

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 200,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000080784-8

Nr. da Autenticação 120A6211FAE1EE8D

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000080784-8

Nr. da Autenticação 7E091B69DA7C9D6C

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210059203 **Data do acidente:** 06/12/2020
Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Rio Branco **UF:** AC **Análise:** Complemento
Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A **Data:** 08/07/2021 14:26:10

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO CUBITO - **Internação:** Não

Tratamento: CIRURGICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	Patologia osteomioarticular em um membro	2500,00	2500,00
Total da Análise Atual			2500,00	2500,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA Relacionamento: Vítima	200,00	200,00	200,00	2500,00	2500,00	2500,00
Total da Análise Atual	200,00	200,00	200,00	2500,00	2500,00	2500,00

TOTAL PLEITEADO: 2700,00 **TOTAL AVALIADO:** 2700,00 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210059203**Data do acidente:** 06/12/2020**Vítima:** ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA**Atendimento:** HOSPITAL**Cidade:** Rio Branco**UF:** AC**Análise:** Primeira Análise**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A**Data:** 16/03/2021 15:39:10

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO CUBITO -**Internação:** Não**Tratamento:** CIRURGICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.09.01.01-7	US - GLOBO OCULAR - BILATERAL	200,00	200,00
Total da Análise Atual			200,00	200,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	200,00	200,00	200,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	200,00	200,00	200,00

TOTAL PLEITEADO: 200,00**TOTAL AVALIADO:** 200,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 200,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

Recebedor: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Valor: R\$ 200,00

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000080784-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

Recebedor: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Valor: R\$ 2.500,00

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000080784-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0534 03 CONTA: 00080784 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco IAC 12-02-2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00034001/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/12/2020 11:28:33 Data/Hora Fim: 18/12/2020 11:41:33
Delegado de Polícia: Marcus Jose da Silva Cabral

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões

Data/Hora do Fato: 06/12/2020 03:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Bairro: Areal
Logradouro: AMADEO BARBOSA
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 15/01/1992	Idade 28
Profissão: Vendedor			
Estado Civil: Sem Informação		Naturalidade: Rio Branco - AC	
Nome da Mãe: Francisca Pinheiro Maia			

Documento(s)

CPF: 013.247.572-30

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: TRAVESSA ASSIS
Telefone: (68) 99969-0896 (Celular)

Nº: 157
CEP: 69.900-970

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta especializada para informar que na data e hora acima mencionado, estava trafegando na Avenida Amadeo Barbosa, pilotando a sua motocicleta, UMA FAN 160 DE COR VERMELHA PLACA: QLU2865, ANO 2019, quando bateu um buraco na via, caiu e ficou desacordado. Que o comunicante foi socorrido pelo SAMU e ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO. Que o comunicante quebrou o braço e machucou o lado esquerdo do rosto. Para efeitos legais registra o presente boletim.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00034001/2020

ASSINATURAS

Vanda Ferreira de Oliveira

Agente de Polícia
Matrícula 91673826

Responsável pelo Atendimento

Abraão Assis Maia da Rocha

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



slp2q

Prefeitura do Município de Rio Branco
Secretaria Municipal de Finanças

Rua Rui Barbosa, 285 - Centro - Rio Branco/AC - CEP: 69.000-001

NFS-e n°:

30003

Emitida em:

20/12/2020 07:23

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social	PRORAD DIAGNOSTICOS LTDA			Telefone
Nome Fantasia	PRORAD DIAGNOSTICOS			
CNPJ	11467937000198	Inscrição Municipal	1326503	
E-mail	atendimento@grupodueli.com.br	Inscrição Estadual/RG		
Endereço	HUGO CARNEIRO, 505	Bairro	BOSQUE	
Cidade	RIO BRANCO	CEP	69000550	

Dados do Tomador de Serviços

Nome/Razão Social	ABRAÃO ASSIS MAIA ROCHA			Insc. Estadual/RG
CPF/CNPJ	01324757230	Insc. Municipal		
Endereço	RODOVIA AC-40 KM 09, 02	Bairro	RAMAL DA CASTANHEIRA	
Cidade		CEP		
		E-mail		

Discriminação do Serviço/Dados Adicionais

VALOR REFERENTE A REALIZAÇÃO DO EXAME DE US DE AMBOS OS OLHOS, REALIZADO PELO MESMO, NASCIDO EM 15/01/1992

Local de Prestação: RIO BRANCO - AC

Serviço: 402 Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Valor do Serviço(R\$)	Quant	Desconto Incon (R\$)	Dedução (R\$)	Base de Calc (R\$)	Alíquota (%)	Valor ISS (%)	Total (R\$)
200,00	1,00	0,00	0,00	200,00	3,00	6,00	200,00

VALOR TOTAL DA NOTA: R\$ 200,00

Retenções / Descontos

INSS(R\$)	PIS(R\$)	CONFINS(R\$)	CSLL(R\$)	IRRF(R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ISSQN (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Total de Retenções	Descontos Condicionados	Valor Líquido da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	200,00

Outras Informações

- Natureza Operação: ISSQN a Recolher.
 - ISS de responsabilidade do Prestador de Serviço.
 - Serviço tributado no município: RIO BRANCO - AC.
 - Data de vencimento do ISS desta NFSE: 15/01/2021.
 - Código Verificação: 3AFD-BE81-5AAB-6FD9

Utilize o QR Code



RECIBO

Nº

VALOR

#2.950,00#

Recebi (emos) de Abraão ASES MAIA DA ROCHA

a quantia de Dois mil NOVECENTOS e cinquenta reais

Referente à 25 Sessões fisioterapia DOMICILIAR

e para clareza firmo (amos) o presente.

RIO BRANCO ACRE, 30 de Dezembro de 2020

Assinatura

Lucimária Oliveira

LUCIMÁRIA OLIVEIRA

CREFITO 9/266358-F

Nome

CPF / RG CPF: 792.818.262-91



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

HACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Almeida Amis Maria da Silva</i>			Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO <i>11/11/1960</i>	SEXO MASC () FEM ()
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>X.O. fratura do ulnare (D)</i>		CID 10 PRINCIPAL	
OBSERVAÇÕES <i>Surgiu :- anafrenia - gerou de AM de catamb (D)</i>			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO <i>30/12/20</i>	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
		<i>Dr. Rafael Teixeira Pinto</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 23137/01 13.379	



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



SAMU
192

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

Vtn-04

CHAMADO	Nº	DATA	HORA
	000000	06/12/20	04:13 min
MOTIVO	MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr(a)		
	Dr. Guilherme Pires		
MOTIVO	CLÍNICO		TRAUMÁTICO
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO <input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC. <input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO <input type="checkbox"/> 14. OUTRO: _____ <input type="checkbox"/> 6. GASTROINTEST. <input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÔG.		<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO <input type="checkbox"/> 19. FAF <input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 20. FAF <input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO <input checked="" type="checkbox"/> 17. QUEDAMUNTO <input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO <input type="checkbox"/> 24. OUTRO: _____
PACIENTE	NOME COMPLETO		IDADE
	ABRAÃO MABIS MORA DA NOCHA		25. Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 26. Fem. <input type="checkbox"/> - 28 ANOS
EXAME PRIMÁRIO	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)		
	Rotatória: Amadeo BARBOSA		
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS		EXPOSIÇÃO
	<input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS <input checked="" type="checkbox"/> 31. NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> 35. NORMAL <input type="checkbox"/> 39. NORMAL <input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> 47. FRATURAS? <input type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR. <input type="checkbox"/> 32. ALTERADA <input type="checkbox"/> 36. CHOQUE <input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO <input type="checkbox"/> 43. COMA <input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA <input checked="" type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> 30. LIVRE <input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA <input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES <input type="checkbox"/> 34. APNÉIA <input type="checkbox"/> 38. PCR		
SINAIS VITAIS	HORA		GLASGOW
	INÍCIO 4:15 FIM		15
PROCEDIMENTO EFETUADOS	P.A.		DEXTRO
	100 x 70		
PROCEDIMENTO EFETUADOS	F.R.		FC
			87
PROCEDIMENTO EFETUADOS	SPO2		DEXTRO
	96%		
PROCEDIMENTO EFETUADOS	GLASGOW		DEXTRO
	15		
PROCEDIMENTO EFETUADOS	41. ADM. OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> 53. RCP <input type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL <input checked="" type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> 65. CURATIVO <input type="checkbox"/>		62. INTRACATH <input type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA <input checked="" type="checkbox"/>
	50. GUEDEL <input type="checkbox"/> 54. PUNÇÃO TORÁCICA <input type="checkbox"/> 58. FLEBOTOMIA <input type="checkbox"/> 62. INTRACATH <input type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA <input checked="" type="checkbox"/>		63. Sonda VESICAL <input type="checkbox"/> 67. <input type="checkbox"/>
PROCEDIMENTO EFETUADOS	51. ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> 55. DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA <input type="checkbox"/> 63. Sonda VESICAL <input type="checkbox"/> 67. <input type="checkbox"/>		64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS <input type="checkbox"/> 68. <input type="checkbox"/>
	52. INTUBAÇÃO (OT/NT) <input type="checkbox"/> 56. VEIA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> 60. Sonda GÁSTRICA <input type="checkbox"/> 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS <input type="checkbox"/> 68. <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMENTO EFETUADOS	AVALIAÇÃO MONITOR ECG:		
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS:		
TRANSP.	TIPO		ORIGEM
	<input checked="" type="checkbox"/> 69. SIMPLES <input type="checkbox"/> 70. MEDICALIZADO		Via Pública
TRANSP.	DESTINO		CONTATO NO DESTINO
	HUERB-SET		
INCIDENTE	71. CANCELADO <input type="checkbox"/> 73. ÓBITO <input type="checkbox"/> 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 77. OUTRO <input type="checkbox"/>		
	72. FALSO <input type="checkbox"/> 74. RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL <input type="checkbox"/>		

OBSERVAÇÕES *Vítima de acidente de trânsito por queda de moto, em contramão em via pública, semi-pavimentada, acidentada visivelmente e utilizando-se de álcool. Apresenta trauma no face, lado direito, no olho direito e sangramento; trauma no cotovelo direito com possível fratura do mesmo, sangramento e possível contusão. Vítima inconsciente e agitada, foi imobilizada com prancha rígida e colar cervical e encaminhada para o HUERB-SET para avaliação e conduta.*

PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE

cond. Guilherme Pires
Téc. Enfermagem

A handwritten signature, possibly reading "G.G.", written in dark ink at the bottom right of the page.

As 11:35h Paciente encaminhado para Utopedia. Ex. Janeli

13:30

Wandson Freixas do Vale
Grupo Geral
FOMIAC 1550 ROE 139

10ME

Abnuto A. M. Rocha
IDADE: 29
REGISTRO: 2773165
ENFERMARIA: CCN
LEITO: 218

—P. Verno

26/12/20. Dr. 16:30h, paciente
verificado, recém chegada
do CC.; sob efeito analgésico
sensível, repouso e repouso
no leito, entregue aos cuidados
dos enfermeiros Kátia.
Resposta

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFIRMAR ORIGINAL



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUEB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 13:40 SALA _____ DATA 06-12-2020
 NOME DO PACIENTE Natália dos Reis Mota da Rocha ID 28 anos
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS () bloqueio + Sedaquid
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 14:20 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO limpeza + sutura + tala de gesso
 INÍCIO DA CIRURGIA 14:25 TÉRMINO DA CIRURGIA 14:35
 CIRURGIÃO Dr. Manoel Marcelo AUXILIAR(ES) _____
 ANESTESISTA Dr. Ronny INSTRUMENTADOR _____
 CIRCULANTE Amia ENF Roberta

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº <u>40x121</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO <u>15cm 13</u>	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 100
PIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
CLAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>15cm 11</u>	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 11
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 11
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS 1	LUVA P/ PROCEDIMENTO 11
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>241</u>
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>04</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS <u>17</u>	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO 1	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 11	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO 1	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 18
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML 11
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>301</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 14:20	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 115 x 80 mmHg.	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2: 98 %	SPO2:	SPO2:

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

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

As 13:40 paciente deu entrada no centro emergencial de modo não deorientado sonolento pouco comunicativo p/ realizar procedimento emergencial. As 14:20 foi realizada anotação CI bloqueio + Seda equi de Rony.

SAME / HJERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 109309
Numero do CNS.....: 0000000000000000 707401017374374
Nome.....: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 15/01/1992 Idade: 28 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: FRANCISCO ASSIS DA ROCHA
Nome da Mae.....: FRANCISCA PINHEIRO MAIA
Endereco.....: RODOVIA AC 40 - RAMAL DA CASTANHEIR 157
Bairro.....: SANTA MARIA Cep.: 00000-000
Telefone.....: 99969-0896
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2781906
Clinica.....: 009 - EMERG. TRAUMATICA ADULTO
Leito.....: 999.0012
Data da Internacao: 06/12/2020
Hora da Internacao: 05:00
Medico Solicitante: 797.011.322-20 - ODILON RODRIGUES SANTIAGO JUNIOR
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.....: Y87.1
Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 07/12/2020 às 09:30:20

HUERB
Unidade de Referência
Hospital de Referência

REGISTRO
2773165

PACIENTE
ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE
28

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
218

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRAT EXPOSTA OLECRANO REALIZADA LIMP CIRURGICA AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS PARTES MOLES	DIETA ORAL LIVRE S.N.D. SRL 1000ML EV EM 24H DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA A ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H 30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS DMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAD > 100MMHG CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS CURATIVO 1X/DIA CEFALOTINA 1G EV 6/6H f110 f11 410 ug @ 5x/dia	800 Evolutiva - H. Coluna, com nervoso, tórax, pulmão, fígado curativo fígado, apresentando seus quadros clínicos. 300 Evolutiva Coluna, n. ref. e gesso, no momento, diagnóstico possível. H. fígado. te. idêntico - ca. 3000x.
---	---	---

Dr. Marcelo Vimentea
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1791

INAO
AVALIAÇÃO

SAME / HUERB
CÓPIA ORIGINAL

27/12/2020 09:12:20
Fisioterapia + osteopatia
usando pe apertado
conhecimento pessoal e
aberto

Dr. Rodrigo Lima
Fisioterapia
CREFTO 9203180 +



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

digitado e impresso em: 09/12/2020 às 08:31:38

HUERB
Hospital de Urgência e Emergência do Acre

REGISTRO

2773165

PACIENTE

ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE

28

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

218

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRAT EXPOSTA O ELETROJUNO REALIZADA LIMP CIRURGICA CD AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS PARTES MOLES	DIETA ORAL LIVRE 5/25 SRL 1000ML EV EM 24H DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRAATÁRIA À ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA PLASL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAÇÃO TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAD > 100MMHG CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS CURATIVO 1X/DIA CEFALOTINA 1G EV 6/6H		DIÁ 07:00 às 16:00h, paciente não tem dor, não se queixa de náusea, ligado curativo na mão, medicação, re- ceita no laboratório, re- ceita de esta apre- ciação, mas refere que não, segue com curati- vos de enfermagem de. Recebido
Fratura na mão - 09, 12, 20 Realizada + curativo Dr. Rogério Silva Fisioterapia CREFIO 9203180 F	Isabelle Eulir Oncopiel Traumatologia CRM/AC 1344 RQE 545 TEON 1709		Este Paciente está tendo a cicatrização dos ferimentos, não apresenta, P.A. 120x80 mmHg. A- E. Tranquilidade

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 10/12/2020 às 10:26:09



HUEB
Hospital de Urgência e Emergência
Fundação de Saúde

REGISTRO

2773165

PACIENTE

ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE

28

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

218

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRAT EXPOSTA OLECRANO REALIZADA LIMP CIRURGICA PCT NÃO ESTAVA NO LEITO ESTAVA NA RADIOGRAFIA CD: ALTA HOSPITALAR CIRURGIA AGENDADA	DIETA ORAL LIVRE SRL 1000ML EV EM 24H DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 66/H TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0.9% 8/8H IV SE DOR REPRATÁRIA A ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA PLASIL 01 amp + 30 ML AD 88H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 140 OU PAD> 100MMHG CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS CURATIVO 1X/DIA CEFALOTINA 1G EV 6/6H ALTA HOSPITALAR COM CIRURGIA AGENDADA	<p>Declaro Marcos Marques da Otopexia e Trauma Ortopedia CRM-AC 195075807 15077</p> <p>SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p>Às 15 horas recebi alta hospitalar - CPM</p> <p>Daniela da Silva Pereira Enfermeira COREN-AC 501.309</p>
---	---	--	---

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

RELATORIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Florian A. M. Rocha

IDADE: _____

OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Fib. Epitel Infundida de
capulo D

CIRURGIA PROPOSTA: _____

Ligam + destruição de
laudo de SP, IT + taler
de gino

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

Fib. Epitel Infundida de
capulo D

CIRURGIA REALIZADA: _____

Ligam + Destrução + taler de gino

DATA: _____

06/12/2020

CIRURGIÃO: _____

Dr. Mario Mauro

1º AUXILIAR: _____

Dr. Fianchi

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR (A): _____

ANESTESISTA: _____

ANESTESIA: _____

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

Paciente em D, sob anestesia. Feito LTR
epi + Ligam Ripon. Feito Celocan
de eozon enteri. Feito Ligam + SP, IT + taler
Feit LTR + LTR + Taler

Dr. Mário Mauro R. dos Santos
Médico
CRM 3

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUS



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



2020/12/06

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Cláudio Assis Maia de Rodas</u>		Idade: <u>23</u>		Sexo: <u>M</u>		Cor: <u></u>		Registro / BE: <u></u>											
Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI																			
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh											
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP											
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura do cotovelo direito / TCS</u>																			
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite		MV: <u>(+)</u>		Complacência:															
ACV: <u>PCR</u>		ECG: <u>PS</u>		Alegrias: <u>-</u>															
Ap. Digestivo/Dentes: <u>sem</u>					Pescoco:		Peças Dent:												
Ap. Urinário: <u>sem</u>					Drogas em Uso:														
Estado Mental: <u>sem</u>																			
Anestesias Anteriores:					ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		Risco												
Medicação Pré-anestésica:					Hora: <u>14</u>		Efeito:												
HORA: <u>14</u>																			
GASES	O ₂	<u>99 - 99 - 99 - 99</u>																	
	NO ₂																		
	HALOG																		
Líquidos		<u>(PL 200)</u>																	
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂	<u>99 - 99 - 99 - 99</u>																	
	240																		
	220																		
	200																		
	180																		
	160																		
	140																		
	120																		
	100																		
	80																		
60																			
40																			
20																			
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:				Monitorização:													
1° <u>Fentanyl 100 µg</u>		1° <u>Sedação + Local</u>				1° <u>BC/ECG/PA/PA/PA/PA</u>													
2° <u>Propofol 0.5% 50mg</u>		2° <u>Limpeza Cirúrgica</u>				2° <u>MVU</u>													
3° <u>10mg Dexmedetomidina</u>		3° <u>Dr. Mauro Havela</u>				3° <u>Dr. Rony Batista</u>													
4° <u>8mg Ondansetron</u>		OBS:				CRM/AC 2001													
5°		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):																	
6°																			
7°																			
8°																			
9°																			
10°																			

SAÍDA HUERB
CONFORME 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 28 A CLÍNICA: Neurologia

PACIENTE: Abraão Assis Maia de Rocha

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 28 anos, fratura exposta da escápula, apresentando sinais de "síndrome do membro superior" e paralisia dos músculos da mão direita.

grato!

LAMP / 11/11/15
COPIA
CONFIRMAR ORIGINAL

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 08/12/2015 HORA: 9:30

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente vítima de politrauma evoluindo com trauma de cabeça + fratura de escápula, sem lesões cerebrais. Lesão em globo ocular (C) + fratura de maxilar + hemisíndices.

Seu estado clínico está sendo seguido pela equipe de neurologia. Não há sinais de infecção.

INAO

AVALIAÇÃO

DATA: 08/12/2015 HORA: 10:00

NOME DO MÉDICO:

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Requisicao: 00.PC.1.017351
Num. do BE: 02773165

Idade.: 28A
Requis.: 07/12/2020

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):	3,77	mm3
Hemoglobina:	11,70	g/dL
Hematocrito:	38,00	%
VCM:	87,00	fL
HCM:	31,00	pg
CHCM:	35,60	g/dL

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

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:	16.100	/mm3
Basofilos:	0	%
Valor Absoluto:	0	mm3
Eosinofilos:	0	%
Valor Absoluto:	0	mm3
Mielocitos:	0	%
Valor Absoluto:	0	mm3
Metamielocitos:	0	%
Absoluto:	0	%
Des:	3	%
Valor Absoluto:	483	mm3
Segmentados:	90	%
Valor Absoluto:	14.490	mm3
Linfocitos:	6	%
Valor Absoluto:	966	mm3
Monocitos:	1	%
Valor Absoluto:	161	mm3
Plastos:	0	%
Valor Absoluto:	0	mm3
Observacao:		

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

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.
LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 as 15:20 Coleta: 07/12/20 as 15:17-1a. Via Impressa: 07/12/20


 Ricardo Carvalho Leite
 Medico CRM: 1885 PA

SAME / HUERB
 COPIA
 CONFORME ORIGINAL

**HUERB
PATOLOGIA CLINICA**AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente...: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Requisicao: 00.PC.1.017351
Num. do BE: 02773165Idade...: 28A
Requis.: 07/12/2020US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

cor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA**Amostra: Sangue**

Tempo de Sangramento:.... 01 MINUTO 30 SEGUNDOS

Tempo de Coagulacao:..... 05 MINUTOS

Contagem de Plaquetas:.... 141.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos

VR: 2 - 10 minutos

VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 as 15:20 Coleta: 07/12/20 as 15:17-1a. Via Impressa: 07/12/20


Dr. Greicele Carvalho Leite
Biomédica CRM 1885 PASAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Sangramento +
dor abdominal
+ febre de
evolução

estabilizado

História da Doença Atual:

Febril

História da Doença Anterior:

Não

Exame Físico:

agudo + dor abdominal - costado, D

Diagnóstico Provisório:

Febril de costado D (após 1
o episódio)

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

19

SAME / HUERE
CÓPIA
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Dr. Mário Marcelo B. dos Santos
Médico
CRM 160.3121

- 1-ALTA CURADA
- 2-ALTA MELHORADA
- 3-ALTA INALTERADA
- 4-ALTA PEDIDO
- 5-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 6-ALTA ADMINISTRATIVA
- 7-ALTA POR INDISCIPLINA
- 8-ALTA POR EVASÃO
- 9-ALTA P/ COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 10-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 11-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 12-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 13-POR DOENÇA CRÔNICA
- 14-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 15-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 16-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 17-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 18-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 19-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 20-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 21-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 22-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 23-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 24-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 25-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 26-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 27-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. ASC.

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

Sisruay 3524 76247

FUNDHACRE

FUNDACÃO HOSPITAL D'OS ACRE

Sus: 707.4010.1737.4374

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

Número do Prontuário: 299 722 Data 13. 12. 20 Hora: 7:00

Seção: A Quarto: _____ Leito: 19

Data do Nascimento 15. 01. 92 Naturalidade: Rio. Branco

Nacionalidade: Brasileira Sexo: m Cor: P

Estado Civil: Solteiro

PIS	PASEP	RG	CPF	CERT.	NASC.
-----	-------	----	-----	-------	-------

10929010

Profissão: Alexiliar de venda Religião: Evangelica

Endereço Residencial: Rua: Tan. al da Postanheira N° 157

airo: Santa Cidade: Rio-Bras Estado: AC Tel.: 992 1822 05
maria

Endereço do Trabalho: _____

airro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel.: _____

Relação: Francisco Assis da R. / Francisca Pinheiro
Maia

Nome do Cônjuge: _____

rau de Escolaridade: Eurino médio completo

édico Responsável: DR: *F. Almeida*

Nome do Responsável: o mesmo

do RG. do Responsável: 0 mesmo

Endereço do Responsável: _____

idade: Estado: Grau de Parentesco:

Grau de Parentesco:

James T. S. Spencer
Ensign CON-AC 583.00
Andrea Kyriska

LIBRARY OF THE
CONGRESS
5101 MARSHALL AVENUE
WASHINGTON, D.C. 20540

DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC

AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE: Abraão Assis Maia do Rocha

DIAGNÓSTICO (DX) fx exposto olecrano

PROCEDIMENTO
CIRURGICO PROPOSTO: osteossíntese

NECESSIDADE DE ANESTESIOLOGISTA? SIM (X) NÃO ()

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

DATA DA CIRURGIA

DATA DA INTERNAÇÃO

14 / 12 / 20

13 / 12 / 20

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ÓRTESES E PRÓTESES)

- FK 1.5 mm

- fio cerclagem

SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA EM: DIAS

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

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: / / 20

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

NÚMERO DO CARTÃO SUS

NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (FUNDHACRE)

PACIENTE RESIDE EM:

FIXO

CELULAR

RECADO

Falar com:

TELEFONES PARA CONTATO:

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

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

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

Nome completo: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____. CPF: _____

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

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

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

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

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

Rio Branco-AC, 10/12/2020.

Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____

FICHA DE ANESTESIA				HOSPITAL FUNDAÇÃO				005504																																																																																																																																																															
DATA 17/12/2020		NOME ALOMAR ASSIS MAIA DA ROCHA						Apt./Enf.		Nº PRONTUÁRIO 299722																																																																																																																																																													
IDADE 28a	SEXO MASC	COR	ALTURA	PESO	GRUPO SANG.	PA	PULSO	TEMP.	RESP.																																																																																																																																																														
HEMÁCIAS	LEUCOC.	HT	HEMOG.	GLICEMIA	URÉIA	CREAT.	BIL.	INR	TGO	TGP																																																																																																																																																													
AP. RESP. SLAT		ASMA NEGA		BRONQUITE NEGA		COMPLACÊNCIA (+)		M. VES (+)																																																																																																																																																															
AP. CIRC. EGG SLAT				ALERGIA NEGA																																																																																																																																																																			
AP. DIGESTIVO DENTES JAGUM				PESCOÇO NORMAL				PEÇAS DENT. -																																																																																																																																																															
ESTADO MENTAL LATE				DROGAS EM USO -																																																																																																																																																																			
APARELHO URINÁRIO -																																																																																																																																																																							
DIAGNÓSTICO PRÉ OP Fratura de olecrano (D)																																																																																																																																																																							
ANESTESIAS ANTERIORES								ASA II		RISCO																																																																																																																																																													
MEDIC. PRÉ-ANEST 10h45 11h 12h				HORA				EFEITO																																																																																																																																																															
GASES		<table border="1"> <tr> <td>O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										O ₂												N ₂																																																																																																																																															
O ₂																																																																																																																																																																							
N ₂																																																																																																																																																																							
LÍQUIDOS		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																																																																																																																																																																					
SATO2		<table border="1"> <tr> <td>260</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>220</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										260												240												220												200												180												160												140												120												100												80												60												40												20											
260																																																																																																																																																																							
240																																																																																																																																																																							
220																																																																																																																																																																							
200																																																																																																																																																																							
180																																																																																																																																																																							
160																																																																																																																																																																							
140																																																																																																																																																																							
120																																																																																																																																																																							
100																																																																																																																																																																							
80																																																																																																																																																																							
60																																																																																																																																																																							
40																																																																																																																																																																							
20																																																																																																																																																																							
CÓDIGO		<table border="1"> <tr> <td>Material O Pulso O Respiração</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>X Anestesia O Operação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										Material O Pulso O Respiração												X Anestesia O Operação																																																																																																																																															
Material O Pulso O Respiração																																																																																																																																																																							
X Anestesia O Operação																																																																																																																																																																							
V A		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																																																																																																																																																																					
SIMBOLOS		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																																																																																																																																																																					
DROGAS ADMINISTRADAS				TÉCNICA Bloqueio supraclavicular + Axilar + Sedação																																																																																																																																																																			
1º FENTANIL 100mcg				CIRURGIA COLELITOMIA DO COTOVELO (D)																																																																																																																																																																			
2º MIDAZOLAM 5mg				CIRURGIÕES RAFAEL + FRANCIS																																																																																																																																																																			
3º CE-ALOTINA 2g				OBS: MONITORAÇÃO PAINEL SATO2																																																																																																																																																																			
4º AGONIA 10mg																																																																																																																																																																							
5º PERAMETASON 10mg																																																																																																																																																																							
6º DIPIRONA 2g																																																																																																																																																																							
7º ROPINACINA 15mg L 1x																																																																																																																																																																							
8º BLOQUEIO LIDOCAINA 15mg 2% SIMSO																																																																																																																																																																							
9º																																																																																																																																																																							
10º																																																																																																																																																																							
11º																																																																																																																																																																							
12º																																																																																																																																																																							
13º																																																																																																																																																																							
14º																																																																																																																																																																							
15º																																																																																																																																																																							

HOSPITAL FUNDAÇÃO
CONFIRMAÇÃO DE RCP-BLACK

ANESTESIOLOGISTA

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente sadio normal.
ASA II	Paciente com doença sistêmica.
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa que é constante risco para a vida.
ASA V	Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

pat pós operatorio segue lucido eupneico acutem e
dita sinu presente segue sem interconsciência por $MEP\ P_0 = 110 \times 70$
 $MEP\ P_0 = 36.1$ e $Pa\ P_0 = 100$ mmHg

paciente pós operatorio, lucido, com consciência, eufórico, afeto
funções fisiológicas presentes, acorda a cada 2h. PA 100/60 mmHg
T. 35,6 °C Rec. Paciente.

☒ CIRURGIA ELETIVA

Clinica _____

Enfermaria A

Leito 19

MATRÍCULA

Data Nasc. _____

Nome Alvaro José Maria

Sexo M ☐ F ☒

Rocha

Data 13, 12, 2008

Hora 7:00

Idade 28

Cirurgia de

☐ Pequeno porte

☐ Médio porte

☒ Grande porte

CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

Procedimento cirúrgico proposto tx Cistostomia de alívio

Aspectos relevantes do exame físico

Admitido para 1to. cirurgia nos
unidades do S. Paulo. 1to. exame
afim de, suprimir a dor urinária. Deje
alergia medicamentosa. Oligúria em
presença de Anest. Radiografia + Exa
nos laboratórios

Sinais vitais:

PA

FC

TAX

Orientações

52 kg

1,50 m

DATA

13/12/20

COREN

88659

Carimbo

Car. Faria

ASSINATURA

ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO

ENFERMARIA:

☐ A

☐ B

☐ C

☐ D

☐ GERIATRIA

☐ UTI

DATA

Hora

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☐ Lúcido

☐ Sonolento

☐ Consciente

☐ Torporoso

☐ Desorientado

JEJUM:

☐ Sim

☐ Não

TRICOTOMIA:

☐ Sim

☐ Não

PROTESE:

☐ Sim

☐ Não

USO DE PRÉ-ANESTÉSICO:

☐ Sim

☐ Não

PRONTUÁRIO COMPLETO:

☐ Sim

☐ Não

SINAIS VITAIS:

PA

mmHg

T

°C

P

b.p.m

R

lpm

OBS

DATA

COREN

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Carimbo

ASSINATURA

RECEPÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

HORA DA ENTRADA NO C.C. _____ HORA DA ENTRADA NA S.O. _____ SALA _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso

INTEGRIDADE CUTÂNEA: ☐ Sim ☐ Não

ALERGIA: ☐ Sim ☐ Não

OBS: _____

DATA ____/____/____

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

ASSINATURA

TRANSOPERATÓRIO

ESQUEMA: ☒ Não ☐ Sim Local: _____

Início: _____ h
Início: _____ h

Término: _____ h
Término: _____ h

CARACTERISMO VESICAL: ☒ Não ☐ Sim Sonda N° _____

☐ 2 VIA

☐ 2 VIA

ENF: _____

HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____

C.H.: _____

PFC: _____

LABORATÓRIO: ☐ Histopatológico

☐ Cultura

☐ Citologia

HORA DO TÉRMINO DA CIRURGIA: _____ h

HORA DA SAÍDA DA S.O.: _____ h

OBS: *para operação de S.O. de urterano sob Bexiga + Kist*

ENCAMINHADO PARA: S.O.A.

CIRCULANTE: *Buena*

NA RECUPERAÇÃO POS-ANESTÉSICA

RECEBIDO NA RPA ÀS *12:05* h

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☒ Comatoso

HIDRATAÇÃO VENOSA: *ASG SML Beule*

Condições: *em curso*

CURATIVO CIRÚRGICO: Local: *M.S.O.*

Condições: *ocluso*

DRENAGENS: Tipo: _____

Tipo: _____

HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim

N° de Bolsas: _____

C.H.: _____

PFC: _____

ELIMINAÇÕES: ☒ Não ☐ Sim

EXTREMIDADES: Aquecidas: ☒

Frias: ☐

Cianóticas: ☐

Perfundidas: ☒

SINAIS VITAIS: PA *110x69* mmHg

34.3 °C

PC *55* b.p.m

48 98 70 irpm

OBS: *RT Osteosíntese cotovelo (D) sob Bloqueio + pedacos*

HORA DA ALTA *12:30*

Acordado: ☒

Sonolento: ☐

ENCAMINHADO PARA: *Seção A leito: 19*

DATA *14.12.20*

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Stavits

ASSINATURA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Abraao Assis Maia da Rocha

LEITO: ORTOPEDIA / 19

DATA: 14/12/2020

1. DIETA VO livre.....
2. SRL 500ML EV 12/12 HORAS
3. Cefalotina 1G IV 06/06H.....
4. DIPIRONA 1g + 20ml AD EV 6/6H
5. Tramal 100 mg EV + 100ml sf 0.9% de 8/8h
6. Plasil 01 amp EV + AD de 8/8h S/N.....
7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS
8. CURATIVO 1 x ao dia.....
9. Tilatil 20mg IV 2x dia.....

EVOLUÇÃO MÉDICA

POS OP IMEDIATO DE OSTEOSSINTESE DE OLECRANO DIREITO
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIA.

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

15/12/20 - Paciente sem queixas

F.O. limpo. Neurológico - reflexos - de

co. Não há pontos com ventos - indicados

estando dentro do normal

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

30T per operations segue lucro empresa antes de
luta divida presente segue sem intercomencia por 100×70
10g TAX = 36.1c de percentagem ——— " ——— "
percent por operacao, lucro, comestivo, despesas, afil
encos fisiologicos presentes, acorda o dia. 1.4 100 x 100 g/m²
T. 35,6 °C Tax. 35.6.

Código Solicitação: 352476247

Número AIH: 122010051303-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO
Unidade Executante:
FUNDHACRE
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
BR 364 KM 2 - 02 - - DISTRITO INDUSTRIAL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

CNES:

2001578

CNES:

2001586

Município Executante

RIO BRANCO

CENTRAL ESTADUAL - AC

10.12.2020 -

13:58:52

Operador

SOL.HUERB-INGRID

21/12/2020 -

13:52:10

Operador

REG-CAROLL

22.12.2020

13.12.2020

Operador

EXEC.FUNDHACRE-
MARCIO

15.12.2020

21/12/2020 -

15:54:09

Operador

EXEC.FUNDHACRE-
MARCIO

1:2 ALTA MELHORADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707401017374374
Nome do Paciente
ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
Nome da Mãe
FRANCISCA PINHEIRO MAIA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
15/01/1992 (28 anos)
Tipo Logradouro:
RODOVIA
Número:
S/N
País de Residência:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

RIO BRANCO - AC

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

AC 40 RAMAL DA
CASTANHEIRA KM 02

Bairro:

SANTA MARIA

Município de

Residência:

RIO BRANCO

Complemento:

CEP:

69923-899

UF:

AC

BRASIL

Telefone(s):

(68) 99969-0896 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

16871547835

CPF do Médico Executante:

16871547835

Diagnóstico Inicial - CID:

S521 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO /
TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FX EXPOSTA DE OLECRANO/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + ANAMNESE + IMAGEM

Condições que Justificam a Internação:

PACIENTE COM CIRURGIA AGENDADA PARA 14/12/2020 NO HC COM DR FRANCIS/DR RAFAEL

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Nome do Médico Solicitante:

FRANCIS KASHIMA

Nome do Médico Executante:

FRANCIS KASHIMA

Status da
Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco

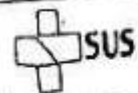
Prioridade 2 - Prioridade não urgente

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020369



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
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
2 0 0 1 5 7 8

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Abraão Aires Moura da Rocha

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
MASC. ☒ 1 FEM. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx exposto de crânio (D)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Paciente de cirurgia agendada

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO
14/12/20

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MÉDICO AUDITOR FUNDIACRE
Jose Francisco Furtado
CNS: 772266288363860

67

NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

11 DEIXA VOLUME ZERO A PARTIR DE MEIA NOITE

diceno ⑤

- *Fic. cactiformis*

HC

intern on other

11 DEIXA VOLUME ZERO A PARTIR DE MEIA NOITE

25E 1996 500M IV CARD 12/12H

3D FROM 16R EV DULDO 6SH SE DOR

4-TIRAMUOL 100MG + 100MG SFU, 9% EV 2/28H SE DOR FORTE

5PLAST TUNG EV DILLIDO 88 H SE MAUSEA OU BARESE

6-CAPT0PR1 25MG VO SE PAS> 140 CU PAD> 1000MEHS

7-CLINDADOS GERARS + SINUS VITAS

11 0037A2

COMORBID MENTAL ILLNESS

0854 INTERCOMPARISON

ROBERT M. CLARK, JR. OF MR. ARNOLD

WILLIAM. Anderson
Jesse. Alvin, son
Robert, Alfred - son
Richard, eldest son
James O. son, age
two years.
His estate \$1000
to William & son
son & wife.

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

paciente...: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Requisicao: 00.PC.1.017351
Am. do BE: 02773165

Idade...: 28A
Requis.: 07/12/2020

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

hemácias (em milhões):... 3,77 mm3
hemoglobina: 11,70 g/dL
hematocrito: 38,00 %
Hb: 87,00 fL
Hb: 31,00 pg
HCM: 35,60 g/dL

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

LEUCOGRAMA

hemometria Global: 16.100 /mm3
neútrófilos: 0 %
color Absoluto: 0 mm3
eosinófilos: 0 %
color Absoluto: 0 mm3
linfócitos: 0 %
color Absoluto: 0 mm3
monócitos: 0 %
color Absoluto: 0 %
basófilos: 3 %
color Absoluto: 483 mm3
segmentados: 90 %
color Absoluto: 14.490 mm3
neútrófilos: 6 %
color Absoluto: 966 mm3
monócitos: 1 %
color Absoluto: 161 mm3
basófilos: 0 %
color Absoluto: 0 mm3
servacao:

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

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.
LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA

HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

Elaborado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 as 15:20 Coleta: 07/12/20 as 15:17-1a. Via Impressa: 07/12/20

Carvalho Leite
Médico CRP 1885 PA

HUERB
PATOLOGIA CLINICAAV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente...: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Requisicao: 00.PC.1.017351
Num. do BE: 02773165Idade...: 28A
Requis.: 07/12/2020US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 01 MINUTO 30 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao:.... 05 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:.... 141.000 /mm3VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 as 15:20 Coleta: 07/12/20 as 15:17-18. Via Impressa: 07/12/20


Dr. Graciele Carvalho Leite
Biomedica CRM 1885 PAHOSPITAL DA CLINICA DE RIO BRANCO
CONFERE COM O 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 28 A CLÍNICA Neurologia

PACIENTE: Abraão Assis Maia da Rocha

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 28 anos, fratura exposta de lateral direita, apresentando "Síndrome de Guainin" e falta de resposta ao tratamento.

grato!

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 08/12/2008 HORA: 9:30

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente vítima de politrauma evoluindo com dor de cabeça + vômito + febre. TC de crânio sem lesões cerebrais. Lesão em globo ocular (e) + fratura de maxilar + hemorragias.

Seu cuidado cirúrgico pela neuro-oftalmologia - encaminhado para INAO.

NOME DO MÉDICO:

AVALIAÇÃO

DATA: 09/12/08 HORA:



FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE

FUNDHACRE

NOTA DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO ☒

UTI ☐
AMBULATÓRIO ☐

Nº REGISTRO:

297722

DATA:

14/12/20

CARTÃO SUS

707 4020 2374374

Nº DO LEITO:

SALA:

COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE

ABRAO ASSIS MIA DA ROCHA

PROCEDIMENTO REALIZADO

FX DE ALGUMAS

TIPO DE ANESTESIA

BLOQUEIO + SUXIA

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRURGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT CIRURGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada					un.	Agulha Hipodérmica nº				
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE Nº				
AMP.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
fr.	MARCAINA PESADA 0,5%					un.	Atadura de Crepe				
amp.	DORMONID <i>cefeletina</i>		L			un.	Atadura Gessada				
ml	LIDOCAINA 2 % S/V		1			un.	Compressa 10 x 10	1			
ml	Fentanil		1			un.	Compressa 45 x 50	1			
ml	LIDOCAINA 2 % C/V						Dreno nº				
ml	<i>Suavet midazolam</i>		1			un.	Lâmina de Bisturi nº				
fr.	PROPORFOL <i>Propofol</i>		1			un.	EQUIPO				
td.	Lidocaina Gel (Xylocaina)					Par.	Luvas de Borracha nº 80				
fr.	Tiopental (Thionembatal)					un.	CATETER INTRAVENOSO				
fr.	Suxametônio(Quelicin)					un.	Seringa 5ml				
amp.	Metociopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml	1			
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml	1			
amp.	RONGURONIO <i>Diprion</i>		L			un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL					un.	Sonda Foley nº				
fr.	ATACURIO					un.	FIO VICRYL Nº 20	L			
fr.	DECADRON <i>Dexa</i>		1			un.	FIO POLIESTER Nº				
fr.	<i>Ketalar</i> <i>Turbidex</i>		L			UN.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Dclitocina-5u (Syntocinon)					UN.	CATEGUTE SIMPLES Nº				
amp.	Metilergometrina (Metrergin)					UN.	MONONYLON Nº 3.0	L			
un.	NAUSEDRON					UN.	ALGODÃO Nº				
un.	SERYOFURANE					ML	ALCOOL 70%	1			
un.	ISOFURANEO					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE	1			
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOOLICA	1			
un.	SORO RINGER										
un.	SORO FISIOLÓGICO										

CIRURGIÃO:

R. Carlos / R. P. L.

CIRCULANTE

RUGER

ANESTESISTA

R. P. L.

HORA ENTRADA

10:30

HORA SAÍDA

11:30

CIRURGIÃO:

INSTRUMENTADOR

GILBERTO

ENFERMEIRO

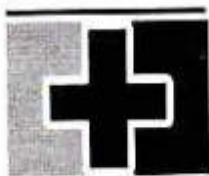
JOSEMA

HORA INÍCIO

10:30

HORA FINAL ANESTESIA

11:30



FUNDHACRE

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Almeida Amis Moira do Soc</i>			Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO <i>1 / 1</i>	SEXO MASC. () FEM. ()
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>	CID 10
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura do ulnare</i>		CID 10 PRINCIPAL	
OBSERVAÇÕES <i>Sugiro :- anafreno - genio de Am de cotovelo</i>			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO <i>30/12/20</i>	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr Rafael Teixeira Pinto</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2.343/FEOT 13.379
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

Paciente Alcides Anis M. da Rocha
Leandro Moraes

Paciente em acompanhamento
de pós-operatório de fratura de
Olivário direito (14/12/20).

Atualmente, em acompanhamento
para início de tratamento
fisioterapêutico, mantendo
limpeza e curativos no
cotovelo direito.

CIA : 552.0
E 98.8

DATA 30/12/20

Dr. Rafael Teixeira Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 23477-PT 13.370
ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

  **Polgar Direto** 

Adraão Assis Maia da Rocha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

 **Receita Federal**

CPF

013.247.572-30

MESES DE VALIDADE 01

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1092901-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2010

NOME **ADRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA**

FILIAÇÃO
FRANCISCO ASSIS DA ROCHA
FRANCISCA PINHEIRO MAIA

NATURALIDADE
RIO BRANCO - AC DATA DE NASCIMENTO
15/01/1992

DOC. ORIGEM
CERT. NASC 30575 FLS 275 LIV 108-A

2 OF RIO BRANCO - AC

CPF
013.247.572-30

2 VIA


CARLOS ROBERTO DE ALMEIDA RODRIGUES
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRAÇÃO

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA : 013.247.572-30

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Número do Sinistro: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/07/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Número do Sinistro: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/07/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA