
Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065083

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROMARILSON CUNHA FEITOSA

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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065083

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/07/2019, emitido pelo Dr. FRANCISLEI L FREITAS CRM nº 751 - AC, da Instituição HOSPITAL DAS CLINICAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027763/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 09:13 Data/Hora Fim: 07/02/2020 09:14
Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Divisão Especializada de Investigação Criminal
Data/Hora do Fato: 22/12/2018 01:24

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Bairro: Bosque
Logradouro: RUA DELFIM NETO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1501: CONFLITOS DIVERSOS - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROMARILSON CUNHA FEITOSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 05/10/1982 Idade: 37 anos
Naturalidade: AC - Rio Branco Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Luiza Cunha Feitosa

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA PANTANAL Nº: 231
Bairro: ROSA LINDA
Telefone: (68) 98416-2610 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Não Identificado/Sem Idade:

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 444.144.802-30	Placa NXR1322
Renavam 00526399970	Número do Motor KC16E7D010177
Número do Chassi 9C2KC1670DR010177	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor BRANCA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido



Delegado de Polícia Civil: Odilon Vinhadelli Neto
Impresso por: Valcir do Nascimento Correia
Data de Impressão: 07/02/2020 09:14
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 027763/2019-A02

Última Atualização Denatran 24/07/2013	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Romarlson Cunha Feitosa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O noticiante veio comunicar que estava trafegando na rua Delfim Neto no Bairro do Bosque, conduzindo o veículo relacionado nesta ocorrência, quando de repente escutou um barulho vindo a cair no solo desacordado, quando acordou estava caído na pista e sendo atendido pelo SAMU. Sendo socorrido e encaminhado para UPA do 2º distrito, posteriormente encaminhado para o Pronto Socorro. Disse que fraturou a clavícula e outras escoriações pelo corpo, tudo conforme documentos que seguem em anexo.

ASSINATURAS


Valcir do Nascimento Correia
Agente de Polícia
Matrícula 92258112
Responsável pelo Atendimento


Romarlson Cunha Feitosa
(Conariconta / Vítima)

*Declaro que os dados fornecidos são verdadeiros e corretos, sob pena de responder pelas consequências legais, e de que estou ciente de que a falsificação de documentos é crime previsto no artigo 304 do Código Penal Brasileiro e 340 do Código de Processo Penal Brasileiro.


Odilon Vinhadelli Neto
Delegado de Polícia Civil

Odilon Vinhadelli Neto
Delegado de Polícia
Matrícula 9290895

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Para contato com a
Eletrobras informe
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0420876-5

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.063.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.054.141/001-48
Nº da Fatura / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal

005246508

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO EM kWh	VALOR A PAGAR
JULHO/2019	19/08/2019	481	423,67

ELIANA SANTOS DE SOUZA FEITOSA
R. PANTANAL 585 ROSA LINDA
CPF: 00075196611215
CEP: 69.909-026 - RIO BRANCO

ROT: 19.001.19.21.002080

DADOS DA FATURA		DADOS DA FATURA	
Ativo	4530	Ativo	27/07/2019
Anterior	4049	Anterior	27/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próximo Leitura	26/08/2019
Consumo Medido	481	Entrega	27/07/2019
Consumo Faturado	481	Arrecação	30
Forma de Faturamento	NORMAL	Código de Irregularidade	

Classe/Seção	Unidade	Número Utilizador	Posto	Código Fato	Méio 12 meses
RESIDENCIAL	BI	BIF17216045		1.1.1.2	449

RESUMO DO CONSUMO		RESUMO DO CONSUMO	
Mês/ano consumo		CONSUMO	481 A R\$ 0,823446 = 396,07
JUN/19	515	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	17,63
MAI/19	442	FINANCIAMENTO PADRAO 9/36	9,97
ABR/19	424	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	6,43
MAR/19	415		
FEV/19	488		
JAN/19	490		
DEZ/18	467		
NOV/18	497		
OUT/18	311		
SET/18	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 481 - 0,811162			

Mes/Ano
06/2019

Valor R\$
460,45

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/08/2019, em função das contas rejeitadas neste faturamento. O não pagamento poderá acarretar, sem prejuízo da inclusão do nome do consumidor na dívida ativa, a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

RESERVADO AO FISCO A6BE.A8A0.E765.83C5.C86C.AA85.4185.C28A

DEMONSTRAÇÃO DA FATURA		DEMONSTRAÇÃO DA FATURA	
Distribuição	114,70	Base de Cálculo	396,07
Energia	136,05	Alíquota ICMS	25,00%
Tratamento	3,46	Valor do ICMS	99,01
Encargos	39,77	Valor do PIS	0,14%
Tributos	102,09	Valor do COFINS	0,64%

DÍGITO		DÍGITO	
Mensal	11,72	Trimestral	23,44
Anual	46,89	Mensal	5,54
Trimestral	11,09	Anual	22,18
Mensal	6,05	Mensal	0,00
Trimestral	0,00	Anual	0,00

Código: TAQUARI

Período de
agregação

05/2019

164,13

ROT: 19.001.19.21.002080



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.063.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.054.141/001-48

SEU CÓDIGO
0420876-5

TOTAL A PAGAR - R\$
423,67

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
19/08/2019

Nº da Nota Fiscal

005246508

FCAN

No. DO BE: 2603120 DATA: 22/12/2018 HORA: 03:24 USUARIO: ERICO
CNS: 705805462606239 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ROMARILSON CUNHA FEITOSA DOC...: CART.SUS
IDADE.....: 36 ANOS NASC: 05/10/1982 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA PANTANAL NUMERO: 231
COMPLEMENTO....: BAIRRO: ROSA LINDA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
NOME PAI/MAE...: /MARIA LUZIA CUNHA FEITOSA
RESPONSAVEL...: ESPOSA - ELIANA SANTOS TEL....: 99963-0706
PROCEDENCIA...: UPA-VIA VERDE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente veio em busca de atendimento relatando que sofreu queda de moto, evoluindo com dor em região de clavícula (D) e região de dor no polegar em região de clavícula (D).

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

CP: ① Indicação p/ tratamento
cirúrgico para resolver a intercorrência
② Analgesia c. geral



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

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Dr. Robson de Souza
PRM Traumatologia e Ortopedia
CRM 1903

paciente relata queda da moto e com
relato de HTD sem dificuldade respiratória

Avaliado pelo ortopedico por fratura
de clavícula (D) e fratura em 8.

Não tem dificuldade respiratória

Hemodinamicamente estável, respirando
espontaneamente

Torax doloroso a palpacao lado (D).

Abdomen flácido.

30 15 pontos.

Solicitação TC torax

TC torax sem alterações ósseas

Avaliação de

Neurologia

Tramuntina

Wilson Tenistockes Crispie Junior
Residência Cirurgia Geral
CRM-AC 1265

As 05:15h paciente lucido, orientado, deambulando
encaminhado a obs. do trauma p/ aguardar
avaliação de Neuro ———— Téc. Shelly.

em tempo: PA: 129 x 75 mmHg, SPO2: 100%, FC: 78 bpm

22
12
10) Exames feitos reafirmado em ar ambiente
reafirmado de HTD e de lucidez.

• Sem conduta cirúrgica no momento
• Dipirona 500mg (D) 09:30
• Alta C.G.

Dr. Max Miranda
Cirurgião Geral
CRM-AC 1816

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

HUERB

Assessoria de Saúde Bucal

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

IDADE

36

PACIENTE

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

LEITO

M02

VOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
1. VICIJA DIREITA 2. FERRE DOR EM RAGIAO DIREITA 3. E NEUROLOGICO 4. S 5. CIRURGICO 6. R FRANCISLEI	1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS Rotina <i>[Signature]</i> Dra. Patrícia Almeida FARMACIA e Toxicologia CRM/AC 1970	CONFORME ORIGINAL CÓPIA SAME / HUERB	23/12/18 às 11:30hs piti lueido e orientada, dormir no peio do PA: 140x80 mm TE: Conhecido 23/12/18 às 18:15 piti lueido e orientada, refundido de forçativa, amitar dieta. PA: 140x80 mm TE: Conhecido 24/12/18 às 11:30hs piti lueido e orientada, refundido de forçativa, amitar dieta. PA: 140x80 mm TE: Conhecido <i>[Signature]</i> Clarice da Silva Cardoso Téc. de Enfermagem COREN: 388787

Done

A' vol. Facili' alto
hospitalo, lucido, ou,
intado, Ouveniente,

acompanhada

Carlos Roberto de Almeida Silva
Enfermeiro
COREN - AC 395.715

SAME / HUERS

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



HOSPITAL SANTA JULIANA

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

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36

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



FICHA DE INTERNAÇÃO

Prontuário: **166854** - 2

Entrada: 14/01/2019

Hora: 1530

Apto/Leito: 110 D

Paciente:

ROMARISON CUNHA FEITOSA

Reg. Geral: 402468

Orgão Emissor: SSP

AC

Data Expedição:

CPF: 75143461200

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 705805462606239

Sexo: F

Dt. Nasc.: 05/10/1982

Est. Civil: CASADO(A)

Natur.: RIO BRANCO

AC

Idade: 36 Anos

Conjuge:

Nacionalidade.: BRASIL

End.: RUA PANTANAL

Nro: 231

Bairro.: RESIND ROSA LINDA

CEP: 69900970

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Fone: 68

Cel.: 999630706

Fone Contato: 68 999638286

Local de Trabalho:

Profissão:

PAI:

MAE: MARIA LUIZA CUNHA FEITOSA

Ap.: ROMARISON CUNHA FEITOSA

End.: RUA PANTANAL

Nro.: 231

Cidade: Rio Branco

UF: AC

Fone Res.: -

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

30843979291
0302050035
02.

Médico (a): FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

Observação: AIH EM ANEXO SOLICITAÇÃO NUMERO 271259198 COPIA EM ANEXO

Atendente: Savio Silva do Nascimento

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de ROMARISON CUNHA FEITOSA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 14 de janeiro de 2019

Romarison Cunha Feitosa
ROMARISON CUNHA FEITOSA

AVISO

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 14 de janeiro de 2019

Romarison Cunha Feitosa
ROMARISON CUNHA FEITOSA

RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO

14/01/19 À 15:50 Admitido na clínica cirúrgica, vindo de sua residência, deambulando, lucido, orientado, eupneico, normo-corado, sem queixas no momento, SSUV: PA: 120 x 80 mmHg, FC: 72 bpm, SpO₂: 98%, TAX: 35,9%, nega alergia medicamentosa, HAS, DM, Ureque acompanhado, aguardando o cirurgião.

Vanessa Cristina Santos

Enfermeira

CRP 061.461.36387

Em 15/01/2019 À 12:49h Paciente deu entrada na sala 5 veio deambulando, em 100%, portando AUP com H.O, sob os cuidados do dr. parisieli e equipe. Realizada anamnese oral venosa À 12:55h pela anestesista dr. roxane com: -
Nup ajudando. Paciente monitorizado, com SpO₂ 99%, FC 80 bpm, PA 129 x 80 mmHg. À 13:00h Para plantão p/ TC Smf: Elizete. paciente estável

Maria Lyanete

Téc. de enfermagem

COREN AC 070008

À 13:00 h recebi o plantão com pcte em sala, anestesiada, estável. À 13:30 h início do procedimento cirúrgico. À 13:45 h (pcte) disse término do procedimento cirúrgico. À 13:53 h extubado pela Dra. Rosana. À 14:05 h pcte encaminhada em maca para RPA. SpO₂ = 98%, FC = 56 bpm, PA = 114 x 68 mmHg.

Elizete dos Santos Solon
Téc. de enfermagem
COREN AC 018.521

	FORMULÁRIO CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO		
	FO.CME.HSJ. Nº02	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA 		NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL <i>Pequenos fragmentos</i>		

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL		

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL		

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL		

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL		

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL		

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL		

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL		



FORMULÁRIO
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

FO.CME.HSJ. Nº02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 1 de 2

DADOS DO PACIENTE

NOME

Deimarison Cunha Fritosa

DATA NASCIMENTO

05/10/1982

IDADE

36

SEXO

Masc.

NOME DA MÃE

Mãe Luiza Cunha Fritosa

APARTAMENTO

130 D

CONVÊNIO

Sub

EQUIPE CIRÚRGICA

CRURIA

T.C. prof. Cláudia D.

INSTRUMENTADOR

Rosemilda

CRURIAO

Francisley

PERFUSIONISTA

1º AUXILIAR

Carlos / contruira

ENFERMEIRO

Marcio / Rosiane

ANESTESISTA

Pabiana

CIRCULANTE

Elizete

DATA

15/01/19

SALA

05

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA

02.01.19 02
Data de Processamento
Data de validade
23.01.19 01
No. do Controlador
12
BROWSE



CARGA/MATERIAL

Ortopedia cx

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

ETIQUETA

07.01.19 02
Data de Processamento
Data de validade
07.02.19 01
No. do Controlador
26
BROWSE



CARGA/MATERIAL

pacote avulso

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

ETIQUETA

13.01.19 02
Data de Processamento
Data de validade
13.02.19 02
No. do Controlador
16
BROWSE



CARGA/MATERIAL

Ortopedia

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

ETIQUETA

15.01.19 02
Data de Processamento
Data de validade
15.02.19 02
No. do Controlador
02
BROWSE



CARGA/MATERIAL

Ferramentas

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

ETIQUETA

11.01.19 01
Data de Processamento
Data de validade
11.02.19 05
No. do Controlador
17
BROWSE



CARGA/MATERIAL

Ortopedia

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

Pag. 1

PACIENTE: 166854 - 2

ROMARISON CUNHA FEITOSA

LEITO: 110 D

DATA: 15/01/2019

HORA: 07:55

NRO PRESCRIÇÃO: 237205

NRO REQ. FARM: 1374335

PRESCRIÇÃO MÉDICA		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		
02	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	8 X 6
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	8 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	1	EV	8 X 6
03	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% INJ EV C/100 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8
05	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8
06	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	FA	1	EV	8 X 6
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 6
07	CURATIVO	UN	1		

08. Cefepim 25mg VO o goro 18:00
Dra. Cassia Hassem
Medica
CRM/AC-19799
19:30 Queixo-10 de mal-estar taquicardio.
CD = Atenolol 25mg VO 19:30

Francisley L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC-751

AS 18:00 pte e prescrite PA 160x500 mmHg
Dra. Cassia Hassem
Medica
CRM/AC-19799

EVOLUÇÃO

POS de artrose e clavicula

Francisley L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC-751

11/2 16/01/19
Francisley L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC-751

15/01/19 às 15:50 m Retorno do C.C. em man. u.
leito, lucido, orientado, eupneico, sem queixa
no momento, portando A/P em MSE com HU em
CURSO, SSUU: PA: 140x80 mm Hg, FC: 81bpm, SPO₂: 98,
TAX: 37,4°C, medicada cpm, segue acompanhada
do, orientado aos cuidados P.O. Vanessa Cristina Santos
Enfermeira
COREN-AC 483367

15/04/19 15:50 às 19:00 h, evolui calma; eupneico;
afetado; comunicativo, orientado; portadora de sonda nasogástrica
em MSE medicada c.p.m.; dietas dietas especiais, 1^o
meio leito em repouso; PA: 140x80 mm Hg, TAX: 37,2°C,
SPO₂% = 98, FC = 81 b.p.m., T.E.C. Jovani Corra RE 644-9

15-08-19. De 19:00h às 2:00h, Evolui calma, eupneico, afeto
de nível alerta, sem pulso, comutador, ataxia, man. u.
rudo, vomitosa, foi medicada conforme prescrição médica.
A/P em MSE. F.F. alerta, segue em repouso no leito com
unidades de suporte de emergência. SSUU. PA: 140x80
mm Hg. TAX: 36,8°C SPO₂: 97%. F.C. 90 b.p.m. T.E.C.
Evolui calma em 02 504 502

16/01/19 Recebeu alta hospitalar, saiu de enfermaria de rotina acompanhada
do de familiar + tei. enfermagem, entregues cartão de alta + exames que
trouxeram. Recebeu alta hospitalar

16-01-19. Realizado curativo em região claviclar D. -
utilizado 01 par de luva 7/5, 02 pacotes de gaze,
soro de SF 0,9% 15ml de álcool 70%, 15cm de mi-
crofio. Apresentando pouca dor, sangramento.
Tei. Enf. Gamauz 1073237



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

HOSPITAL SANTA JULIANA

Fone: 0xx68-3212-4700 / fax: 0xx68-3224-9129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *Romilson Cunha Feitosa*
 N° Apt.: *330-D*
 Data: *15-03-19*
 Cirurgia: *frat clavícula D*
 Início: *13:30*
 Término: *13:45*

Pontuação Final:
 Cirurgião: *Francisco*
 Enfermeiro (o): *marcelo / Rose*
 Anestesista: *Rosana*
 Tipo de Anestesia: *geral*

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

Total

9

10

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

* Horário de liberação.

* Assinatura do Enfermeiro

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

Rosana Freire
 Enfermeira
 COREN-PA 334.787

Relatório de Enfermagem da RPA
(Recuperação Pós Anestésico)

Em 15.01.19 às 11:10 paciente deu entrada SRPA após procedimentos cirúrgicos, extubado, acordado, comunicativo, suspenso, normoconsciente. portando AVE M5E em bom fluxo, sendo monitorado por oximetria de pulso. SpO_2 99%. FC 107 bpm PA 134x97 mmHg. Às 14:25 hs permanece SRPA SpO_2 98% FC: 100 bpm PA 160x85 mmHg. Às 14:40h segue SRPA SpO_2 99%. FC 97 bpm PA 149x78 mmHg. Às 14:55 segue extubado SRPA SpO_2 99%. FC 102 bpm PA 141x85 mmHg. Às 15:10h segue SRPA SpO_2 98%. FC 97 bpm PA 149x83 mmHg. 15:05 paciente muito alta de cama desmontando as lutas em massa.

Dr. Andréia Magalhães C. Lima
CÓDIGO 971.291

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

digitado e impresso em: 13/12/2018 às 08:06:42

STRO ☐ PACIENTE

Barbara C. Feres

IDADE ☐

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANISMO DE TRAUMA:

sem traumas

DO TRAUMA:

①

OGRAFIAS:

E FÍSICO:

OSTICO:

JTA NA EMERGENCIA:

*Edisio G. P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AC: 5000*

*1. DIETA VIA ORAL LIVRE 5ND
2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML IV 12/12 H
3. DIFERONA 1G IV 8/8 H 16 22 24 500 500
4. TRAMADOL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 H S/N 505
5. METOCLOPRAMIDA 10MG IV DILUIDO 8/8 H S/N 505
6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO 24 RUTINA
7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 8/8 H*

15:00 hte admitido na ccb p/ fratura de clavícula, sem dando exames laboratoriais. Inf. Cláudio Costa

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

TERNO DO ESTADO DE ACRE
ETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO BRANCO
NEUROCIRURGIA



E: Romaxilson Ferreira IDADE: 36 SETOR: Obst ENF: 15

INDICAÇÃO NEUROCIRURGIA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
221218 E. Ferreira 15 anos seguir obrigado da médica - cirurgias torácica	1. Dieta LIVRE 3x/dia 2. SF 0,9% 1500ml EV 500 500 500 500 3. Tilaal 20mg EV 12/12h 18,06 3,00 4. Dipirona 1g EV 6/6h 10,16 2,00 5. Omeprazol 40mg di EV 1x/dia cedo. 6. Tramadol 100mg + SG a 5% 100ml EV 8/8h em 40° S/N 7. Plasil 2ml di EV 8/8hs SOS 8. SSVV 6/6hs 9 - etofolotina 1g EV 6/6h 18,24 06 10 - M. oxetoredo	18,06 3,00 10,16 2,00 18,24 06	10hs realizado banho da enfermeira, troca de lençóis, PA = 120x80mmHg 13:25 Paciente encaminhado PA CCB. ASESAR

Dr. C. Vieira
Neurocirurgia
11.67

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CHES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				3 - CHES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CHES	
Identificação do Paciente				5 - N° DO PRONTUÁRIO	
1 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
1 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				2 - UNIDADE DE REGISTRO	
3 - NOME DA MÃE				4 - SEXO	
5 - NOME DO RESPONSÁVEL				6 - DATA DO NASCIMENTO	
7 - ENDEREÇO URBANO, N°				8 - ENDEREÇO RURAL	
9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				10 - UF	
11 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				12 - CID 10	
13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				14 - CID 10	
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				16 - CID 10	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				18 - CID 10	
19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				20 - CID 10	
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				22 - CID 10	
23 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				24 - CID 10	
25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				26 - CID 10	
27 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				28 - CID 10	
29 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				30 - CID 10	
31 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				32 - CID 10	
33 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				34 - CID 10	
35 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				36 - CID 10	
37 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				38 - CID 10	
39 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				40 - CID 10	
41 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				42 - CID 10	
43 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				44 - CID 10	
45 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				46 - CID 10	
47 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				48 - CID 10	
49 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				50 - CID 10	
51 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				52 - CID 10	
53 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				54 - CID 10	
55 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				56 - CID 10	
57 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				58 - CID 10	
59 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				60 - CID 10	
61 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				62 - CID 10	
63 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				64 - CID 10	
65 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				66 - CID 10	
67 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				68 - CID 10	
69 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				70 - CID 10	
71 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				72 - CID 10	
73 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				74 - CID 10	
75 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				76 - CID 10	
77 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				78 - CID 10	
79 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				80 - CID 10	
81 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				82 - CID 10	
83 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				84 - CID 10	
85 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				86 - CID 10	
87 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				88 - CID 10	
89 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				90 - CID 10	
91 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				92 - CID 10	
93 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				94 - CID 10	
95 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				96 - CID 10	
97 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				98 - CID 10	
99 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				100 - CID 10	

Dr. P. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC: 369

SAÚDE / NÚMERO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: ROMARILSON CUNHA FEITOSA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.016990
Num. do BE: 02603120

Idade.: 36A
Requis.: 23/12/2018

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):... 4,92 mm3
Hemoglobina:..... 15,20 g/dL
Hematocrito:..... 44,00 %
VCM:..... 90,30 fL
HCM:..... 30,90 pg
CHCM:..... 34,20 g/dL

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

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:..... 12.700 /mm3
Basofilos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm3
Eosinofilos:..... 2 %
Valor Absoluto:..... 254 mm3
Mielocitos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm3
Metamielocitos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 %
Bastoes:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm3
Segmentados:..... 70 %
Valor Absoluto:..... 8.890 mm3
Linfocitos:..... 24 %
Valor Absoluto:..... 3.048 mm3
Monocitos:..... 4 %
Valor Absoluto:..... 508 mm3
Blastos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm3
Observacao:.....

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

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 1 MINUTO E 30 SEGUNDOS.
Tempo de Coagulacao:..... 7 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:.... 205.000 /mm3

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

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 23/12/18 as 09:35 Coleta: 23/12/18 as 08:57-1a. Via Impressa: 23/12/18

Elisana S. Ferreira Saraiva
Biotécnica
CRBM 778/PA

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ROMARILSON C. FEITOSA

ID paciente:

ID amost:

5

Data nascimento:

Idade:

0 Ano

Cód barra: 2016990

Tipo de amostra:

Soro

Sexo: Masc

Data da coleta:

23/12/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	97	mg/dL		60 - 100
URE	34	mg/dL		10 - 50
CRE	0.8	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 23/12/2018

Data/Hora teste: 23/12/2018

Data/Hora impr.: 23/12/2018 09:33:35

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Katlen C. S. Jansen
Farmacêutica/Bioquímica
CRF - AC/089

23/12/2018 09:33:35

esta amostra

Página 1 de 1

SAIME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

23/12/2018 09:33:35

Página 1 de 1

PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: ROMARILSON CUNHA FEITOSA. (EME)
Requisicao: 18.PC.2.016990
Num. do BE: 02603120

Idade...: 36A
Requis.: 23/12/2018

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

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA

Amostra: Plasma

Metodologia:.....	Quick		
Tempo de Protrombina:....	13,10	Segundo	VALOR NORMAL 13,0
Atividade Protrombina:...	98,60	%	VR: 100 %
INR:.....	1,01		

Liberado por: LIGIA MENDES DE SOUZA-CRF AC 229 23/12/18 as 09:35 Coleta: 23/12/18 as 08:57-1a. Via Impressa: 23/12/18

Ligia
Mendes de Souza
CRF - 229/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Doz OMBRO (D)

História da Doença Atual: de trânsito Doz ombro direito

História da Doença Anterior: NDN

Exame Físico: DESCrito

Diagnóstico Provisório: fratura clavícula

Diagnóstico Definitivo: O AFSMO

Motivo da Cobrança: /

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

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



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 - Rio Branco - AC

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

3779

REQUERIMENTO

Eu, Romarlson Cunha Feitosa

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

Venho REQUERER:

- ☒ Prontuário de atendimento neste Hospital,
- ☐ Relatório da cirurgia realizada,
- ☐ Exames que eventualmente estejam em seu poder,
- ☐ 2ª Via da Carteira de Vacina
- ☐ Declaração para Planejamento Familiar,
- ☐ Outros:

Obs. _____

Prontuário: 166854 Médico: Dr. Francislei

Entrada: 14 / 01 / 19 Saída: 16 / 01 / 19

Convênio: SUS Telefone: () 99963-8286

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) INSS

Nome do Paciente: O mesmo

Parentesco com Paciente: _____

Romarlson Cunha Feitosa
Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 03 / 05 / 19 Hora: 9h

605

Sistema Ministerial
União de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNE

4 - CNE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO TITULARIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705305462606239

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. BGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Des lumbos
franco

Material
435

08/01/19

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Emergência a síndrome parestésica em FRANCISCO
no H85. Deve Internar 04/10/19

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIA

26 - CAUSAS ASSOCIADAS

P2 claudic

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASS. NATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - CNAS DA EMPRESA

42 - CEGOP

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - EMPREGADO

45 - EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

47 - DESEMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

50 - COD. UNICÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - DOCUMENTO

54 - Nº DOCUMENTO (CNS, CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ:00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, nº806 - Bosque - 69.901-380- Rio Branco- Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax:3224-9129

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque - CEP: 69.900-631

Rio Branco-AC - Tel.: (68) 3212-4700 - Fax: (68) 3224-9129

RELATÓRIO DE CIRURGIAS

NOME:

Francisco Cunha Teixeira

PRONTUÁRIO:

IDADE:

SEXO:

PESO:

DATA: *15/01/2009*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura do crânio direita

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

100%

CIRURGIAS REALIZADAS:

Tratamento cirúrgico fratura do crânio

FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO:

☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

TIPO DE CIRURGIA

ANESTESISTA

Orç. Gen. 1

Gen. 1

EQUIPE CIRÚRGICA:

CIRURGIÃO: *Francisco*

1º AUXILIAR: *L. G. MARTINS*

2º AUXILIAR: *Carla Jr.*

ANESTESISTA: _____

CIRCULANTE: _____

Hora Início: _____

Horá Término: _____

Duração: _____

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

[Assinatura]

Pomarkton Cmo 54

EVOUÇÃO

OPARIO

166854

11015

PRESCRIÇÃO

Rx Brief clonido

DATA DO TRAUMA

22/12/18

15/01/19

1. DIETA EFETIVA ACOS DO 00

2. SF 0.5%, 1000 ml IV 24h

3. DIPIRONA 1G EV DIA LIDO 6h/6h

4. TRAMAL 100mg + 100ml SF 0.9% EV 30h 5h

5. PLASST 100mg EV 30h 5h 28h 5h

6. EVOLUÇÃO DO CASO

7. SINAIS VITAIS

DATA DA INSERÇÃO

14-10-11-18

MEDICO RESPONSÁVEL

PRN CISHRE

HOSPITAL

HS J

Cx Brônica

DR Italo Maia Vieira
PRM Ortopedia Traumatologia
CRM / AC 15000

14/01/19 Sufixio 01
Bacacta n° 18, 01 mult
vira, 01 equipo. Evol.
Vomitos 48 5367-
R

14/01/19 1000 19.00 hs 07.00 hs.
Paciente lucida, orientada, eupn-
ica, apnéia, normotensa, comen-
tativo, acúten dista operada
postendo AVE em MSE, foi re-
visado c.p.m., punção porção
gros punção. SSV. PA: 120 x 70
mmHg, SP02 97%, FC: 93 bpm. Tce. g
vicia 375799 —



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário: 166 854-2 Convênio: SUB Data: 15/01/19 Apt/Leito: 110 D Sala: 05

Paciente: Demétrio Cunha Fritosa Circulante: B. 211

Cirurgia: Frit. clavicula D. Cirurg.: Francisco Aux.: Carlos + Carteira Instrum.: Sobemido

Anestesiata: R. B. B. Tipo Anestesia: G. B. Hora Entrada S. O.: 12:49 Hora Saída S. O.: 12:55 13:10 13:45

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant.	Taxas	Quant.
ABOCATH nº		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 40 x 12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	500ml
AGULHA RAQUI nº		ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm 15	1	ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm		ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm		ÁLCOOL A 70%		BIST. MONOPOLAR	500ml
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNOGRAFO	500ml
RETA		ATROPINA 1 ml	1	CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	500ml
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGÊNIO	500ml
COMPRESSA 2x2	1	DOLANTINA		OXÍMETRO	500ml
COTTONOIDE		DORMONID		R.P.A	500ml
DRENO PENROSE nº		EFEORINA		RAIO - X	
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	500ml
ELETRODOS nº	1	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL 5 ml	1		
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG		TUBAIM	1
FIO NYLON nº 3-0	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO 500ml	30 ml		
FIO VICRIL nº 2-0	1	KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE 2x2	1	MANITOL			
UTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
RACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº 2-4	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO nº		NAUSEDON	1		
LUVA ESTÉRIL nº 7, 5	1	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%			
LUVA PROCEDIMENTO nº 5	1	OCITOCINA			
MALHA TUBULAR	1 ml	OXACILINA 500MG			
METILCELOULOSE		PAVULON			
MICROPORE 30 x 4,5	600ml	PLASIL			
POVIDINE-DEGERMANTE cloro	80 ml	PROPOFOL 30 ml	1		
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE 5 ml	1		
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	1	ROCEFIM			
SERINGA 20 ML	1	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA	1	SORO FISIOLÓGICO 500 ML	1	P/ lavagem	
SONDA ASPIRAÇÃO nº 20	1	SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº 7-5	1	THIOPENTAL 1GR			
Luva 8-0	1	TILATIL	1		
Luva 8-0	1	XILOCAINA 2% CV			
Luva 8-0	1	XILOCAINA 2% SV	30 ml		
Luva 8-0	1	XILOCAINA GEL			
Luva 8-0	1	Ropivacaina 20ml	1		
Luva 8-0	1	cibazolna 1g	1		
Luva 8-0	1	cibazolna 10ml	1		
Luva 8-0	1	Morfin 10mg	1		



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
00.529.443/0003-36

Emissão 15/01/2019
Horário 07:27
Página 1

PRONTUÁRIO: 166854 - 2

PACIENTE: ROMARISON CUNHA FEITOSA

DATA: 15/01/2019

LEITO: 110 D

☒ LÚCIDO E ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ DELIRIUM/CAM-ICU	☐ COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	☐ SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº _____ ☐ TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☒

AUSCULTA PULMONAR: _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

☒ M() T() N() COOPERANTE	☐ M() T() N() NÃO COOPERANTE
---	--

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M() T() N() TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M() T() N() ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 M() T() N() TÉCNICAS DESOBRUTIVAS	21 M() T() N() FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M() T() N() EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M() T() N() CRIOTERAPIA
04 M() T() N() VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M() T() N() ELETROTHERAPIA
05 M() T() N() DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M() T() N() AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M() T() N() VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M() T() N() ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M() T() N() INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M() T() N() MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M() T() N() MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M() T() N() CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M() T() N() DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL	30 M() T() N() VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M() T() N() ORTOSTATISMO	31 M() T() N() HUFF
13 M() T() N() TREINO DE MACHA	32 M() T() N() ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M() T() N() SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M() T() N() TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M() T() N() SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M() T() N() MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M() T() N() POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M() T() N() PEAK FLOW
17 M() T() N() DEAMBULAÇÃO	36 M() T() N() THRESHOLD
18 M() T() N() SEDESTAÇÃO	37 M() T() N() ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 M() T() N() ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA

Jessica Duarte
Fisioterapeuta
CREFITO-0261271
10:48
Leandro Souza

[Handwritten signature]



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
00.529.443/0003-36

Emissão 16/01/2019
Horário 07:31
Página 1

PRONTUÁRIO: 166854 - 2

PACIENTE: ROMARISON CUNHA FEITOSA

DATA: 16/01/2019

LEITO: 110 D

() LÚCIDO E ORIENTADO	() DESORIENTADO	() SONOLENTO
() DELIRIUM/CAM-ICU	() COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	() SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: () SEM O2 () COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: () TOT Nº _____ () TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM () NÃO ()

AUSCULTA PULMONAR: _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: () EUPNEIA () TAQUIPNEIA () DISPNEIA () BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

M() T() N() COOPERANTE	M() T() N() NÃO COOPERANTE
---------------------------	-------------------------------

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M() T() N() TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M() T() N() ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 M() T() N() TÉCNICAS DESOBRUTIVAS	21 M() T() N() FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M() T() N() EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M() T() N() CRIOTERAPIA
04 M() T() N() VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M() T() N() ELETROTHERAPIA
05 M() T() N() DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M() T() N() AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M() T() N() VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M() T() N() ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M() T() N() INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M() T() N() MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M() T() N() MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M() T() N() CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M() T() N() DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL	30 M() T() N() VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M() T() N() ORTOSTATISMO	31 M() T() N() HUFF
13 M() T() N() TREINO DE MACHA	32 M() T() N() ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M() T() N() SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M() T() N() TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M() T() N() SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M() T() N() MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M() T() N() POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M() T() N() PEAK FLOW
17 M() T() N() DEAMBULAÇÃO	36 M() T() N() THRESHOLD
18 M() T() N() SEDESTAÇÃO	37 M() T() N() ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 M() T() N() ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

Dr. Neli Verçosa
Fisioterapeuta
CREFITO 9257598-F
16.01.19
10.00

[Handwritten signature]



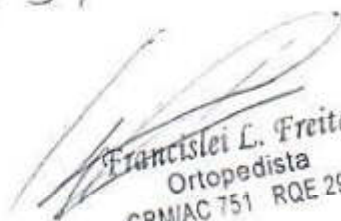
RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Laudo: AO DDUT

O Sr. supracitado sofreu
Fratura de crúrcia a direita via
22/10/2018. Adotado tratamento
cirúrgico. Paciente obteve boa
evolução com consolidação óssea
sem limitação funcional

Cl: 542


Francislei L. Freitas
Ortopedista
CRM/AC 751 RQE 294

Rio Branco - Ac. 22/03/2019

CARIMBO e ASSINATURA

Endereço: Rua 10 de Novembro, 100 - Centro - Rio Branco - AC - CEP: 68.000-000
Telefone: (68) 3200-1000 - Fax: (68) 3200-1001
E-mail: contato@hospitalclinica.com.br



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Peracilson Cunha Feitosa</i>			Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO MASC. () FEM. ()
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>		CID 10
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fra. do colo cervical</i>		CID 10 PRINCIPAL	
OBSERVAÇÕES <i>Non PM</i>			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO <i>24/05/19</i>	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO) <i>Francislei L. Freitas</i> Ortopedista CRM/AC 751 RQE 294
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

Declaração

Declaro para o senhor Lm
que o paciente Romairson Cunha
Fritore realizou fisioterapia na
instituição do período de 03/06/19 até
01/julho de 2019.

Declaro que o paciente está de
alta da fisioterapia com melhora
da amplitude de movimento e força
muscular.

Att,



João Sampaio L. A.
Prof. Sup. de Fisio
017227 F

01/07/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1108017873

PRIMEIRO PLASTIFICAS
1108017873

NOME
ROMARILSON CUNHA FEITOSA

DOC. IDENTIDADE / CNH / RMNOR / UF
402468 SEP AC

CPF
751.434.612-00

DATA NASCIMENTO
05/10/1963

FUNÇÃO
NARIA LUIZA CUNHA
FEITOSA

PROFISSÃO
ACD
COT. INE
AD

Nº REGISTRO
03380231700

VALIDADE
22/11/2020

VALIDAÇÃO
16/09/2004

ASSINATURAS

Romario Cunha Feitos
ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
24/11/2015

5559088341
AC406542929

DETRAN - AC (ACRE)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014398444170
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RENTR.C. Exercício
01 00526399970 2019

NOME
JUNAS VIEIRA DE SOUSA

AC

OFF / CNPJ PLACA
444.144.802-30 NXR1322

PLACA ANT / UF CHASSI
NXR1322 AC 9C2KC1670DR010177

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAU APLIC ALCU/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HUNDA/LB 150 FAN ESI 2013 2013

COR PREDOMINANTE
BRANCA

CAP / POT / CIL CATEGORIA
2P/0149CC/ ALUGUEL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
1* 1PAGO* 1* *****

PARCELAMENTO / COTAS
2* *****

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$0.32 R\$84.58 12/03/2019

OBSERVAÇÕES
SEN RESERVA DE DUPLICAÇÃO * BEN. TRIBUTARIO

VEIC. MUD. COR PRETA * BRANCA *

DATA
13/03/2019

LOCAL
RIO BRANCO - AC

CONTRN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014398444170 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 13/03/2019

VIA OFF / CNPJ PLACA
01 444.144.802-30 NXR1322

RENAVAM MARCA / MODELO
00526399970 HUNDA/LB 150 FAN ESI

ANO FAB. OUTIME Nº CHASSI
2013 9 9C2KC1670DR010177

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) COTA ÚNICA (R\$)
R\$36.05 R\$4.01

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$4.15 R\$0.32

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE COTAÇÃO
R\$84.58 12/03/2019

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053008/20

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

CPF: 751.434.612-00

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROMARILSON CUNHA FEITOSA : 751.434.612-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: ROMARILSON CUNHA FEITOSA
CPF: 751.434.612-00

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065083 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22,24) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PAG 27

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053008/20

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

CPF: 751.434.612-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROMARILSON CUNHA FEITOSA : 751.434.612-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: ROMARILSON CUNHA FEITOSA
CPF: 751.434.612-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065083 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22,24) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PAG 27

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