótico: 4,5 cm
(0 a 2,0 cm=oligocâmnia; 2 a 3 reduzido 3 a 8 cm=normal; 8 a 12 cm ou mais= polidrâmnia)

SANTO ANTONIO
CONFORME ULTRASSOM

Marina De Angelis Carvalho
1519-AC

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

"joelhos queimados"

História da Doença Atual: Paciente deu entrada no serviço relatando colisão com moto, evoluindo com dor em joelho @, edema, limitação de movimento

História da Doença Anterior:

Gestação 2ta

Exame Físico: Dev, altura 35/41, limitação funcional n.º joelho esquerdo inferiormente. Sem sinais de ferimento ou pontos de lesão, sem quebras de pele.

Diagnóstico Provisório:

fr. planalto tibial SV @

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

12

Kobson de Souza
ORTOMANUALISTA E ORTOPEDU
CRM-1903

SAME / MEDICINA
CONFORME ORIGINAL

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

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

Paula Faturista / HC

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 MAI 2019



FUNDHACRE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

C.N.B. 700.5071.5797.3855

SISREG: 5/10101010

Nome: Kelly da Silva Santos 32a

Número do Prontuário: 250145 Data: 05.11.2018 Hora: 19:05

Unidade: A Quarto: 17 Leito: 17

Data do Nascimento: 02.03.1987 Naturalidade: Rio Branco - AC

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: -

Estado Civil: Solteira RG: 420129 SSP/AC

Profissão: Analista de Serviços Gerais Religião: Evangelica

Endereço Residencial: Rua Argentina 70

Bairro: Barro Preto Cidade: Rio Branco Estado: AC Tel: 99235 0904
99938 2816

Endereço do Trabalho: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel: _____

Filiação: Fernando de Jesus Santos Edna Sousa da Silva

Nome do Cônjuge: _____

Grau de Escolaridade: Ensino médio completo

Médico Responsável: Dr. Antonio José

Nome do Responsável: Suelen da Silva Santos

Nº do RG. do responsável: 429106 SSP/AC

Endereço do Responsável: o mesmo

Cidade: Rio Branco Estado: AC Grau de Parentesco: filha

Tec. Cleine
01027 AC

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

RECIBO
Nº 1113
Data: 05/11/18
Faturista: Paula M. Faturista

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Debra da Silva Santos _____, Abaixo assinado, declara que se responsabiliza pela internação do paciente Debra da Silva Santos dando plena autorização aos médicos deste Hospital para assistirem, levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade, transferirem para outro Hospital no caso de emergência intervirem cirurgicamente e empreenderem todas as investigações que julgarem necessárias para a complementação do diagnóstico.

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

Rio Branco - Ac, 05 de Novembro de 2010

Debra da Silva Santos _____
Assinatura do Responsável

Nº do RG 427108 SUP 18

TERMO DE ALTA A PEDIDO

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

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

2- _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

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

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

e-mail: cac.hc@ac.gov.br

**DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC
AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO**

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE:

Kelly da Silva Santa

DIAGNÓSTICO (DX)

Fratura plav. (HSH) (D)

PROCEDIMENTO

CIRÚRGICO PROPOSTO:

osteossíntese

NECESSIDADE DE ANESTESIOLOGISTA?

SIM () NÃO ()

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

DATA DA CIRURGIA

DATA DA INTERNAÇÃO

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ÓRTESES E PRÓTESES)

base bloqueada 45 placa em L e T do 3º furo



SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PÓS OPERATÓRIA EM: _____ DIAS

HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO

OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA ASSINATURA DESTA.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: 1 / 120

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

NÚMERO DO CARTÃO SUS

NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (FUNDHACRE)

Paulo M
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - RUA DE RIC BRANCO

PACIENTE RESIDE EM:

CONFERE COM O ORIGINAL

TELEFONES PARA CONTATO:

FIXO

CELULAR

RECADO

Falar com:

PACIENTE: () DIABÉTICO () HIPERTENSO () DEFICIENTE FÍSICO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC.

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Quem recebeu as orientações e assina este termo: () Paciente () Responsável

Nome completo: Kelly de Sales Santos

Endereço: _____

Data de nascimento: 1/1/ CPF: _____

R.G.: _____, Grau de parentesco: _____

Pelo Presente termo, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgias): apendicectomia

do(a) Dr.(a) Antonio Issi, por indicação _____, inscrito no CRM sob o N° _____ e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns): _____

Pseudotumor, artrose joelho, hipertensão

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: _____

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada a oportunidade de fazer perguntas que me foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Confirmando que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco-AC, 1/1/ Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

11/05/11

FICHA DE AVALIAÇÃO

Paciente: Valley de Sousa Santos

Endereço: Travessa da ... Leito: 15

De: Tramontina

Para: Exame de Ortopedia

Paulo Marcelino S. Jr
PRM Ortopédia e Traumatologia
CRM/AC 2217

Médico Solicitante - Carimbo e Assinatura

D. O. A.: Exame de Ortopedia para diagnóstico de lesão ligamentar em nível de tornozelo direito. História de trauma por queda de altura há 3 dias.

EXAME FÍSICO: Exame físico normal. Sem sinais de trauma. Sem edema ou hematomas. Sem dor à palpação.

H. D.: Paulo m.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

Paulo Marcelino S. Jr
PRM Ortopédia e Traumatologia
CRM/AC 2217

Médico Solicitante - Carimbo e Assinatura

Avaliação Obstétrica.

Considerando a contra-indicação do uso de anticoagulante oral durante a gestação por risco de teratogenicidade, sugiro a permanência da monoterapia (SC) no período que a ortopedia achar necessário.

Att.

Uma Jurek e Silva
Médica Obstetra
CRM 100000

Sob orientação da Dra.
E. Larini Saal.

IDENTIFICAR
 NOME DO PACIENTE
 NOME DO MÉDICO
 NOME DO HOSPITAL
 NOME DO SERVIÇO
 NOME DO CONSULTÓRIO

DATA 10/05/18
 LOCAL 1111
 NOME DO PACIENTE Kelly da Silva Santos

MATRÍCULA 1111
 NOME DO PACIENTE Kelly da Silva Santos

PRESCRIÇÃO PARA O DIA 04/05/18

NUM	INDICAÇÃO MEDICAMENTOSA	VA	CONDIÇÃO
U1	Paracetamol		PRM
U2	300mg PO EV 1/6/6H		10 1/2 1/2
U3	Paracetamol 1000mg EV 1/6/6H		10 1/2
U4	Paracetamol 1000mg EV 1/6/6H		10 1/2
U5	Paracetamol 1000mg VO 1/6/6H		10 1/2
U6	Paracetamol 1000mg EV 1/6/6H		10 1/2
U7	Paracetamol 1000mg VO 1/6/6H		10 1/2
U8	Paracetamol 1000mg EV 1/6/6H		10 1/2
U9	Paracetamol 1000mg VO 1/6/6H		10 1/2

74
 16
 9
 10 1/2

Exame físico: LITE normal com
 alterações gastrointestinais, por via mediana
 sinais clínicos de distúrbio intestinal, pl
 intestinais, V&S pl/normal.

Exame físico:
 LITE normal, distensão +/4+
 de cingulo de S&S para distúrbio intestinal

Exame físico: LITE normal, distensão +/4+
 de cingulo de S&S para distúrbio intestinal
 LITE normal, distensão +/4+
 de cingulo de S&S para distúrbio intestinal
 LITE normal, distensão +/4+
 de cingulo de S&S para distúrbio intestinal

Paulo Marcelino S Jr
 PRM Especialista em Gastroenterologia
 CRBM 2117



GIUBRILAM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- H. FUNDACRE
- H. DO IDOSO
- PÓLICLÍNICA TUCUMÃ
- H. DA CRIANÇA
- C. I. DA MULHER
- H. M. M. MONTE R
- CACDN

Clinica Imunologia
 Enferm. / leito 121/A
 UTI - leito _____

MATRÍCULA

Data Nasc. 1/1 Sexo M F

Nome Kelly da Silva Santos

Observações _____

PRESCRIÇÃO PARA O DIA 08/11/18

Medicamento e Medicamentos	VIA	HORÁRIO(S)
01 - Dexametasona		5h
02 - Solução EV		10 19
03 - Dipropiona 1% EV		10 16
04 - Clotrimazol EV		10 16
05 - Clotrimazol EV		
06 - Clotrimazol EV		14
07 - Clotrimazol SC		16
08 - Clotrimazol EV		9
09 - Clotrimazol EV		
<p>Prescrição de medicamentos de rotina</p> <p>Prescrição de Dexametasona</p> <p>Prescrição de Dipropiona 1% EV</p> <p>Prescrição de Clotrimazol EV</p> <p>Prescrição de Clotrimazol EV</p> <p>Prescrição de Clotrimazol EV</p> <p>Prescrição de Clotrimazol SC</p> <p>Prescrição de Clotrimazol EV</p> <p>Prescrição de Clotrimazol EV</p>		

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
 C. I. DE RIBEIRÃO

Paulo Marcelino S Jr
 Fono-Otorrinolaringologista
 CRM-MS 2217

Nome _____

Matrícula

--	--	--	--	--	--

Clínica _____

Enf. / leito _____

Data / Hora

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Dayse Carreiro
Téc Enfermagem
COREN - AC 702439

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

QUANTIDADE

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO
 CONFERE O ORIGINAL

Kelly da Silva Santos

07/11/14

- 11 - [illegible]
- 12 - [illegible] 12/12/14
- 13 - [illegible]
- 14 - [illegible]
- 15 - [illegible]
- 16 - [illegible]
- 17 - [illegible]
- 18 - [illegible]
- 19 - [illegible]
- 20 - [illegible]

13 - [illegible] com [illegible] [illegible]
 [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
 [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
 [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Paulo Marcelino S Jr
 CRM/AC 2217

NOME: _____ MATRÍCULA:

--	--	--	--	--	--

CLÍNICA: _____ Enf. / leito _____

Data / Hora

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

~~10/12/2018 paciente segue com quadro de hipertensão arterial sistólica, em nível de 160/90 mmHg, com TA = 160/90 mmHg, PA = 160/90 mmHg, FC = 82 bpm, FR = 19 rpm, SpO2 = 98% em ar ambiente. Paciente apresenta sinais de desidratação, com mucosas secas e turgor capilar diminuído. Não há febre, tosse ou sibilos. Paciente em uso de medicação anti-hipertensiva.~~

~~15/12/2018 paciente segue no mesmo quadro, com TA = 160/90 mmHg, PA = 160/90 mmHg, FC = 82 bpm, FR = 19 rpm, SpO2 = 98% em ar ambiente. Paciente apresenta sinais de desidratação, com mucosas secas e turgor capilar diminuído. Não há febre, tosse ou sibilos. Paciente em uso de medicação anti-hipertensiva.~~

08 Das 07:00 às 11:00 paciente evolui em repouso no leito, orientada, comunicativa, normotensa, afebril, realizado curativo com-
11 pressão no MID às 09:50, foi medicada conforme prescrição médica, portadora de AVP em MSD sem soroterapia em curso, segue sem queixas dos cuidados de enfermagem. PA 90x60mmHg, Tax 35.9°C, FR:19rpm, FC 82bpm.

Ac. Enf. Abigail / Enf. Luiz Kimm CPF 323.1530/10

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

QUANTIDADE

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Usuário: *primo*

Compatibilidades - Consultar

Cancelabilidade: AII (Proc. Principal) x OPM (Compatível)

Compatência:

Compatência: 02/2019-T

Procedimento:

Grupo:

Sub-Grupo:

Forma de Organização:

Código: 0408050551

Nome:

(Handwritten Signature)
Carla Ribeiro dos Santos
 Auditora Cirurgica
 FUNDAÇÃO
 17/02/19

(Handwritten mark)

AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030640 - ARRUELA LISA Documento de Publicação: Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 05/2019
AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030625 - FIO OLIVADO P/ FIXADOR EXTERNO Documento de Publicação: PORTARIA N° 225 de 19/09/08 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 8	Desde 03/2009
AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030633 - FIO TIPO STEPMAN ACQUODUCIO Documento de Publicação: OFICIO N° 04/16/12 - COGME Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 05/2011
AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030634 - FIBRADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR Documento de Publicação: Tipo: Compatível - Quantidade: 1	Desde 05/2011
AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030635 - FIBRADOR EXTERNO HIBRIDO Documento de Publicação: Tipo: Compatível - Quantidade: 1	Desde 05/2011
AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030643 - PARAFUSO CANALADO TORNA Documento de Publicação: Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 05/2011
AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030603 - PLACA DE SHANTZ Documento de Publicação: PORTARIA N° 225 de 19/09/08 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 8	Desde 06/2009
AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030628 - PLACA DE TUBULOS 1,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA N° 1050 de 19/03/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 8	Desde 11/2014
AII (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAVALTO FEMAL AII (Proc. Especial): 0702030626 - PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA N° 225 de 19/09/08 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade:	Desde 05/2011

(Handwritten)
 sendo em
HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIC BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

HL 79

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY DA SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost: 71

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2015321

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 01/11/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

mentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	97	mg/dL		
URE	22	mg/dL		
CRE	0.6	mg/dL		
Na	135	mmol/L		
K	4.1	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 01/11/2018

Data/Hora teste: 01/11/2018

Data/Hora impr.: 01/11/2018 19:51:32

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Paulo m.
HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

FICHA DE AVALIAÇÃO

Paciente: _____

Enfermeira: _____ Leito: _____

De: _____

Para: _____

Médico Solicitante - Carimbo e Assinatura

D. DA: _____

Paulo m.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERS COM O ORIGINAL

EXAME FÍSICO: _____

H. D.: _____

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

Médico Solicitante - Carimbo e Assinatura

PRESCRIÇÃO MÉDICA

A-17

MATRÍCULA

Data: _____

Sexo: M F

Nome: KELLY A SILVA

PRESCRIÇÃO PARA O DIA: 06/11/18

	INDICAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
01	ALTA LENTE		
02	5 RL 500 @ 8hs		07-08 14
03	DIPLOKONA 100 @ 4/40		07-08 09-10 14-15
04	CEFALOTINA 1g @ 6/6hs		07-08 10-11
05	PLAZIL 100 @ 8/8hs		07-08 14
06	CONTASOL 1000		08
07	5500 + 4000		
08	Imunoglobulina		
09	1x dia		
09	ULEXANE 400 (sc)		
06	Home após procedimento		

A 11/01/91 Fx de aborto
 V GESTANTE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
 CONFERE COM O ORIGINAL

[Handwritten signature]

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIC BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

RELATÓRIO
DE CIRURGIA

- 1. FUNDHACRE
- 4. DO IDOSO
- POLICLÍNICA TUCUMA
- 4. DA CRIANÇA
- C.I. DA MULHER
- H.M.M. MONTE
- CACON

MATRÍCULA

Clinica _____ Data Nasc: _____ Sexo M F

Enfermaria _____ Nome KELLY DA SILVA SANTOS

Leito _____

CIRURGIA ELETIVA Realizada em 06/11/18 Hora do Início: _____ Término: _____ Duração: _____

URGENCIA

Cirurgia de Pequeno porte Medio porte Grande porte

~~EQUIPE CIRURGICA~~

Região Responsável (a) ANTONIA ISSE

Equipe cirúrgica LEUDA = MARCONDES + ITAC

Assistente(s) Dr.(s) _____

Instrumentador(A) _____ Sala de cirurgia _____

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Histórico pré-operatório FRATURA DE PLANTAR DE DÍGITO

Histórico histopatológico DIREITO

Dados pré-operatórios ---

Cirurgia Realizada ESTRESSOTOMIA DE PLANTAR DE DÍGITO

Cirurgia curativa Doença residual microscópica Doença residual macroscópica Patologia benigna

Contaminação NAO HOUE Descrição das intercorrências _____

Exame Cirurgia limpa Potencialmente contaminada Contaminada Cirurgia limpa Sujeito

ENS	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA (via de acesso - achados - cirurgia realizada - material utilizado)
1	PUA EM DOIT SOB ANESTESIA + PROTEÇÃO
2	ASSISTIDA + ANESTESIA + ANÁLISE ESTERIL
3	TALISA MEDICAL INTERFERIA TORNADO USADO
4	TORNADO POR PLAVOP (A PROTEÇÃO)
5	USO LEVANTADOS DE FEMOR DO HÍPOTE

Handwritten notes: Med. ant. / Kuros



NOTA DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO
 UTI
 AMBULATÓRIO

Nº REGISTRO: 250745

DATA: 06/19/2019

CARTÃO SUS 700.5521.5797.3855

Nº DO LEITO: 12

SALA: 06

COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE Kelly da Silva Santos

PROCEDIMENTO REALIZADO Ex do plano de fíbula

femoral

TIPO DE ANESTESIA Sedação + traqueia + bloqueio

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada		<input type="checkbox"/>			un.	Aguilha Hipodérmica nº 40x32L		<input type="checkbox"/>		070x25
	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE Nº 26		1		
AMP	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
fr.	MARCAINA PESADA 0,5%		01			un.	Atadura de Crepe 20 cm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
amp.	DORMONID		1			un.	Atadura Gessada				
ml	LIDOCAINA 2% SN		1			un.	Compressa 10x40 gaze		500	500	
ml	Fentanil		1			un.	Compressa 45x60		<input type="checkbox"/>		
ml	LIDOCAINA 2% CV					un.	Dreno nº				
ml	Insul Fita Cardíaca		1			un.	Lâmina de Bisturi nº 23		1		
fr.	PROPORFOL					un.	EQUIPO		1		
tb.	Lidocaina Gel (Xylocaine)					Par.	Luvas de Borracha nº 6,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8,0L8,51
fr.	Tiopental (Thionembatal)					un.	CATETER INTRAVENOSO				
fr.	Suxametônio (Quelicin)					un.	Seringa 5ml		<input type="checkbox"/>		
fr.	Metoclopramida (Piasil)					un.	Seringa 10ml		<input type="checkbox"/>		
amp.	Neostigmina (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml		<input type="checkbox"/>		
amp.	RONCURONID					un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL					un.	Sonda Foley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL Nº 0L				
fr.	DECADRON					un.	FIO POLIESTER Nº				
fr.	Ketalar cefazolina 4mg					un.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Ocitecina-5u (Syntocinon) 2g					UN.	CATEGUTE SIMPLES Nº				
amp.	Metilergometrina (Metrergin) 1mg					UN.	MONONYLON Nº 3,0	<input type="checkbox"/>			
uti.	NAUSEDRON					UN.	ALGODÃO Nº				
un.	SERVOFUNANE					ML.	ÁLCOOL 76%				500 ml
un.	ISOFURANEO					ML.	SOLUÇÃO DEGERMANTE				300 ml
un.	SORO GLICOSADO					ML.	SOLUÇÃO ALCOOLICA				300 ml
un.	SORO RINGER 500 ml		<input type="checkbox"/>								05
un.	SORO FISIOLÓGICO 500 ml		<input type="checkbox"/>								1

CIRURGIÃO: André Bessit
 CIRURGIÃO: Equipe

CIRCULANTE: Dagmar
 INSTRUMENTADOR: Jessy

ANESTESISTA: Nagib
 ENFERMEIRO: Helmar

HORA ENTRADA SO

HORA SAÍDA SO

HORA INÍCIO ANESTESIA

HORA FINAL ANESTESIA



SISTEMA
FUNDHACRE

FICHA DE ANESTESIA

Unidade do Sistema				MATRÍCULA <input type="checkbox"/> 0512/415			
Data 21/11/2017	Enf. F	Leito 17	Data Nasc. 22/05/1987		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		
Idade 45	Cor -	Altura	Peso		Nome: ROY DA SILVA SOUZA		
Grupo Sang. -	PA -	Pulso -					
Temp. -	Resp. -	Hemácias 3.2	Leucóc. 8.400	HT 1.5	Hemog. 16.0		
Glicemia 1.2	Urela 0.2	Creat. 0.5	Ba. Dir. 0	Ind. 0	Tgo 0	Tgp 0	
Ap. Resp. -	Aasma 0.5		Bronquite -	Complicação -		M. Ves -	
Ap. Circ. Ecg -	Vas. 30mm				Alergia -		
Ap. Digestivo Dentes -			Pisocoq. 0.0		Reqa Dent. -		
Estado Mental -			Drogas em Uso -				
Aparelho Urinário -							
Diagnóstico Pré Op: ELIMINA TUBEROSAS TUMOR							
Anestesia Anteriores -			Aaa -		Risco -		
Medic. Pré-Anest. -			Hora -		Efeito -		
Hora: 14:30							
BASES	O ₂	[Handwritten waveform]					
	N ₂ O	[Handwritten waveform]					
VAGUAS	[Symbol]	[Handwritten waveform]					
	[Symbol]	[Handwritten waveform]					
CÓDIGO	260	[Handwritten waveform]					
	240	[Handwritten waveform]					
	220	[Handwritten waveform]					
	200	[Handwritten waveform]					
	180	[Handwritten waveform]					
	160	[Handwritten waveform]					
	140	[Handwritten waveform]					
	120	[Handwritten waveform]					
	100	[Handwritten waveform]					
	80	[Handwritten waveform]					
60	[Handwritten waveform]						
40	[Handwritten waveform]						
20	[Handwritten waveform]						

Simbólos

DROGAS ADMINISTRADAS	
1	[Handwritten]
2	[Handwritten]
3	[Handwritten]
4	[Handwritten]
5	[Handwritten]
6	[Handwritten]
7	[Handwritten]
8	[Handwritten]
9	[Handwritten]
10	[Handwritten]
11	[Handwritten]
12	[Handwritten]
13	[Handwritten]
14	[Handwritten]
15	[Handwritten]

TECNICA: [Handwritten]

QUIRURGI: [Handwritten]

QUIRURGIOS: [Handwritten]

MONITORAÇÃO: [Handwritten]

OBS: [Handwritten]

Assinatura: [Handwritten]

ANESTESIOLOGIA

Ponto 7
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIG BRANCO
 CONFERE COM O ORIGINAL.



Briga e Briga Importação e Exportação Ltda

CINCO AV. 1011
 PLACA 1854-01
 AL. BRANCO - R
 MUNICÍPIO BRANCO

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Série 1
 Estado 1

1

Nº 8138

SERIE 1

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCAL

Chave de acesso de NF-e
 1218 1283 8071 9000 0106 5530 1000 0581 3810 0039 6551

Consulte de autenticidade no portal nacional de NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site de Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO: **Venda de Mercadorias**

NUMERO DO REGISTRO DE ATIVIDADE DE ICMS: 312180007817005

DATA DE EMISSÃO: 08/12/2016 11:26:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 2101804000128

VALOR ESTIMADO DO SUBST. TRIBUTADO: R\$ 200,00

CFOP: 5102

DESTINATÁRIO/REMETENTE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0404452800143

DATA DE EMISSÃO: 08/12/2016

ENDEREÇO: GETULIO VARGAS, 1468

BARRIO: BOSQUE

CNPJ: 08909 650

MUNICÍPIO: RIO BRANCO

CEP: 68302800

UF: AC

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 08909 650

DATA DE EMISSÃO: 08/12/2016

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 08909 650

DATA DE EMISSÃO: 08/12/2016

NATURA

PRODUTO: 33010019

CÁLCULO DO IMPONTO

VALOR DE VENDA	00	VALOR DE ICMS SUBSTITUÍDO	00	VALOR DE ICMS DEVEDOR	00	VALOR TOTAL DAS VENDAS	200,00
VALOR DE ICMS	00	VALOR DE ICMS DEVEDOR	00	VALOR DE ICMS DEVEDOR	00	VALOR DE ICMS DEVEDOR	200,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

MODALIDADE: 3

PLACA DO VEÍCULO: SP

REGISTRO DE VEÍCULO: SP

QUANTIDADE: 00

VALOR: 00

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	UNID.	CFOP	UNID.	ICMS	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	ICMS DEVEDOR	ICMS SUBSTITUÍDO	ICMS DEVEDOR	ICMS SUBSTITUÍDO	ICMS DEVEDOR	ICMS SUBSTITUÍDO
1	PLACA 1854-01 1 1854-01 18 1854-01 18 1854-01 18	801132	540	540	UR	1,00	200,00	200,00	00	00	00	00	00

CÁLCULO DO ISENT

VALOR DE ICMS DEVEDOR: 00

VALOR DE ICMS SUBSTITUÍDO: 00

DADOS ADICIONAIS

INSCRIÇÃO DE CONTRIBUÍVEL

RESERVA DO FISCAL

Atento e Substituto de Paulo m
 e/ou Serviço, conforme legislação em
 vigor.

Em 10/12/16

Paulo m
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

João Mesquita de Melo
 Diretora Administrativa/HUERB
 DECRETO 4620/16

RE: 306838
 SUS: 700507157973855-UT 17

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 2. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 3. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 4. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 5. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 6. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 7. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 8. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 9. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 10. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 11. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 12. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 13. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 14. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 15. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 16. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 17. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 18. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 19. UNIDADE DE SAÚDE (US) / 20. UNIDADE DE SAÚDE (US)

1. NOME DO PACIENTE: Kelly de Silva Santos
 2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HC
 3. NOME DO PACIENTE: Kelly de Silva Santos
 4. DATA DO NASCIMENTO: 02/03/1987
 5. SEXO: F
 6. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 7. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 8. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 9. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 10. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 11. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 12. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 13. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 14. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 15. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 16. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 17. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 18. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 19. Nº DO REQUISIÇÃO: 13
 20. Nº DO REQUISIÇÃO: 13

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 Paciente vítima de acidente de trânsito - Apresenta dor e edema em joelho direito
 Material: Bax - bloques de 4.5 Placa L ou T de 8 furo

1. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: Acidente de trânsito em Antena Ise no dia 06/11/18
 2. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: Deve Internar 05/11/18
 3. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: Rx / Exames

1. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: Fratura Plavato fibil (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO: ortossintese

1. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: Dr. Antonio Ise
 2. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: 05/11/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
 1. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRÁNSITO
 2. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 3. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 4. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 5. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 6. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 7. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 8. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 9. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 10. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 11. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 12. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 13. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 14. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 15. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 16. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 17. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 18. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 19. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO
 20. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: ACIDENTE DE TRABALHO

AUTORIZAÇÃO
 1. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 2. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 3. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 4. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 5. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 6. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 7. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 8. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 9. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 10. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 11. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 12. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 13. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 14. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 15. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 16. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 17. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 18. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 19. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 20. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO

1. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 2. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 3. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 4. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 5. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 6. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 7. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 8. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 9. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 10. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 11. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 12. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 13. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 14. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 15. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 16. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 17. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 18. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 19. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO
 20. MOTIVO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: AUTORIZAÇÃO

Dr. Sonávia G. Ortalmoglia
 CRM - AC 365

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
 CONFERE COM O ORIGINAL



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Usuário: público

Compatibilidades - Consultar

Compatibilidade: AIH (Proc. Principal) x OPM (Compatível)

Campus/Unidade

Competência: 02/2019 *

Procedimento

Título

Sub-Grupo

Forma de Organização

Código: 0408050551

Nome

Arquivo
Banco de Dados
Auditoria de Sistema
FUNDACEX
04/02/19

AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTAR TIBIAL AIH (Proc. Especial): 070203070 - PLACA EM L 4.0 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA n° 1059 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Data: 11/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTAR TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702031003 - PLACA EM T 4.5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA n° 1059 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Data: 11/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTAR TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702031054 - PLACA PONTE 3.8 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA n° 1059 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Data: 11/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTAR TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702031059 - PLACA SEMITRUSULADA 3.8 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA n° 1059 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Data: 01/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTAR TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702031248 - FIO DE KIRSCHNER Documento de Publicação: PORTARIA n° 1065 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Data: 11/2014



Paulo m.
HOSPITAL DAS CLINICAS DE NIO BRANCO
CONEXÃO 4 ORIGINAL

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Usuário: galfico

Procedimento

Procedimento: 04.08.05.055-1 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Grupo: 05 - Procedimentos Cirurgicos
 Sub-Grupo: 02 - Cirurgia em sala de cirurgia
 Forma de Organização: 05 - Manuseio cirurgico

Competência: 02/2019 Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Hospitalar
 Complexidade: Média Complexidade
 Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência: 3
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima: 2
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 Anos
 Pontos: 250
 Atributos Complementares: Inclui valor de presença de Equipe Cirurgica

[Assinatura]
 Carla Simão dos Santos
 Auditoria Cirurgica
 FUNDHACRE
 04/02/19

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 252,04
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 145,07
		Total Hospitalar:	R\$ 397,11

Descrição	CID	ICD	Letra	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Quant	Grupo	Serviço Classificação	Redes (Mód)
				CID Principal					CID Secundário	
				5821	Fratura do calcâneo (devido a queda)					
				5822	Fratura múltipla da perna					
				5823	Fratura de outros pontos da perna					
				5829	Fratura da perna, parte não especificada					

Paula M.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIG BRANCO
 CONFIRA COM O ORIGINAL.



RECEITUÁRIO

PACIENTE Landa

Kelly da Silva Santos Souza paciente do
Trânsito Roda 8/10/18 apresentou
fratura de planalto tibial fratura sendo
submetida a evacuação ortopédica para
osteossíntese com placa em T e parafusos
quadruplos com escariz cirúrgica de 15cm
na face medial do pé @, comunitário
Voluntário do @, terapêutica condicional
Hidro, levantamento no ar de um simétrico
por @ e marcha claudicante.
paciente é portador de sequelas
de fratura no M10 e de outras
médicas:

DATA 4.7.19

João Silvestro C. de Souza
Ortopedista
CRM 133 - AC

ASSINATURA DO MÉDICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 32234608

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190323183

Nome do(a) Examinado(a): KELLY DA SILVA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Dorval Camilo, 1854 - Rio Branco/AC
- CEP 69905-859

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 420129 - SEJUSP AC

Data e Local do Acidente : 08/10/2018

Data e Local do Exame : 18/07/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA
COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Diagnostico: Fratura de planalto tibial direito

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: cirurgico para redução e osteossintese com placa em T e parafusos, e fisioterapia.

Alta: Junho de 2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico: MID: cicatriz cirurgica de 15 cm na face medial do joelho, aumento de volume do joelho, hipotrofia do quadriceps, limitação na flexao do joelho a 100 graus e na extensão do joelho a 10 graus e redução da força muscular do membro.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Funcional: limitação funcional do joelho direito conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

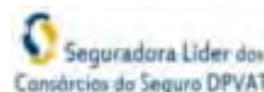
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Jose Luis Silverio Cabanillas
José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KELLY DA SILVA SANTOS : 938.363.682-34

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: 14/05/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

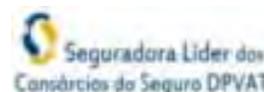
KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
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-0161597/19

Número do Sinistro: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 04/06/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
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-0161597/19

Número do Sinistro: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 10/07/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERICIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 32903 231 33

Vítima: Kelly da Silva Santos

Natureza : INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 1687,50 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 39387 59 23

Kelly da Silva Santos

Rio Branco/AC de Julho de 2019.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: : Fratura de planalto tibial direito

Descrição do exame físico: Exame físico: MID: cicatriz cirúrgica de 15 cm na face medial do joelho, aumento de volume do joelho, hipotrofia do quadriceps, limitação na flexão do joelho a 100 graus e na extensão do joelho a 10 graus e redução da força muscular do membr

Resultados terapêuticos: cirúrgico para redução e osteossíntese com placa em T e parafusos, e fisioterapia.
Alta: Junho de 2019

Sequelas permanentes: Funcional: limitação funcional do joelho direito conforme descrito no exame físico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/07/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: NAO HOUVE AGRAVAMENTO DO QUADRO CLINICO CONDUTA MANTIDA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONSTA PAGAMENTO NESTE SINISTRO NO VALOR DE R\$ 1.687,50. MODERADA DO JOELHO DIREITO. @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Número do Sinistro: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 04/06/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA