



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07088612920208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	04/02/2021 08:25:40

Partes

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

Documentos

Petição:	2783145_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-27.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 28-42.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-22.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 23-39.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 40-42.pdf

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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005916

Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ARAUJO GOMES

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

Carta nº 15329520

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200005916 Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 26/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ARAUJO GOMES

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

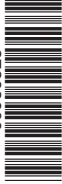
Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------	--

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

Pag. 01645/01646 - carta_03 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005916

Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ARAUJO GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: ANTONIO ARAUJO GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003424

Conta: 000006115-3

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200005916 **Cidade:** Bujari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P3
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). P16, 65 ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.
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

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

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

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

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

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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ 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

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º 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)





ESTADO DO ACRE SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DE BUJARI
ENDEREÇO: RUA JOSÉ PEREIRA GURGEL, N.º 201, CENTRO - CEP 69.926-000 - BUJARI - AC
TELEFONE: (68) 3231-1154 - E-MAIL: dpbiu.sepc@gmail.com

fls. 81

OCORRÊNCIA OFF LINE N.º 353/2019 DGPBJ- AC - Registrado em 20 de dezembro de 2019

FATO COMUNICADO
SEGURO DPVAT

Data dos fatos: 10/11/2019

LOCAL: Bujari-Ac

Município:

Estado: Acre

Tp de Local: Residência

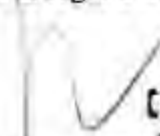
Referência: RAMAL ESPINHARA KM 24, BUJARI-AC.

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA

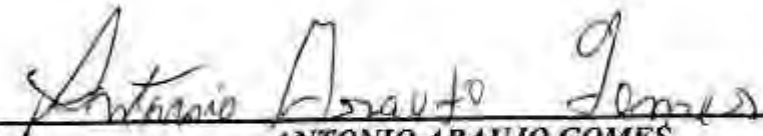
ANTONIO ARAUJO GOMES (58); RG: 109391 SSP/AC ; CPF: 183.044.002-00
PREJUDICADO; Data de nascimento: 13/06/1961; Filiação: ANTONIO QUIRINO GOMES E
MARIA EUNICE GOMES, End: BR 364, KM 54, RAMAL DO ESPINHARA 2, BUJARI-
AC; Fone: (68) 9-99728389.

HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia Geral de Polícia Civil, para registrar os seguintes fatos: Que na data acima elencada, sofreu um acidente em sua motocicleta no ramal acima descrito, porém foi socorrido por duas pessoas, Plínio, o qual trabalha no posto de saúde de Bujari bem como a sua esposa. Em decorrência do acidente, o comunicante sofreu uma fratura na perna, e após 50 dias de recuperação, vem a esta delegacia registrar o feito a fim de reclamar pela via legal o seu direito ao SEGURO DPVAT.


Carlos Flávio Portela Richard
Delegado de Polícia Civil
Delegado de Polícia


Clermon Anderson Moura Nogueira
Agente de Polícia Civil


ANTONIO ARAUJO GOMES
Comunicante



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DO BUJARI - BUJARI - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002761/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2020 09:19 Data/Hora Fim: 22/01/2020 09:37
 Origem: Polícia Judiciária Data: 22/01/2020
 Delegado de Polícia: Ricardo Castelo Rodrigues Casas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Geral de Polícia Civil do Bujari

Data/Hora do Fato: 26/10/2019 08:30

Local do Fato

Município: Bujari (AC)
 Bairro: Zona rural
 Logradouro: ramal espinhara km 24

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO ARAUJO GOMES (COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:
Naturalidade: AC - Feijó	Profissão: Aposentado
Nome da Mãe: Maria Eunice Gomes	

Endereço

Município: Bujari - AC
 Logradouro: ramal do espinhara km 02
 Bairro: zona rural
 Telefone: (68) 99972-8369 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: honda cg 125 titan ks	Placa: mzo-4004
Renavam: 00802008586	Número do Chassi: 9c2jc30103r183315
Ano/Modelo Fabricação: 2003/2003	Cor: verde
UF Veículo: Acre	Marca/Modelo: honda titan cg. 125 ks
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Araujo Gomes	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia Geral de Polícia Civil, para registrar os seguintes fatos: Que na data acima elencada sofreu um acidente em sua motocicleta no ramal acima descrito, porém foi socorrido por duas pessoas, Plínio, o qual trabalha no posto de saúde de Bujari bem como a sua esposa. Em decorrência do acidente, o comunicante sofreu uma



Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas
 Impresso por: Ivan Luiz da Silva Mendonça
 Data de Impressão: 22/01/2020 09:39
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DO BUJARI - BUJARI - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002761/2020

fratura na perna esquerda e após 50 dias de recuperação vem a esta delegacia registrar o feito a fim de reclamar pela via legal o seu direito ao SEGURO DPVAT; QUE esta Notícia crime substitui a Ocorrência nº 353/2019 DGPBJ-AC de 20/12/2019.

ASSINATURAS

Ivan Luiz da Silva Mendonça

Agente de Polícia
 Matrícula 9119116

Responsável pelo Atendimento

Deixarei por de pronto nos se direito que sou o(a) principal responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que sou isento, conforme previsto nos Artigos 235-Delusãoção Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Antonio Araujo Gomes

Antonio Araujo Gomes

(Comunicante)

Ricardo Castelo R. Casas

Corregedor Geral da Polícia Civil

Ricardo Castelo Rodrigues Casas

Delegado de Polícia

Matrícula 932527-1



Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas
 Impresso por: Ivan Luiz da Silva Mendonça
 Data de Impressão: 22/01/2020 09:39
 Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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

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

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

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

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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ 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

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, Acre, 27 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

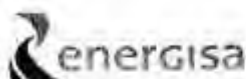
CLIENTE: ANTONIO ARAUJO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03424

CONTA: 000000006115-3

Nr. da Autenticação C66F6788C02A2718



Para contato
com a Energisa,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0212745-8

Endereço: Rua 10, 430 de 20 de abril de 2002
Rua: Rua 10, 430 de 20 de abril de 2002
Cidade: São Paulo - SP
CEP: 04000-000

006199614

4 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
para 2019, 430 de 20 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	02/12/2019	30	16,74

ANTONIO ARAUJO GOMES
RM - ESPINHADA (RURAL) 23101 BR 304 RM 24 BUJARI (RURAL)
CPF: 00018304400200
CER: 00.026.000 - BUJARI

CONSUMO (kWh)	DATA DA LEITURA
6178	07/11/2019
6178	08/10/2019
Consumo de medição, kWh	06/12/2019
Consumo faturado	05/11/2019
Consumo médio	23/11/2019

Tarifa de Consumo: MINIMO Código de Regularidade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Endereço	Logradouro	Número	CEP	Código Fiel
RURAL	MONO	7115283	4.1.2.1	21

HISTÓRICO LEB		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Valor R\$	Consumo	Valor R\$
OUT/19	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	13,74
SET/19	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,34
AGO/19	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,29
JUL/19	0		
JUN/19	0		
MAI/19	0		
ABR/19	30		
MAR/19	62		
FEV/19	64		
JAN/19	66		

MENSAGENS IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO

Mês/Ano - Valor R\$ 10/2019 17,82
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/12/2019, em função das contas vencidas nesta fatura. O recibo pagamento poderá ser cancelado a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda que a inclusão do nome do consumidor na SERASA não terá efeito no valor de R\$ 17,82, valor histórico. Caso tenha optado por pagamento favor desconsiderar este aviso.

RESERVISTA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTERNET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/ 01/2020 OU NA OM MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVAÇÃO FISCO 34FB.71D0.FCSD.664E.098C.E91E.A3EA.69C3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	4,95	Base de Cálculo	
Energia	6,40	Imposto de Renda	
Consumo médio	0,14	Valor de R\$	
Consumo	3,71	Imposto de Renda	0,72%
Consumo	0,54	Imposto de Renda	3,32%

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIE				FIE			
Mês	Trimestre	Anual	Mês	Trimestre	Anual	Mês	Mês
Outubro	32,92		7,00			14,59	
Setembro	13,43	20,86	58,73	6,98	13,46	27,72	6,72
TANGARA				09/2019 7,79			
RST 23.403.73 03.2017/00 SE0 - 00009							

224B

1041

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2679472 DATA: 26/10/2019 HORA: 12:32 USUARIO: KHERLLY
CNS: 705407473169094 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO ARAUJO GOMES DOC...: RG 109391
IDADE.....: 58 ANOS NASC: 13/06/1961 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: BR 364 KM 52 RAMAL ESPINHARA KM 24 NUMERO:
COMPLEMENTO..... BAIRRO:
MUNICIPIO.....: BUJARI UF: AC CEP....: -
L. ME PAI/MAE...: ANTONIO QUIRINO GOMES /MARIA EUNICE GOMES
RESPONSAVEL....: BEATRIZ - SOBRINHA TEL....: 999967756
PROCEDENCIA....: RODOVIA - BR 364
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[148X90 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[63] SPO2[98]

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ACIDENTE TRAFEGANDO VELOZ "ALTO LANCIA COLUNA", SEM CONTATO SEM PAINEL
MTE IMOBILIZADO. QUEDA DO MTE, LEBRA TCE, LEBRA LATERAL CONSCIENTE

(A) LAD, OLHOS NORMAIS (2) MTE TRAT STUA (C) DOR 27 NASCIS, ABD FLETO 27 NASCIS
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

MACIA ESTIVA E FLETO (D) 015 PM 57 NASCIS (E) E TAMA TRATADO E D.
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: D9 L9 7142MM

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) DIPIRONA 1g + TRATIZ 20g + AD (EV) > 12:40'
(2) SOL. DE TROMBA, MTE
Jejum + ao 4 horas

DATA 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. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

12:32' o pte vindo do município do Bujari
em maca, eupneico, lúcido, orientado,
com relato de queda de moto. TE marca 197

NOME DO PACIENTE	15:00h. Realizado na OBS. do T. Trauma					IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	orientado, comunicativo. Refere alergia em MIE. Segue em dieta zero aguardando procedimento cirúrgico pela Ortopedia					COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA						GABRIELA SILVA CORENAC 433.211 Enfermeira	
DISCRIMINADOR						Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%
	ESCALA DE DOR					Pulso:	bpm
	 () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 1-4 () 0					Glicemia:	mg/dL
					Glasgow: Alterado ()		Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos					☐ DESISTÊNCIA ☐ EVASÃO Assinatura:	
RECLASSIFICAÇÃO							

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às _____:

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFERIR ORIGINAL

Mungô que 3/10/19 13:40

Paciente portador de asma
Rx toxa + start.

Recebeu 1ª dose de insulina

EF MIPHA 500mg Adrenalina 1mg

Dr. Thales Raimon F. Chassagnon
Cirurgião Geral
CRM 23204

Adm. - alta do corpo geral
- Anal. ortopédico

Às 13:30h. encaminhado à ortop. de massa, acordado
pressão e eletrocardiograma. Ex. fclares 388.213 COREN-AC.
Fio am. paciente encaminhado ao CC para provel
vento. Te. Ex. para o momento



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ANTONIO ARAUJO GOMES	58	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #X PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EE: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISTADOR: DR ANTONIO ISSF	1. DIETA LIVRE SND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 36 36 36 36 3. DÍPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 36 36 36 36 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HSN 36 36 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERIAS ✓ 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIÁRIO ✓ 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 36 36 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA ✓ 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 36 <i>Dr. Antônio Augusto da Silva</i> <i>CMCB - 1810119</i>	SAME / HUERRA CONFIRMAR / HUERRA	PAS. O 500ML AS 15:00 HRS. Pac. Leve Tontura Bando de AS/RESAS TACOADO FENOTEC DE CARMO + VITAS FETIO. Cada. TUO. + MEDICINAS CLIN LIO 1200 DOE DE 01/08/19. 205604.

Facetopia

Fisioterapia

No momento não
pode fazer transferência
de peso. Põe a mão no leito
e/ou no motor.
Quintana

SADME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES IDADE 58 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LETO 224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM ADELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA SOLICITO LABORATORIO VISITADOR: DR RAFAEL	1. DIETA LIVRE <i>24/7</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10/10/20</i> 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>10/10/20</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>10/10/20</i> 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10/10/20</i> 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <i>10/10/20</i>	SALVE / MUELB CONF. ORIGINAL	<i>por observação e exames laboratoriais foram realizados exames de urina + testes de urina de urina + testes de urina</i> <i>com não restou dor de urina</i> <i>Willem 205604</i> <i>27/11/2019</i> <i>S. 300 - 1000 - 1000</i> <i>10/10/2019</i> <i>10/10/2019</i>

F. Araujo Gomes

Fisioterapia

nas realizadas
Quirino P.
Ferreira

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

224

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

It is important to know
how to use the
various types
of materials we have
to choose from.

Trachypoda

Fisioterapia

Conduta individual
para a conduta física
no momento de inter-
pretação da mobilidade
forçada.

Diogo

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES IDADE 58 CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LETO 224

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR: DR FRANCISLEI	1. DIETA LIVRE <i>SVD</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10 22</i> 3. DÍPIROMA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>(10) (6) (12) (07)</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>(10) (22) NY</i> 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS <i>✓</i> 8. SINAIS VITAIS <i>✓</i> 9. CURATIVO DIÁRIO <i>✓</i> 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10 22</i> 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA <i>✓</i> 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <i>10 22</i>	SANITIZANDO CONFIRMADO	Pac Trauou banho de aspersão com auxílio + Troca de roupa de roupa de 10:00h, Pac não sofreu queixas, aceita dieta oferecida por nós, fruidor de 24/11/19. 3. Paciente continua apresentando pressão. Handwritten signature and stamp of the nursing team.

Trisioterapia

trino tropio
Pte stovo no luto-
sl guixas.
Ad montida

Dr.ª **Quilina R. Silva**
Crefito 74292. F
Fisioterapeuta

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRMAR ORIGINAL



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

fls. 97

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES IDADE 58 CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERCUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE. SNB 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 10:00 3. DIFIRONA 1 GR EV 8/8 HR 14:00 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS 18:00 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 22:00 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 16	SAÚDE / HUEB CONFIDENTIAL	Dos 04 os 19h o paciente encontra-se em repouso no leito, com dor leve no joelho, sem sinais de infecção, com boa hidratação, sem náuseas e vômitos, com boa ingestão alimentar. Evolui satisfatoriamente. 986.

Expediente
Procedimento Rodolfo

Barbosa Lima
19/12/2021

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFIRMADA ORIGINAL



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 17:00 SALA 03 DATA 26/10/19
 NOME DO PACIENTE Antônio Araújo Gomes ID 586022
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA ☒ LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 17:30 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO Exatador externo MJE
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 17:30 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 17:50
 CIRURGIÃO João AUXILIAR(ES) mauricio
 ANESTESISTA Alcides Danilo INSTRUMENTADOR Eliza
 CIRCULANTE Andréia ENF Quemede

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 5un	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 30ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 27-5un	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA 6un
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES + 30 un
L IRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 20cm - 1	GORRO 7un
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 2un
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 2un
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5 2un
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 06un
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 21-1
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 7un
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 20un	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 80ml
PAVULON	ELETRODOS 5un	POVIDINE TINTURA 80ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE 14un
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SÉRINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO m + 050 - 1un	SÉRINGA DE 3 ML 1un
SORO RINGER LACTATO	FRALDA 1un	SÉRINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SÉRINGA DE 10 ML 1un
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SÉRINGA DE 20 ML 2un
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 17:20	HORÁRIO: 17:50	HORÁRIO:
PA: 124 x 78 mmHg	PA: 128 x 74 mmHg	PA:
FC: 96 bpm	FC: 85 bpm	FC:
SPO2: 96%	SPO2: 97%	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: 825695 Código: F08 2 209
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
 SARTORI - LINEFIX FEMUR T
 350 - ESTERIL
 Val: 08/08/2019 Val: 08/2024
 Registro Anvisa Nº 80083458031
 Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Lda Guilherme Sartori & Cia Lda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE Departamento de Assistência Médico Hospitalar Unidade: <u>MUSP</u>		RELATORIO DE CIRÚRGIA	
NOME DO PACIENTE: <u>ARILDO MARCO BOMES</u>			
IDADE: <u>58 anos</u>		OBSERVAÇÃO:	
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura do antebraço (bim) SCHÄTZER VI</u>			
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Redução da fratura e colocação de fixador intramedular em joelho esquerdo</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O mesmo</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>A mesma</u>			DATA: <u>26/10/19</u>
CIRURGIÃO: <u>ISSSE EULER</u>		1º AUXILIAR: <u>In. Marlene</u>	
2º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR (A)	
ANESTESISTA: <u>In. Argo Gusso</u>		ANESTESIA: <u>Intubação</u>	
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			
<u>1) Fixação em PM 5x8 Aranzaz</u>			

- ② Assunto ① Antissepsia ① Lavagem ① mas
cacha?
- ③ Lavagem de fôlego ③ Gargalo massagem
bom ③ com 2 litros de suco no
fome ③ 2 em 15 dias para interações
de Bactérias e interações.
- ④ Comore Natação ④ 1 hora 0h.
- ⑤ Probióticos / Interações
- ⑥ A Entenima e / Análise Clínica
João e Serrano.

26/10/19

18:00

SABADO

SABADO / NUNCA
COP
CONFIRMAR



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Transtorno de ansiedade (E)

História da Doença Atual:

*Período de 10 dias anteriores
ao nascimento da criança* (E)

História da Doença Anterior:

Ansiedade

Exame Físico:

Boa

Diagnóstico Provisório:

Transtorno de ansiedade (E)

Diagnóstico Definitivo:

SCHIZOFRENIA

Motivo da Cobrança:

12

- 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

- 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/PERMANÊNCIA
- RECEM-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/PERMANÊNCIA
- RECEM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECEM-NASCIDO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

_____, abaixo assinado, declara que responsabiliza pela internação do paciente _____

_____, dando plena autorização aos _____ médicos desde 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 complementação do diagnóstico.

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

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Assinatura do responsável

Nº do RG: _____

TERMO DE ALTA PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____ internado na Seção _____ Quarto _____ desde hospital, sem alta médica isento o Corpo Clínico e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar, assumindo inteira responsabilidade. Assino.

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Responsável: _____

Nº do RG: _____

Testemunha: 1 _____

2 _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido às disposições do Regulamento Interno desde Hospital, tomo conhecimento de minha ALTA HOSPITALAR.

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Responsável: _____

Nº do RG: _____

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 101170
 Numero do CNS.....: 705407473169094
 Nome.....: ANTONIO ARAUJO GOMES
 Documento.....: RG 109391 Tipo :
 Data de Nascimento: 13/06/1961 Idade: 58 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: ANTONIO QUIRINO GOMES
 Nome da Mae.....: MARIA EUNICE GOMES
 Endereco.....: BR 364 KM 52 RAMAL ESPINHARA KM 24
 Bairro.....: Cep.: 00000-000
 Telefone.....: 999967756
 Municipio.....: 1200138 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

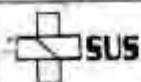
DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2679472
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0166
 Data da Internacao: 26/10/2019
 Hora da Internacao: 13:00
 Medico Solicitante: 082.300.187-31 - MARCUS CANAL BRAGA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUEB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - N° DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ/EMPRESA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNAE EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

Unidade: 107

NOME: Roberto Roberto

IDADE: 56

REGISTRO:

ENFERMARIA: CEB

LEITO: 224

SAME / MIERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
1. 100mg de 8/8h		7h-5h	a pressão extrema de tendem
2. 100mg de 8/8h		7h-5h	de 15.0 (E) se capnuri
3. 100mg de 8/8h		7h-5h	tesis, após procedimentos com
4. 100mg de 8/8h		7h-5h	minimando a CEB, acordando de
5. 100mg de 8/8h		7h-5h	de amêntis, no em mvc. -
6. 100mg de 8/8h		7h-5h	PR 135 x 75 mm Hg FCS 54
7. 100mg de 8/8h		7h-5h	SIG 92% 1º Unidade Grupos de Oliniv
8. 100mg de 8/8h		7h-5h	Terapia Intensiva
9. 100mg de 8/8h		7h-5h	COENAD 05/05/2021
10. 100mg de 8/8h		7h-5h	DE CC - 05/05/2021
11. 100mg de 8/8h		7h-5h	na CEB, apresente
12. 100mg de 8/8h		7h-5h	suceptíveis, anota
13. 100mg de 8/8h		7h-5h	relatório, por
14. 100mg de 8/8h		7h-5h	te do do
15. 100mg de 8/8h		7h-5h	aviso

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 04/02/2021 às 08:25, sob o número WEB121700053523

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
21 às 08:25, sob o número WEB121700053523

69

2

2010-11-10 10:10:10

CLEANLINESS 40VMS SC 1/2 DIA

CONFORME ORIGINALE

[illegible]

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES IDADE 58 CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 26/01/19

1. DIETA LIVRE SND

2. SF 2.9% 500ML EV CADA 12H/2 PRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO E/6H

4. TRAMAL 100MG - 100ML SF 0.9% EV E/6H SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H H SN

6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA

7. CLOMIDIO 50MG EV 1X/DIA

8. SINUS VITAIS

9. LACTA 100ML/DIA

10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X/DIA

11. CLEXANE 60MG SC 1X/DIA

Dr. Welington de Souza
PRM - Clínica de Farmacologia
CRM - AC 2258

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Das 10 as 13:00h, ref. 1
Segue Bolus ministrado
de 100mg de 100mg + medicação
de 100mg de 100mg + medicação
de 100mg de 100mg + medicação
de 100mg de 100mg + medicação

RESULTS

ANDTAÇÕES DE ENFERMAGEM

* DIETA LIVRE SMD

2 SF 3.9% 500MG. EVGADA 12:12 HRS

4. TRAMAL 100MG - 120ML SF0,9% EV 6/6 H SN

6. TILATIL ZOMAS EV ZAVDA 18-7
7. LUDABOS GEMAS Action

8. DIFENIL VITAMIN *Defuna*
9. EUNAFINOL DIFENIL *Def*

3 CEFTRIAXONA 1 G IV 2X DIA *W*
4 CEFLEXONE 400MG SC 1X DIA *W*

03-11-16072286

SAME / HUEBO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Das ist od. da ja od. ! Duuht. Un-
quuo, cernuneeatoo bolaeen at oo
duuon do Bern duetd oho loda, juu
loda oo atuo derau, meo quu
X oo mooneuo, juu juuuee juu
juuuee juuuee, juu juu juu juu
juu juu juuuee da juu juu juu

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 26/03/19

#EX PLANALTO TIBIAL E SVI
FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR
EM JOELHO E NO MOMENTO

EM JEREGISSAO - NEUROLÓGICO DO
MEMBROS INFERIORES

1. DIETA LIVRE *5449*
2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12H2 HRS *10/26*
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO EM H2O *10/26*
4. TRAMAL 100MG - 100ML SF 0.9% EV 8H H SN *10/26*
5. PLASIL 3MG EV DILUIDO EM H2O *10/26*
6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA *10/26*
7. CUIDADOS GERAIS *10/26*
8. SINAIS VITAIS *10/26*
9. CUIDADO DIÁRIO *10/26*
10. CEFTRIAXONA 1GR IV 2X/DIA *10/26*
11. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA *10/26*

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

- 04:00 - Abente 1016
- 08:00 - alpine, comu-
- 10:00 - mactivo, 10/26
- 12:00 - 10/26
- 14:00 - 10/26
- 16:00 - 10/26
- 18:00 - 10/26
- 20:00 - 10/26
- 22:00 - 10/26

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 04/02/2021 às 08:25, sob o número WEB121700053523. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708861-29.2020.8.01.0001 e código 2846531.

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IBADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

224

LEITO

INDEX

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

6.10.19Z ID

TABLE 1

SMD

#FIX PLANALTO TRIAL E SVI
-FIXADOR TRANSARTICULAR

2 SF 2.0% 550ML EV CADA 12/12 HRS

NO 22
NO 46 25

04

PACIENTE COM GUEIXA DE LEVE DOR
EM JOELHO FIM MOMENTO

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H 5X

5

EP - PEDIATRIA - NEUROLOGICO DO

2016-07-27

7.

3

1

4

1

—

1

1

N

1

1

11

12

12

1

1

[illegible]

COMPLETION/AC 5/PA 8/71

SAME / HUERE

CÓPIA

CONFIRME ORIGINAL



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO

PACIENTE
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDO EXAMES PRE OP VISITADOR/ORIENTADOR: ANTONIO ISS?	1. DIETA LIVRE. SAU D 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 500x 3. DIFPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 16 22 04 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6/H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8/H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 16 22 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 16 22 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 <i>Paula Marcelino S. Jr.</i> <i>CRM 0100262-4 - Farmacologia</i> <i>CRM 2211</i>	SAME / HUERR CÓPIA CONFORME ORIGINAL	



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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DILCEO LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 04/02/2021 às 08:25, sob o número WEB121700053523. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708861-29.2020.8.01.0001 e código 2846531.

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES IDADE 58 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LETO 224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 WFX PLANALTO TIBIAL E SVI FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NRE VISITADOR/ORIENTADOR: VINICIUS GRESSLER	1. DIETA LIVRE. <i>OK</i> 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10/22</i> 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>10/16 22-04</i> 4. TRAMMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 6/6H SN <i>10/16 22-04</i> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>10/22</i> 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <i>10/22</i> 7. CUIDADOS GERAIS <i>10/22</i> 8. SINAIS VITAIS <i>✓</i> 9. CURATIVO DIARIO <i>✓</i> 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10/22</i> 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>10/22</i> <i>Placido Maximiliano S. Jr.</i> <i>SBM Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-AC 2217</i>	SAME / HUERO CÓPIA CONFORME ORIENTAÇÃO	

HUEROB



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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO HENRIQUE DE ALMEIDA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 04/02/2021 às 08:25, sob o número WEB121700053523. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708861-29.2020.8.01.0001 e código 2846531.

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
ANTONIO ARAUJO GOMES		58	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
04.26/10/19 #FX PLANTAO TIBIAL E SVI #FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR VISITADOR DR VICKTOR RONEIDO	1. DIETA LIVRE: SND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 560 560 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10 16 22 24 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H 8H 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS 10 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10 22 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 22 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16		

[Handwritten Signature]
 ...
 RHM Ortopedia e Traumatologia
 CRM/AC 2217

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUEB



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

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ANTONIO ARAUJO GOMES	58	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	224
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DE 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E MOMENTO EE: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD. AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO MR VISITADOR DR RAFAEL LIMA FRANCISLEI		1. DIETA LIVRE. SND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12H 2 HRS NO 22 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H NO 15 22 24 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN NO 22 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA NO 22 7. CUIDADOS GERAIS NO 22 8. SINAIS VITAIS NO 22 9. CURATIVO DIÁRIO NO 22 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA NO 22 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA NO 22  Rafael Lima Enfermeiro CRM 12217		
		SAME / HUERR CONFECIONADO ORIGINAL		
		Dos 09 às 19, horas Mediado de sono tendo sentido de fome, vestindo tudo e foi medicado - vitais preservados. De conf. e Hosp. 17.10.2020		

HUERR

REGISTRO: **PACIENTE** IDADE: **58** CLÍNICA: **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** LEITO: **224**
ANTONIO ARAUJO GOMES

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDAR EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR VISITADOR DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE. 5M? 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 10:32 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10/16/2019 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 16:32 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 16:32 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 19:32 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 19:32 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16  Dr. Marcelo Pimenta CRM 102060/11		SAME / NUERB CÓPIA CONFIRMAR ORIGINAL 8:00 às 17:00h. Paciente chamou para que no leito fosse colocado de cama e depois foi deitado, recebeu dieta especial de 100g de

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES IDADE 58 CLÍNICA CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B LEITO 224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR VISITADOR DR VINICIUS GRESSLER	1. DIETA LIVRE SND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 500 500 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 100 100 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8SH 50 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H 50 6. TIATIL 20MG EV 2X/DIA 10 22 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10 22 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 22 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 10 <i>Paulo Marcelino S. Jr. CRM 2017</i>	SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	8. colina as 17:00h de início de dor leve no joelho e no momento da visita foi observado que o paciente não apresenta mais dor no joelho e no momento da visita o paciente está bem.



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

IDADE 58

CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 224

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES CD: AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR VISITADOR DIR RAFAELUR FRANCISLEI	1. DIETA LIVRE SDN 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFTRIAXOMA 1G IV 2X DIA 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	1800hs. Paciente sem queixa medicada conforme prescrição medica. o que tem Claudio.

Paulo Henrique S. Jr.
CRM 2217

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES IDADE 58 CLÍNICA CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B LEITO 224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANAL TO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR VISITADOR DR FRANCISLEI	1. DIETA LIVRE SND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10-27 7. CUIDADOS GERAIS Netuna 8. SINAIS VITAIS Netuna 9. CURATIVO DIÁRIO Netuna 10. CEFTRIAXOMA 1G IV 2X DIA Netuna 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA Netuna Prato Expirado CONFIRMAR ORIGINAL		Deixei 13 e 19 Paciente VOTE, rubato no leito, acido eletrolítico, frequência, pressão arterial, logueira Pronta, hemorrida, ANT/MSD, 55VV Tax 35,4 PA 150x110 FC: 60 SPO99% AC 98% Fabiana B. Martins ENFERMEIRA CORENAC 584.870

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ARAUJO GOMES IDADE 58 CLÍNICA CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B LEITO 224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANTÃO TIBIAL E SVI #FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF- PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDAR EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	1. DIETA LIVRE. SDR 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12H/2 HRS 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6H/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6H/H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H/H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIÁRIO ✓ 10. CEFTRAXONA 1G IV 2X DIA 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		04:30 do dia 26/10/19. Paciente em repouso, com sinais vitais estáveis, sem alterações. Queixa de leve dor no joelho, controlada com analgésicos. Sinais vitais: TA 120/80, FC 72, FR 18, SAT 98%. Sinais locais: ausência de edema, calor, vermelhidão ou ruído. Curativo em bom estado. Aguardando exames pré-operatórios e agendamento da cirurgia pelo NIR. COLENIAC - 525141

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

58 IDADE

CLINICA
CMCB -

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

224

INDEX

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

DOI: 26/10/19

#FIX PLANT TO TIBIAL (SV)
-FIXATOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM OLEIXA DE CERVEJA DOBRO

EF. PERUSAO - NEUROLOGICO DO
ME PRESERVADOS

CO-AGUARDANDO EXAMES E PREÇOS
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE
CIRURGIA PEDIÁTRICA

PACIENTE ANDA SEM VARIACAO
CIRURGICA, POR ESPECIFICIDADE DE
LOCAL DO HOSPITAL DAS
CLINICASQUE DE DE QUINTA FEIRA
COM HORARIO CIRURGICOATIVO
CASOS PASSAO DESDE A
INTERMACAO MAS ANDA SEM
RESOLUCAO.

REPRESENTANTE DO GRUPO CIRURGIA DE OUNTA FEITA NO HOSPITAL DAS CLINICAS DE LAZARUS

DIREÇÃO A PARTIR DE 1000
-617114620-

VISITATOR OF AN OVERSEAS

3. DIETARY LIVRE.

2. SF 3.9% SCOML EV CADA 12/12 HRS

3. DIFERONCA TGR EV DILUADO EVCH

6. RAINAL LUNING + JOURNAL STU... EV DON an

2. The following words are in the dictionary:

100

D. Williams, W. J. Nils

3. CUMULATIVO DIAMETRO

12. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DI

11. FLEXANE 50MG SC 1X DIA

SAME / HUEBO

COP14.

CONFORME ORIGINAL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

44-AS - OREGON AS 18000000

The Love Topical Bath

DE VISAAN TROCARc depl.

DE CAMA + VESTES FEITAS

EMATIUCO + MECHAS

Clay had with Dr. A.

Wickham 705604

19 Dec 1943

[illegible]

Synaldis

Quadrante TR

Feb 28/



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ANTONIO ARAUJO GOMES	58	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 FX PLANTIO TIBIAL E SVI - FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR PACIENTE AINDA SEM MARCAÇÃO CIRÚRGICA, POR ESPECIALISTA DE JOELHO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/EQUIPE DE QUINTA FEIRA COM HORÁRIO CIRÚRGICO ATIVO. CASOS PASSADO DESDE A INTERNACAO, MAS AINDA SEM RESOLUCAO OS CASOS SAO PASSADOS PARA EQUIPE CIRÚRGICA DE QUINTA FEIRA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, PELA REPRESENTANTE DA DIRECAO, ASSIM QUE CHEGAM DIRECAO A PARTE DE TODA SITUACAO VISITADOR DR RODRIGO VICK	1. DIETA LIVRE 500 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 10 22 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10 16 22 24 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10 22 7. CUIDADOS GERAIS 10 22 8. SINAIS VITAIS 10 22 9. CURATIVO DIÁRIO 10 22 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 22 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 10 22	SAME / HUERB CONF. ORIGINAL	De 04 de 19. horas Recebido de novo todo do dia de novo há melhoria com 10 22 24 718.982

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM Cirurgia e Traumatologia
CRMAC 2217

HUERB



REGISTRO
PACIENTE
ANTONIO ARAUJO GOMES
IDADE
58
CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B
LEITO
224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 FIX PLANTAO TIBIAL E SVI - FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EE: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR PACIENTE AINDA SEM MARCAÇÃO CIRURGICA, POR ESPECIALISTA DE JOELHO DO HOSPITAL DAS CLINICAS/EQUIPE DE QUINTA FEIRA COM HORARIO CIRURGICO ATIVO. CASOS PASSADO DESDE A INTERNACAO, MAS AINDA SEM RESOLUCAO. OS CASOS SAO PASSADOS PARA EQUIPE CIRURGICA DE QUINTA FEIRA DO HOSPITAL DAS CLINICAS, PELA REPRESENTANTE DA DIRECAO, ASSIM QUE CHEGAM. DIRECAO A PARTE DE TODA SITUACAO VISITADOR-DR RAFAEL / DR FRANCISLEI	1. DIETA LIVRE SVO 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 50 22 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 66H 50 22 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 66H SN 22 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 66H SN 22 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 50 22 7. CUIDADOS GERIAIS Padua 8. SINAIS VITAIS Padua 9. CURATIVO DIARIO Padua 50 22 10. CEFTRIAXOMA 1G IV 2X DIA 50 22 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 50 <i>Padua Marinho S. Jr.</i> <i>PRM Ortopedia Traumatologia</i> <i>CRM 2217</i>	SAME / HUEB CONF: ORIGINAL	Atenda (leite e outros) necessários, ver necessidade. Sem queixas no momento. Queixa presente. Exame físico. Após S.H. potente. Deixar como faz. Deixar e fazer por. Medicamento. Confirmação.



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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 04/02/2021 às 08:25, sob o número WEB121700053523 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708861-29.2020.8.01.0001 e código 2846534.

REGISTRO PACIENTE
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE
58

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
224

HUEBR

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #X PLANTIO TIBIAL E SVI FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEME DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EE: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIEMBROS PRESERVADOS CD: AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR PACIENTE AINDA SEM MARCAÇÃO CIRÚRGICA, POR ESPECIALISTA DE JOELHO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/EQUIPE DE QUINTA FEIRA COM HORÁRIO CIRÚRGICO ATIVO. CASOS PASSADO DESDE A INTERNAÇÃO, MAS AINDA SEM RESOLUÇÃO. OS CASOS SÃO PASSADOS PARA EQUIPE CIRÚRGICA DE QUINTA FEIRA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, PELA REPRESENTANTE DA DIREÇÃO, ASSIM QUE CHEGAM. DIREÇÃO A PARTE DE TODA SITUAÇÃO	1. DIETA LIVRE. 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 66H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 66H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 88 H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA	SVD 500 4016 26/10 10 10 16	nas. 04.00145 - Pr. Soder Traumatismo mecânico do com um mês de ed. 18.0000 202604 SAME / HUEBR COPIA CONFIRMAR ORIGINAL

Paulo Roberto de Oliveira
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 2217

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 04/02/2023 às 09:25. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/viAbrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708861-29.2020.8.01.0001 e código 2846534.

HOERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI. 26/10/19 #FX PLANTIO TIBIAL ESQUERDO FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF. PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR: DR VICK/ DR RONEIDO	1. DIETA LIVRE S/N 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 4x 22 3. DIPYRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H 1x 16 2x 0-4 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. TIATIL 20MG EV 2X/DIA (10) (22) 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIÁRIO ✓ 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 1x 22 11. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA ✓ 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 1x 01.11.2019 enfermeira responsável J. Maria da Silva B. Daif	SARIN / MLERB COM CONFORTO PREVENIR	Não realizado de p não tem sinais vitais Maria da Silva B. Tec. em Enfermagem COREN 36700

REGISTRO: **PACIENTE** **ANTONIO ARAUJO GOMES** IDADE: **58** CLÍNICA: **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** LETO: **224**

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF. PERCUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA	1. DIETA LIVRE SPD 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 22 3. DIFIROXA 1GR EV DILUIDO 6/6/H NT 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 22 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIARIO ✓ 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 22 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 22 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA ✓ <i>Diego Pauli</i> <i>PAULI</i> <i>CRM 10000</i>	SAME / HUERB CÓPIA CONF. ORIGINAL	

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO	
	ANTONIO ARAUJO GOMES	58	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	224	
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
DE: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EFF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR: DR ANTONIO ISSE PROBABILIDADE DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO DEIXO DE DIETA ZERO E SUSPENDO CLEAXANE		1. DIETA LIVRE, DIETA ZERO A PARTIR DAS 00:00 HRS 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/6H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIÁRIO ✓ 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA ✓ 13. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 14. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 15. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 16. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 17. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 18. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 19. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 20. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 21. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 22. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 23. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 24. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 25. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 26. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 27. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 28. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 29. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 30. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 31. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 32. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 33. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 34. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 35. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 36. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 37. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 38. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 39. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 40. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 41. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 42. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 43. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 44. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 45. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 46. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 47. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 48. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 49. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 50. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 51. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 52. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 53. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 54. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 55. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 56. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 57. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 58. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 59. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 60. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 61. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 62. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 63. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 64. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 65. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 66. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 67. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 68. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 69. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 70. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 71. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 72. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 73. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 74. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 75. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 76. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 77. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 78. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 79. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 80. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 81. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 82. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 83. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 84. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 85. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 86. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 87. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 88. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 89. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 90. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 91. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 92. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 93. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 94. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 95. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 96. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 97. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 98. FISIOTERAPIA MOTORA ✓ 99. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA ✓ 100. FISIOTERAPIA MOTORA ✓		SAME / HUERB COPIA CONFORTAB ORIGINAL	AS 16:00 HORAS ATUAL, em a ortial, com contine, leu orelado, de dita apren pelo sn, e coo finial puxados, a uferna a q do oficio Ed. granil ven: 001.051.055

HUEKRB

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

CLINICAL

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HOKKAIDO

ANUAYES DE ENFERMERIA

DL: 26/10/19

#X PLANALTO LIBERAL ESQUEMO

—FAMOUS 1 MILLION 1100000

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO

EF PERFUSAD + NEUROLOGICO DE
MIE PRESERVADOS

AGUARDANDO AGENDAMENTO DE
CIRURGIA

VISITADOR: DR PAULO FERNANDO

1. DIE IN LINKE

2.5F 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS

3. DIFIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% EV B6H SH

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO B3 H 3N

8. ILLIANT.COM/EEV

B SIGNALS WITH

9. CURATIVO DIARICO

10. CEFIKIPAXOLINA 150 IV ZA DVA

12. FISIOTERAPIA MOTORIA E RESPIRATORIA

13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS

Don't know
from Chicago
Chicago

227

no time
no time
no time

Das ist das Jg. Maria
Medigade waren Tilo
rado Samir de rama me
sigado unatido, bei
meditudo, fuenten
Logio Poromte, die End
Bramfela rano 718.988

SAME / MUERO
COSTA

CONNECTING ORIGINAL



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
ANTONIO ARAUJO GOMES		58	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	224
EVOLUÇÃO		HORÁRIO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 26/10/19				
REFX PL ANALITTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF - PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE <i>SNV</i> 2. SF 0,5% 500ML EV CADA 12HRS <i>10-27</i> 3. DIPIRONA 500 MG VO 6/6 HRS <i>12-28-29</i> 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS <i>10-26-27-28-29</i> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS <i>10-26-27-28-29</i> 7. CUIDADOS GERAIS <i>Netto</i> 8. SINAIS VITAIS <i>Netto</i> 9. CURATIVO DIÁRIO <i>Netto</i> 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10-27-28-29 Netto</i> 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA <i>FSR</i> 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <i>FSR</i>			
SAME / HUEB CÓPIA CONFORTAL DIUTERNA				
02-12-19 AS 06:00H Enfermeiro atendido com interconexão médica de EHR sobre as evoluções de enfermagem Fic Pedro Costa 259955				

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

HUEKB

[illegible]

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
ANTONIO ARAUJO GOMES		58	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA LABORATORIO OK VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DAPIRONA 500 MG VO 8/8 HR 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFTRIAXOMA 1G IV 2X DIA 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS		4/19/2019 Sé bem paciente sem queixas de dor sem sinais de infecção com evolução satisfatória

SAMI / MUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

ANTONIO ARAUJO GOMES

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI-26/10/19

#FFX PLANAL TO TIBIAL ESQUERDO

-FIXADOR TRANSARTICULAR:

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO

EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO
MIE PRESERVADOS

AGUARDANDO AGENDAMENTO DE
CIRURGIA

VISITADOR: DR. MARCELO PIMENTA

1. DIETA LIVRE. SNP

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS

3. DIFERONCA 1 GR EV 800 MK 112

4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H 5N

7. CUIDADOS GERAIS ✓

B. SINAIS VITAIS ✓

9. CURATIVO DIARIO ✓

10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA

1.2 FISIOTERAPIA MOTORIA E RESPIRATORIA

13. CLEAXANE 40 MG SC 24/24 HRS

SAME / HERB

CGNFCM-DINGMAI

5. *Don Q. Jones Co., with assignment*

[illegible]

17-00 - Please add,
unprintable, leave,
communication, local
gate board, past
leadership of medical
white creative group
sum elder justice
chital Sun spirit

05-12-19 evidence
extract no period, new
for medicinal, per fact
the method "singing"
poem pen, interchanges
no periods the Pedro
Loren 251845 at —

US District Court
Southern District of New York
Case No. 19-cv-00000-LTS
Date Filed: 05/12/19
Page 1 of 1

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

227

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HOKARIC

ANCIANOS DE ENFERMERAGEM

DOI: 26/10/19

#FFX PLANAL TO TIBIAL ESQUERDO

-FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MÔMENTO

EF PERUSAD • NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS

AGUARDANDO AGENDAMENTO DE
CIRURGIA

VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA

1. DIETA LIVRE. 5/47

2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS
115

3. DIPIRONA 1 GR EV 8/8 HR

4. TRAMAL 50 MG VO Q6H HRS S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO B/B H SN

7. CUIDADOS GERAIS

B. SIGNAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

13. CLEAXANE 40 MG SC 24/24 HRS

SAME / USED

CONFERENCE PROGRAM

[illegible]

224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DE 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF. PERUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA DR PAULO FERNANDO ORIENTA A RE-TRAP O FIXADOR VISITADOR: DR PAULO FERNANDO	1. DIETA LIVRE. 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DIFIRONA 1 GR EV 8/8 HR 4. TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100 ML EV 6/6 HRS SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 	SAME / LIVERB COM CONFORTO ORIGINAL	7.00 hrs Paciente apático e ansioso durante o exame do codo sempre da cama + custando a se de sf 0.9% 1. Te clavier e com 38878746-

HÖFERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DE: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR -PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO DE: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MMS PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CN JRGIA RETIRO O FIXADOR POR ORIENTAÇÕES DO DR PAULO FERMANO SOLICITO NOVO RX SEM TALA VISTADOR: DR NELSON MARQUEZINI	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DIFERONA 1 GR EV 8/8 HR 4. TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 6/6 HRS 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 12/12/19	14:00 - Plante apertad, agnética, volume, neoplasia, reperto em leite, quito su nativa limpo por color. Peleta dieta equitativa, com queixos 12/12/19	14:00 - Plante apertad, agnética, volume, neoplasia, reperto em leite, quito su nativa limpo por color. Peleta dieta equitativa, com queixos 12/12/19



11 S. 139

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

FICHA DE ANESTESIA

2679472

Paciente: Antônio Araújo Gomes					Idade: 50	Sexo: M	Cor:	Registro / BE:
Sector proc:	☐ RSI	☐ PSI	☐ CCA	☒ CCB	☐ CMA	☐ CMB	☐ CC	☐ UTI
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%) 99	Grupo Sgneo:	Fator Rh
	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP
Diagnóstico Pré-Operatório:								
Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite					MV: +			
ACV: WRCR 12-18 F 1515					ECG: RSI normal			
Ap. Digestivo/Dentes: -					Pescoco: indolente +		Peças Dent.	
Ap. Urinário: -					Drogas em Uso: -			
Estado Mental: Koff					ASA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		Risco	
Anestésias Anteriores: -					Hora: 17:20h		Efeito:	
Medicação Pré-anestésica: -								
HORA: 17:30h					38°C			

HORA:		17:30 h	18:00 h
GASES	O ₂		
	NO _x		
Líquidos	HALOG	SF₆, 3% SF₆, 9% 100 500 5000 / 14000	
	MSD		

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

SpO₂ 93-88-88-88-88-7

DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:	Monitorização:
1º	ROX	<i>Respirometria</i>	<i>PA NI + ECG +</i>
2º	<i>Respirometria</i>	<i>Cirurgia</i>	Ap. Resp.:
3º	<i>Le. Propofol 12 mg, IT</i>	<i>MI</i>	
4º	<i>Le. Morfina 30 mg, IT</i>	<i>Cirurgião/Auxiliar</i>	Ap. CV:
5º			
6º	<i>Propofol 2g, IV</i>	OBS. <i>Quilose com</i>	
7º	<i>Ureopar 2g, IV</i>	<i>anticoagulação</i>	
8º	<i>Ureopar 6 mg, IV</i>		
9º		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):	<i>Dr. Valério</i>
10º			<i>Carimbo</i>

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado da Acre, protocolado em 04/02/2021 às 08:25, sob o número WEB121700053523. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjacius.br/pastadigital/ppgrbr/ConferenciaDocumento.do>, informe o processo 070/8861-29.2020/8.01.0001 e código 2846534.

224

Pag.: 002

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. MACOS UNIDAS, 100, - BOQUE - RIO BRANCO - CEP: 69806-020 - Tel.: 321-3080

CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: ANTONIO ARAUJO GOMES (EME)
Requisicao: 19.PC.2.111105
Num. do BE: 02679472

Idade...: 58A
Requis.: 29/10/2019

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)...	3,56	mm3	VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina:.....	10,20	g/dL	VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito:.....	30,00	%	VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VCM:.....	89,60	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,70	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	34,30	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	10.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinófilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	102	mm3	
Mielócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	82	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	8.164	mm3	
Linfócitos:.....	12	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.224	mm3	
Monócitos:.....	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	510	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observação:.....			

SAME / HUERB

CONFORTES ORIGINAL

Assinado por: *[Assinatura]*
Farmacêutica - Bloquistion
CRFAC 000

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 29/10/19 as 11:34 Coleta: 29/10/19 as 09:33-1a. Via Impressa: 29/10/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:...	2'	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:...	8'	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:	189.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 29/10/19 as 11:34 Coleta: 29/10/19 as 09:33-1a. Via Impressa: 29/10/19

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

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO COM ACP (American College of Physicians)

NOME: ANTONIO A. GOMES

IDADE: 58 ANOS

•	HAS	(☒) SIM	NÃO ()
•	DIABETES	() SIM	NÃO (☒)
•	ANGINA	() SIM	NÃO (☒)
•	IAM PRÉVIO	(☒) SIM	NÃO ()
•	AVE	() SIM	NÃO (☒)
•	EAP	() SIM	NÃO (☒)
•	DAC FAMILIAR	() SIM	NÃO (☒)

EXAMES LABORATORIAIS: HB: 10.20 LEUCO: 10.200 UR: 120 CREA: 2.4 HEM: Coag. normal

EXAME FÍSICO: AC: Ba 2 inf sy

AP: Mu 2 sup

ECG: RS, 60 bpm, ANV.

RAIO X TÓRAX: CARDIOMEGALIA.

ECOCARDIOGRAMA: () SIM

() NÃO

AO:

AE:

VE:

SPTO:

FE:

FAZ TRATAMENTO NO HC PI ICTER (DE ACORDO COM CANCER). SARIE / 4 UERB
COPIA
CONFORTO INICIAL

Adquirir Ecocardiograma e melhor avaliação da T. cardíaca

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO ACP: ~~() BAIXO~~ ~~() MODERADO~~ ~~() ALTO~~

DR. RODRIGO GONÇALVES DE AZEVEDO
CARDIOLOGIA
CRM/AC: 1574

RBR/AC, 02/11/19.

Rodrigo Gonçalves de Azevedo
Cardiologia
CRM/AC: 1574



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: *Orto pedu* LEITO N° *224* A CLÍNICA *Cardiologia*

PACIENTE: *Antonio Araujo Gus*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*baixo com fratura de peroneo tibial e com maloclusão
cirurgico.*

Sol Risco cirurgico

Dr. Wesley Hoffman S. da Silva
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - Acre

NOME DO SOLICITANTE:

DATA *31/10/19* HOR

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAREE / HJEM

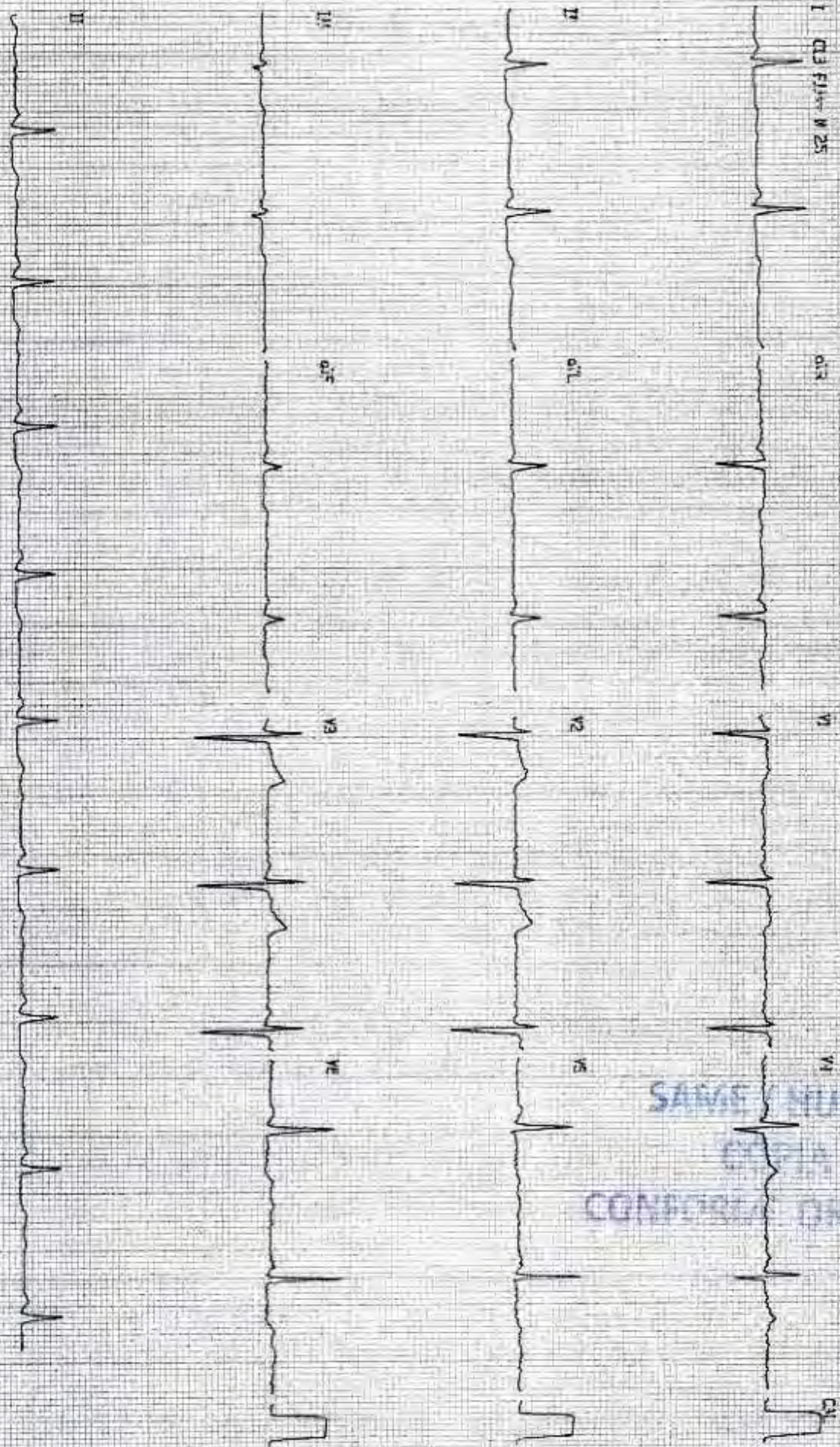
Cópia

CONFIRMAÇÃO

NOME DO MÉDICO:

DATA:

31/10/19



10/19/2021 15:28

CONFIRMADO ORIGINAL



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: *Ortopedia* LEITO Nº *224* À CLÍNICA: *Cardiologia*

PACIENTE: *Antônio Araújo Reis*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*Paciente ♂ 58 anos
com história de pleurite fibril
solução risco a cirurgia*

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: *03/12/15* HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

NOME DO MÉDICO:

DATA: / / HORA:

224

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: ANTONIO ARAUJO GOMES (EME)
Requisicao: 19.PC.2.115173
Num. do BE: 02679472

Idade.: 58A

Requis.: 27/11/2019

US. Origem.: HUERB/PSCC
S. icitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemácia (em milhões).....	4,15	mm3	VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina:.....	12,20	g/dL	VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito:.....	37,00	%	VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VCM:.....	88,60	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,40	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	5.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinófilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	185	mm3	
Mielócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	57	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	3.534	mm3	
Linfócitos:.....	33	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.046	mm3	
Monócitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	434	mm3	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observação:.....			

Rosemary M. Rivas
Biomédica
CRM 41.712

SAME / HUERB
CÓPIA

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: WARDELI SANTOS DE ARAUJO 27/11/19 as 09:14 Coleção: 27/11/19 as 06:02-1a, Via Impressa: 27/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	04 MINUTOS	VR: 1 - 3 minutos
Tempo de Coagulação:.....	07 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:.....	191.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: WARDELI SANTOS DE ARAUJO 27/11/19 as 09:15 Coleção: 27/11/19 as 06:02-1a, Via Impressa: 27/11/19

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ANTONIO ARAUJO GOMES

ID paciente:

ID amost: 6

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2115173

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 27/11/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	91	mg/dL		
URE	56	mg/dL		
CRE	1.6	mg/dL		
Na	143	mmol/L		
K	5.0	mmol/L		
CL	106	mmol/L		
ACI	5.9	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 27/11/2019

Data/Hora teste: 27/11/2019

Data/Hora Impr.: 27/11/2019 08:41:28

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Luis Edgardo Kiveron
Biotecnico
CRQM - 4 N. 249

SAMI / HUEB

CÓPIA

CONFIRMAR ORIGINAL

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69000-020 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ANTONIO ARAUJO GOMES (EME)
Requisicao: 19.PC.2.113842
Num. do BE: 02679472

Idade.: 58A
Requis.: 18/11/2019

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

Cons. Regional:

Setor.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):	4,07	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina:	12,10	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematócrito:	38,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:	88,70	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:	29,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:	33,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:	5.900	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Eosinófilos:	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:	207	mm3	
Neutrófilos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Metanetrófilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	%	
Linfócitos:	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Segmentados:	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:	4.630	mm3	
Linfócitos:	22	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:	1.518	mm3	
Monócitos:	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:	345	mm3	
Blastos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Observação:			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 18/11/19 às 10:03 Coleta: 18/11/19 às 01:19-1a. Via Impressa: 18/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:	1 minuto e 30 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:	6 minutos e 30 segundos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:	259.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 18/11/19 às 10:04 Coleta: 18/11/19 às 01:19-1a. Via Impressa: 18/11/19

SAME / HUERO
CIMA

CONFIRMAR ORIGINAL

Jardeli Santos de Araújo
Biomédico
CRM 267

224 DE 2679472

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente: Antonio Araujo Registre-se: 2679472

Sexo: ☐ F ☐ M ☐ PA ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI

Race: ☐ X ☐ USC ☐ UCG

Outros: ☐ Rx Joelma ☒ AP ☐ perif

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

Indicação: sem tel.

224 DE 2679472

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente: Antonio Araujo Registre-se: 2679472

Sexo: ☐ F ☐ M ☐ PA ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI

Race: ☐ X ☐ USC ☐ UCG

Outros: ☐ Rx Joelma ☒ AP ☐ perif

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: Rx Baixa AP

UNIDADE: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

Antônio Araújo Soares.

- Fazer talo Inguirino -
podolico (E)

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORDEM

[Assinatura]

DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARRERA

Nº CONSELHO

10-19-25h - Comunicado serviço de emergência

26/01/21

[Assinatura]

L-224

Autismo traço 5 em

8x do joelho e AD/D

8x do punho e AD/P

Dr. Wesley Hoffmann Silva Sáez
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 2296

Prescrição

Prescrição com data, hora, local e assinatura

Prescrição

Ido

HUEB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ANTONIO ARAUJO GOMES

ID paciente:

ID amost: 31

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2113842

Tipo de amostra: Soro

S:

Data da coleta: 18/11/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	129	mg/dL		
URE	63	mg/dL		
CRE	1.8	mg/dL		
Na	135	mmol/L		
K	5.4	mmol/L		
CL	103	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 18/11/2019

Data/Hora teste: 18/11/2019

Data/Hora impr.: 18/11/2019 09:41:04

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Luis Edgardo Rivera
 CPAN - 4 N° 244
 Biomédico

S/ASSINATURA

CONF

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO

LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA

PACIENTE: Antônio Araújo Gomes IDADE: 58 anos
 DATA NASC: 13/06/61 LEITO: 224
 DATA: 07/11/2019 MÉDICO SOLICITANTE: Rodrigo Gonçalves

PESO: Kg / ALT: cm / FC: bpm / RITMO:

Medidas:

- AORTA: 36 mm / - ATRIO ESQUERDO: 38 mm
 - ATRIO DIREITO:
 - VENTRICULO DIREITO: 16 mm
 - SEPTO: mm / Parede Posterior: mm
 - VENTRICULO ESQUERDO: DDVE: 43 mm x DSVE: 30 mm / FE 61 %

VALVAS:

MITRAL:
 TRICUSPIDE:
 AORTICA:
 PULMONAR:

Contração segmentar do VE: Presença em septo.

Câmaras cardíacas:

Espessuras Parietais:

Função diastólica: Difusa tipo 1

Função sistólica:

Aparelho Philips Infinity 50

Exame de realização e qualidade técnica.

PERICARDIO:

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

1º Função global e regional do VE preservada
 2º Diferença diastólica tipo 1
 3º Repogestão leve em V. ventricular
 4º Espessamento leve em V. Aórtica em interior

Eduardo Vasconcelos Passos
 Cardiologia/Ecocardiografia
 CRM - AC 1656

Thiago da Costa Santos
 Cardiologia/Ecocardiografia
 CRM - AC 1691

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Antônio Alcides Sousa
AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS
DR. Marcelo Almeida

DT: 20/12/19

DC: 1

DIAGNÓSTICO:

fratura plavette hum (2)

CONDUTA:

sem des fratura

CUIDADOS GERAIS:

- ☒ COMPARECER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM RXs EM MÃOS
- ☐ FAZER CURATIVO DIARIAMENTE
- ☐ USAR TALA ☐ USAR GESSO ☐ USAR TIPÓIA
- ☒ NÃO PISAR 02 semanas
- ☐ FAZER USO DAS MEDIÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO
- ☐ MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO:
- ☐ RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA
- ☐ Movimentar joelho 10 dias

AGENDAMENTO

☒ PS - REGULAÇÃO DE LEITOS ☐ FUNDHACRE

RIO BRANCO-AC

20/12/19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00802008585 2019

JOSE BEZERRA FELIX

AC

037.640.012-91 M204004

9C2JC30103R183315

PAS/MOTOCICLO/NAO ALICIA
HONDA/CG 125 TITAN KS
2P/012400/ VERDE

1 XPAGU*
P *****
V *****
A ** PAIDU COTA UNICA **

R\$0.32 R\$84.58 10/06/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO - AC 12/06/2019

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

AC Nº 014399066993 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

01 037.640.012-91 2019 12/06/2019

00802008585 HONDA/CG 125 TITAN KS

9C2JC30103R183315

R\$36.05 R\$4.01 R\$40.06

R\$4.15 R\$0.32 R\$84.58

10/06/2019

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.245.800/0001-44

R204004

014399066993

12/06/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0005350/20

Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES**CPF:** 183.044.002-00**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**Data do acidente:** 26/10/2019**CPF de:** Próprio**Titular do CPF:** ANTONIO ARAUJO GOMES**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

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

ANTONIO ARAUJO GOMES : 183.044.002-00

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: 06/01/2020
Nome: ANTONIO ARAUJO GOMES
CPF: 183.044.002-00

ANTONIO ARAUJO GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

MAIRLA LIMA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0005350/20

Número do Sinistro: 3200005916**Vítima:** ANTONIO ARAUJO GOMES**CPF:** 183.044.002-00**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**Data do acidente:** 26/10/2019**CPF de:** Próprio**Titular do CPF:** ANTONIO ARAUJO GOMES**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: ANTONIO ARAUJO GOMES
CPF: 183.044.002-00

ANTONIO ARAUJO GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

MAIRLA LIMA DE SOUZA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200005916 **Cidade:** Bujari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). P16, 65 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0005350/20

Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES**CPF:** 183.044.002-00**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**Data do acidente:** 26/10/2019**CPF de:** Próprio**Titular do CPF:** ANTONIO ARAUJO GOMES**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

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

ANTONIO ARAUJO GOMES : 183.044.002-00

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: 06/01/2020
Nome: ANTONIO ARAUJO GOMES
CPF: 183.044.002-00

ANTONIO ARAUJO GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

MAIRLA LIMA DE SOUZA