

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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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: 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: 6 - CPF: 10 - Complemento:

03.247.572.30

Abraão Assis maia da Rocha

6 - CPF: 10 - Complemento:

137 casa

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

5 - Nome completo: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 16 - Tel.(DDD):

ABRAO ASSIS maia da Rocha
Jelurau TV Anos (Rural) AC 69.900.000
Santa maria Rio Branco

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 15 - E-mail:

63.247.572.30
68-99969-0896

DADOS CADASTRAIS

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: 68-99918-3322

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)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0531 03 CONTA: 00080784 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

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

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

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 Lider 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) 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar 30 - Vítima deixou 31 - Vítima 32 - Se tinha irmãos, informar 33 - Vítima deixou
 leve filhos? Não Vivos: Falecidos: nascituro(nascidos)? Sim Não Vivos: Falecidos: Sim Não pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NAO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-D01 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
PÓLICIA 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	Mel(o)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

Nº: 157

CEP: 69.900-970

Telefone: (68) 99969-0896 (Celular)

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

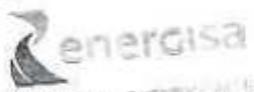
Agente de Polícia
Matrícula 91673825

Responsável pelo Atendimento

Abraao Assis Maia da Rocha

Vítima, Comunicante

"Declara para os devidos fins de direito que sou (a) (meu) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela inexistência de declaração que não origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Comunicação do Código Penal Brasileiro."



0180322-0

10675921

JANEIRO/2021

07/02/2021

120

75,82

JANEIRO/2021
FRANCIELA PENHEIRO MAIA DA ROCHA
TV ASSIS (RURAL) 157 - SANTA MARIA (RURAL)
CPF: 010.443.385-8204
CEP: 09.900-000 - RIO BRANCO

FRANCIS ASSIS (RURAL) 157 - SANTA CIPÓ - RIO GRANDE DO NORTE CEP: 59.900-000 - RIO BRANCO	29/01/2021
1902	30/12/2020
1782	26/02/2021
1.000	25/01/2021
120	29/01/2021
120	30
	FCAM*

Normal 4.1.2.1 121
W5867890319

		CONSUMO	120 A R\$ 0,631852 =	75,82
DEZ/20	13	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 1,55	
NOV/20	14	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	- 0,26	
OUT/20	129			
SET/20	143			
AGO/20	113			
JUL/20	95			
JUN/20	111			
MAI/20	96			
ABR/20	1,5			
MAR/20	1,0			
TOTAL	121			
	2			

DEVIDO A REMANEJAMENTO DE ROTA, NO PROXIMO CICLO, PODERA SER
ALTERADO O INTERVALO DE DIAS DE LEITURA EM RELAÇÃO AO FATURAMENTO
DESTE MES (ART. 84 RES. ANEEL 414/2010). EM CASO DE DUVIDA LIGUE
8800 647 7196 OU WHATSAPP GISA 68 9233-0341.

RESERVADO AO FISCO 6527.21AD.3F2A.0E64.24DE.9C7F.1CFD.473B

RESERVADO AO FISCO	6527.21AD.3F2A.0E64.240E.9C71	75,82		
Outras despesas	25,01	Base de Cálculo	16,00%	
Impostos	25,18	Alíquota		12,13
Impostos	2,51	Valor	1,08%	0,82
Tributação	6,39	Valor	4,99%	3,78
Encargos	16,73	Base		
Total				

0,87	1,00	0,87				
11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05
11/2020						42,21

Prefeitura do Município de Rio Branco
Secretaria Municipal de Finanças

Rua Rio Branco, 285 - Centro - Rio Branco/AC - CEP: 69.900-001

NFS-e nº:

30003

Emitida em:

30/12/2020 07:23

Dados do Prestador do Serviço

Nome Social	PRORAD DIAGNOSTICOS LTDA	
Nome Fantasia	PRORAD DIAGNOSTICOS	Telefone
CNPJ	11467937000198	Inscrição Municipal 1326503
E-mail	atendimento@grupodusus.com.br	Inscrição Estadual RG
Endereço	HUGO CARNEIRO, 505	Bairro BOSQUE
Cidade	RIO BRANCO	CEP 69900550

Dados do Tomador do Serviço

Nome/Razão Social	ABRAAO ASSIS MAIA ROCHA	
CPF/CNPJ	01324757230	Insc. Municipal
Endereço	RODOVIA AC 40 KM 09.02	Insc. Estadual RG
Cidade		Bairro RAMAL DA CASTANHEIRA

Descrição 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\$)	Aliquota (%)	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 dessa NFSE: 15/01/2021
- Código Verificação: 3AFD-BE81-SAAB-6FD9

Utilize o link no QR Code



RECIBO

Nº

VALOR #2.950,00 #

Recebi (emos) de Abraão Assis Maia da Rocha
a quantia de dois mil novecentos e cinqüenta reais -

Referente à 25 sessões fisioterapia Domiciliar

e para clareza firmo (amos) o presente.

Rio Branco/AC, 30 de Dezembro de 2020

Assinatura

Nome

LUCIMARIA OLIVEIRA

CREFI/09/266358-F

CPF / RG CPF: 792.818.262-91





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>Almoço Amor Maia do Lach</i>	Nº DO PRONTUÁRIO		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. ISGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL CID 10

Frustozano

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)

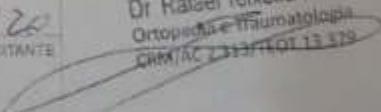
DESCRÍPCAO DO DIAGNÓSTICO CID 10 PRINCIPAL

70.4 Atrofia do nervo do olho

OBSERVAÇÕES

*Sugiro: - amofagia
- gosto de sabor de catarro*

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA DO PROFISSIONAL / N.º DE REGISTRO DO CONSELHO
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	<p>Dr. Ratsel Teixeira Pinto Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 013740113-579</p> 



VTR-04

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	DATA	06/02/20	HORA	04:13 min		
MÉDICO(A) REGULADORA(DA) <i>Dra. Guilherme Pasa</i>							
MOTIVO	CLÍNICO			TRAUMÁTICO			
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAF	<input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO	
<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 20. FAB	<input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO		
<input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO: _____	<input checked="" type="checkbox"/> 17. QUADAMUTO	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA			
<input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST.	<input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.		<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 24. OUTRO: _____			
PACIENTE	NOME COMPLETO <i>ABRAAO MABESIS MARA DA NOCHA</i>			25. Masc. <input checked="" type="checkbox"/>	IDADE <i>-25 ANOS</i>		
				26. Fem. <input type="checkbox"/>			
ENDEREÇO Onde se encontra o paciente (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA) <i>Rotatendo 1 Anhoso Bento</i>							
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULATÓRIO	NEUROLÓGICO	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 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"/> 30. LIVRE	<input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA	<input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES		
<input type="checkbox"/> 34. APNÉIA	<input type="checkbox"/> 38. PCR				<input type="checkbox"/> 47. FRATURAS		
SÍNOS VITais	HORA	P.A.	F.R.	FC	SPO2	DEXTRÔ	GLASGOW
	INÍCIO	4:15	100 x 70		87	96%	15
FIM							
PROCEDIMENTO EFETUADOS	41. ADM. OXIGÉNIO	53. RCP	<input checked="" type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO	<input type="checkbox"/> 65. CURATIVO		
	<input type="checkbox"/> 50. GUEDEL	<input type="checkbox"/> 54. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 58. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> 62. INTRACATH	<input checked="" type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA		
<input type="checkbox"/> 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"/> 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.			
AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____							
REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____							
TRANSP.	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO			
	<input checked="" type="checkbox"/> 69. SIMPLES <input type="checkbox"/> 70. MEDICALIZADO	<i>Via Póblco</i> REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	<i>HUERB-SET</i> REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO				
INCIDENTE	71. CANCELADO	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				
OBSERVAÇÕES		<p><i>Vítima de acidente de trânsito por queda de moto, encontrado em via pública semi pavimentada nivelmente utilizada com trânsito atípico; asfixia, hipotensão por estímulos da luta; estavél. Apresenta trauma na face lado direito isolado no olho direito + esguicho, trauma no esterno clavicular com provável fratura do mesmo esguicho + nível sanguíneo? Vítima inquieta e agitada + immobilizada por parreira algida e color cervical e encaminhada para o HUERB SET para avaliação e conduta.</i></p>					
PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE <i>cond: G-14 - Dr. Sá - Enfermagem</i>							

PROT. 707.4010.1737.4379

MS/DATASUS

HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

Nº DO BE.

HORA

2775165

DATA 06/12/2020

07:38 0781906 SETOR: Emergência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Alvarenga Lissid Maria da Rocha

NASCIMENTO: 15/01/1992

IDADE: 18

SEXO (M)

ENDEREÇO: Av. CR 40, 90 - Rua Condaminheiros, nro 02

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO: Santo Amaro

MUNICÍPIO: Rio Branco

UF: AC

TEL: 99969-0396

RESPONSÁVEL: Condizido pelo Seara

MÃE: Franckice Ribeiro Macê

PA:

MOTIVO DO ATENDIMENTO: Perfuração de útero

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Arealet (Anoletos Brancos)

CASO POLICIAL: ()

PLANO DE SAÚDE: ()

TRAUMA: ()

ACID TRABALHO: ()

VEÍCULO DE AMBULÂNCIA: ()

S10c 97

PA: 120 x 72 mm HG

PL. SO: (70)

TEMP.: ()

EXAMES: () RAIOS X () SANGUE () URINA () TC

COMPLEMENTARES: () LÍQUOR () EGG () ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLÍNICOS: # Cintilografia Geral

Paciente do sexo feminino de 18 anos com dor abdominal + consti-

guração de dor no abdômen central T6, T7, L1, L2, L3

Exame de fundo cervical Bem (0) sintomas (= 130 Flocos)

Prueba estéril. - Glasgow (3+2+6) 13 PVS vs Sintomas

negativos. E - Gastroenteritis. Epi.

Exame de fundo cervical sintomas diretos

Exame de fundo cervical sintomas diretos

DIAGNÓSTICO: (+) - Doença

PREScrição:

CID: ICU

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

06/12/2020

DATA DA SAÍDA: 06/12/2020

ALTA: () DECISÃO MÉDICA () DEPARTAMENTO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL () SETOR:

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): EMERGÊNCIA

ÓBITO: () ATÉ 48 HS () AOS 48 HS

() FA. VITALIA () IML () ANAT. PAT.

Dr. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

HORA DA SAÍDA:

06/12/2020

CONFORME ORIGINAL

Dr. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

ASSINATURA E CARIMBOS DO MÉDICO

Dr. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

Assinatura e Carimbos do Médico

Wackette Horácio qd 14:30 pt etapa 000
encaminhado da enfezinha

ALERGIAS MED.		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PROTOCOLO DE MANCHESTER		CLASSIFICAÇÃO	
HUERB		CD: <i>toracoplastia gerada</i> DR. <i>Mario Henrique da Cunha</i> CRM/AC 3121			
NOME DO PACIENTE		06/12/2007 # Univer. Dr. Mario Henrique da Cunha CRM/AC 3121		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		Rx Mexox - sa piora / sa dor USG Torax - negativo -		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA		cos de dor da convalescência			
DISCRIMINADOR				Peso: <i>Santiago</i> Pulseira: <i>2290</i> Glicemia: mg/dL	
PARÂMETROS		PA:	X mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: Dr. <i>Edison Aguiar</i> Pulseira: <i>2290</i> CRM/AC 1961
		ESCALA DE DOR		mmHg	Temp.: °C
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura: <i>Roberta Maria de Souza Freire</i> Enfermeira Coren - AC 599.408	
RECLASSIFICAÇÃO		1333 admitido no e e, acometido no ambiente, história de queda de moto e fratura em ombro pt cunhado, no procedimento cirúrgico de coloplastia.		HORÁRIO:	
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO					
As _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica.					
<input type="checkbox"/> Medicação Via Oral - VO, com _____ ml de água potável; <input type="checkbox"/> Medicação Intramuscular - IM, local: _____; <input type="checkbox"/> Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____ com () Jelco nº _____ () Scalp nº _____; <input type="checkbox"/> Medicação sublingual; <input type="checkbox"/> Medicação subcutânea, local: _____ 03.01.01.007 <input type="checkbox"/> NBZ _____ ATENDIMENTO: LNAO Anotações/Intercorrências: CONSULTA Assinatura/COREN: <i>Roberta Maria de Souza Freire</i> Coren - AC 599.408					
ECG 14, TC S/A. Alé de NCOZ					
ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA					
As 01:38 - Pac. entiado no SET, conduzido pelo SMM em parâlo rígido e colar cervical, procedente de sua publica vítima de queda de moto em 11/10/06, agitado, desorientado, apresentando otalgia, lobo direito + sangramento nasal, suspeita de fratura em cotaço direito + escorvador, P.A 120x77 mmHg, Fc 70 bpm, SAP 976, Tco Fernando					

- E - Fast → As 6:45 hor

- Paroxismo: livr
- Hipotensão: livr.
- Epilepsia: livr.

Dr. *Edison Aguiar*
Medico Responsável
Ginecologia - Obstetrícia
CRM/AC 1961

* Ausência de queijo fino no fundo de omento

HOME: Abreu N. M. RODA: 29 REGISTRO: 2773165 ENFERMARIA: CCB LEITO 218

06/12/2020. An 16:30, record
reducción, sección de exceso
de CC. Poco efecto destinado
de auto, diseño e separación
no visto, estrategia de diseño
de la configuración de la
zonificación.

CONFERENCIA
SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA



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 13:40 SALA 1 DATA 06-12-2020
 NOME DO PACIENTE Alvaro Assis Maia da Rocha ID 28 anos
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA AMBULATÓRIO OUTROS bloquenos +
 ANESTESIA GERAL RAQUEANESTESIA LOCAL Sedação
 OUTROS
 INÍCIO DA ANESTESIA 14:20 TÉRMINO DA ANESTESIA
 PROCEDIMENTO REALIZADO Limpagem + Sutura + Tela de Genito
 INÍCIO DA CIRURGIA 14:25 TÉRMINO DA CIRURGIA 14:35
 CIRURGÃO D: Mauro Marcelo AUXILIAR(ES)
 ANESTESISTA D: Romy INSTRUMENTADOR
 CIRCULANTE Amor ENF Roberla

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N° 40 x 121	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/VASO	ALCOOL 70% 100 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/VASO /	ALGODÃO ORTOPÉDICO 150 ~ 13	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 100
PIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
JIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 150 ~ 11	GORRO
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
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 241
LIDOCÁINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCÁINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 04	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS 17	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO /	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 11	PROPÉ
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% /	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO /	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 14
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML 11
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON 301	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

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 denunciado no entro em queixas de dor
máis desorientado sonolento e que comunicativo p/ realizar
poucos movimentos em queixas. AS: 14:20 foi realizado anestesia
cl biquemis + sedo eoxit al RONZY

SAME / HUERB
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
Municipio.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade....: ACRE

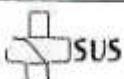
DADOS DA INTERNACAO

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 Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Sistema
Único da
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 - HUERB

2 - CHES

21001578

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Abranio Assis Maria da Rocha

4 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Abranio A. M. Rocha

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710174101101171317413174

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/1/192

9 - SEXO

MASC. Fem. 3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Francisca Linhares Maria

12 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Rodovia Be. 40 Km - Castanheira - KM02 - Santa Maria

14 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rio Branco

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

RC

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dor Sagrada de coto a co D
Deformidade T 10h. de evoluç

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

II. Intensa dor + fator

SAME / HUERB

CÓPIA

ORIGINAL

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

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Int. Orgânico de Cervical

24 - CID 10 PRINCIPAL

552.1

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interv + fator gên

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

41 - SÉRIE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

43 - NOME DA EMPRESA

44 - CNPJ

45 - VÍNCULO COM A PREVIODÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - INDEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - INÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPF

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

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

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

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Leuda Maria Davalos

Médica Autorizada CRM-AC 768

HUERB



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

REGISTRO

PACIENTE

2773165

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

50

CMCB -

218

8

卷之三

10

11

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENTRADAS
<p>FRAT EXPOSTA OLÉCRANO REALIZADA LIMP CIRURGICA AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS PARTES MOLES</p> <p>Permiti subi com sulco</p> <p>Pratum @ vánt, caput</p> <p>Sent te de credo ++</p> <p>Ainda deitado Fim etanomia 08:12:20 regridecia e enurese porem nhas consternado</p> <p>Dr. Rafaely Lima</p>	<p>DIETA ORAL LIVRE <i>3/4</i> SRL 1000ML EV EM 24H <i>10/10/2004</i> DIPRONA 1GR EV DILUIDO 66H TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0.9% 8:6H IV SE DOR REFRATÁRIA A ADMINISTRAÇÃO DE DIPRONA PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8:6H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR TRAMADOL OU SE TIVER VÓMITOS OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <i>16/10/2004</i> CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAD > 100MMHG CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais CURATIVO 1X/DIA</p> <p>CEFALOTINA 1G EV 6:6H <i>16/10/2004</i></p>	<p>Abraço, i sinto desculpa nem comemoracão surgem 3endo, em dele, cpr. devo + curado. tci - deveras</p>	<p><i>16/10/2004</i></p> <p><i>SAAME / MUERB</i> <i>CÓPIA</i> <i>CONFORME ORIGINAL</i></p>



REGISTRO
PACIENTE
2773165

ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE
28

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
218

HUERB
Fone: (65) 3211-3309

EVOLUÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRADE EXPOSTA OLECRANO

DIETA ORAL LIVRE

SRL 1000ML EV EM 24H

DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 66ML

TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRASTRÁRIA A
ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA

PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (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

CEFALGINA 1G EV 6/6H

ALTA HOSPITALAR COM CIRURGIA AGENDADA

PCT NÃO ESTAVA NO LETO

ESTAVA NA RADIOGRAFIA

CD: ALTA

COM

HOSPITALAR

CIRURGIA AGENDADA

Francisco Marques Jr.
Operador de Radiologia
SUSAC 19915807 15077

same! HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

15 Nov 2020
Alto longitudo C P
Daniela d S Silveira
Enfermeira
COREN 150 331.3309

NOME DO PACIENTE: Horau A. M. Rocha

IDADE: _____ OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Fit. Crypt. Infecção do
coração P

CIRURGIA PROPOSTA: Lavagem e aspiração de
lodo e sucção de ferida
de genc

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fit. Crypt. Infecção do
coração P

CIRURGIA REALIZADA: Lavagem e Destruimento + Tela de ferida DATA: 06/12/2020

CIRURGÃO: D. Ofício Manoel 1º AUXILIAR: D. Francisco

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR (A): _____

ANESTESISTA: _____ ANESTESIA: _____

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM () NÃO

DESCRIÇÃO: SAME / HUERB

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: CONFORME ORIGINAL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

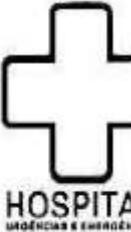
DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Paciente ex. D. sob anestesi. Farto ab
síni + Organ. Repar. hait. Cetecam
de sangue exteri. Farto Lysza + SFT, T. Tela
fett abri + entro + Tela

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:	Alessandro Assunção de Roda		Idade:	23	Sexo:	MF	Cor:		Registro / BE	
Setor proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI		
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sanguíneo:	Fator Rh		
Hm	HI	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP		
Diagnóstico Pré-Operatório: Náusea de rotina durante TCE										
Ap. Resp:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV: (-)	Complacência:						
ACV:	TcP		ECG:	Pc		Alegrias:				
Ap. Digestivo/Dentes	(-)			Pescoco		Peças Dent.				
Ap. Urinário:	(-)			Drogas em Uso:						
Estado Mental:	(-)			ASA:		<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Risco
Anestesias Anteriores:	(-)			Hora:						Efeto:
Medicação Pré-anestésica:	(-)									
HORA:	14	15								
GASES	O ₂	9a - Ra - 9a - 9a								
	NO ₂	SAMER HUERB								
Líquidos	HALOG	CONFORME ORIGINAL								
	PL (200)	CONFORME ORIGINAL								
SÍMBOLOS / V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂	9a - 9a - 9a - 9a								
	240									
	220									
	200									
	180									
	160									
	140									
	120									
	100									
	80									
60										
40										
20										
X										
DROGAS ADMINISTRADAS										
1º	Febrifugo 100g	Técnica:	Soflação + Local						Monitorização:	PC/ECG/PA/CO2/SpO2
2º		Cirurgia:	Laringofaringo Cirurgia						Ap. Resp.:	
3º	Supositório 0,5g 50g	Cirurgião/Auxiliar:	Dr. Nelson Hassel						Ap. CV:	MVG
4º		OBS.:							Dr. Ronny Batista	CRM/AC 2001
5º		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):								
6º										
7º										
8º										
9º										
10º										



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

DA CLÍNICA: Dr. especial LEITO N° 28 À CLÍNICA Meu lar

PACIENTE: Abrão Assis Maia do Rechô

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente, 28 anos, fraturou peronosteio da lateral da perna, apresenta "dor de barriga", febre, calafrios, etc. Sintoma: mal-estar.

grato!

DATA: 08/12/2000

CONFERENCIAL

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 08/12/2000 HORA: 9:30

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente vítima de politrauma evoluido com dorxa de calafrios + febre forte

TC de crânio, seu lesões cerebrais

Lesão no globo ocular (C) + fratura de maxila + fratura SI VVS

Sua condição clínica pela dor

TC SI nula - FRC - Tendência

NOME DO MÉDICO:

INAO

AVALIAÇÃO

DATA: 08/12/2000 HORA:

38
HUERB
ATOLOGIA CLINICA

AV. NACORES 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	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,70	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	38,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	87,00	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	31,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	35,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	16.100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
..... Absoluto:.....	0	%	
..... Des:.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	483	mm3	
Segmentados:.....	90	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	14.490	mm3	
Linfocitos:.....	6	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	966	mm3	
Monocitos:.....	1	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	161	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....	

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CJ
Gelson Carvalho Leite
Médico CRM: 1685 PA

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇOES 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

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

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

Cons. Regional:

cor....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:... 01 MINUTO 30 SEGUNDOS

VR: 1 - 5 minutos

Tempo de Coagulacao:... 05 MINUTOS

VR: 2 - 10 minutos

Contagem de Plaquetas:... 141.000 /mm3

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. Grazielle Carvalho Leite
Biomédica CRM/PA 1885 PA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

jeito Principal:

sazento +
desidr. dcl.
+ 10h. d'
evoluçao

Q

60
60
60

stória da Doença Atual:

1
2
3

Nip.

stória da Doença Anterior:

ame Fisico:

cajunto + desidr. constante. D

agnóstico Provisório:

Fract. de costato Q, Cervato 1
o infectada

agnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

19

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUER

Dr. Mário Marcelo B. dos Santos
CRM-MG 1652 CRM-RJ 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 CONIV. SOC. FAMILIAR
- 15-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 16-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 17-TRANSFERÊNCIA P/ CL. NICA MÉDICA
- 18-TRANSFERÊNCIA P/ CL. NICA CIRÚRGICA
- 19-TRANSFERÊNCIA P/ CL. NICA OBSTÉTRICA
- 20-TRANSFERÊNCIA P/ BEBERCÁRIO
- 21-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIATRICA
- 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. RECASC

- 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 DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DE 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 C/ RECÉM-NASCIDO

1.80 m

Sisney 3524 7624?

FUNDHACRE

FUNDACÃO HOSPITAL DO ACRE

202. 4030. 3732. 43 74

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

Nome: Abraao Assis Meia da Rocha 28a

Número do Prontuário: 299422 Data 13.12.20 Hora: 7:00

Secção: A Quarto: _____ Leito: 19

data do Nascimento 15. 03. 92 Naturalidade: Rio Branco

Nacionalidade: Brasileira Sexo: m Cor p

Estado Civil: Solteiro 10929030

Profissão: Alex filha de vendedora Religião: Evangélica

Endereço Residencial: Rua: 25 de Maio, nº 157

airro: Santa Cidade: Rio-Bravo Estado AC Tel.: 992182205
maria ~~senco~~

Endereço do Trabalho: _____

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

Nome do Cônjugue: Edson Cesar

rau de Escolaridade: Esino medio incompleto

éxico Responsável: DR: Fricke _____ R. de
sta de

Nome do Responsável: o mesmo

do RG. do Responsável: o mesmo

Endereço do Responsável: _____

dade

Estado:

Grati de Parentescu

DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC

AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE:

Abreu Anis Maria do Rocha

DIAGNÓSTICO (DX)

fx exposto olecrano

PROCEDIMENTO

osteomírese

CIRÚRGICO PROPOSTO:

**NECESSIDADE DE
ANESTESIOLOGISTA?**

SIM () **NÃO ()**

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

94 12 20

DATA DA CIRURGIA

13 12 20

DATA DA INTERNAÇÃO

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ÓRTESES E PRÓTESES)

- FK 15 mm

- fio cíclogram

SOLICITAÇÕES PÓ-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PÓS OPERATÓRIA EM: **DIAS**
 HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO
 OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA
 ASSINATURA DESTE.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: / /20

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

NÚMERO DO CARTÃO SUS

**NUMERO DO CARTAO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS (FUNDHACRE)**

PACIENTE RESIDE EM:

FIXO			
CELULAR			
RECADO	Falar com:		

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

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Quem recebeu as orientações e assina este termo: Paciente Responsável

Nome completo:

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): _____

do(a) Dr.(a) Francis R., 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:

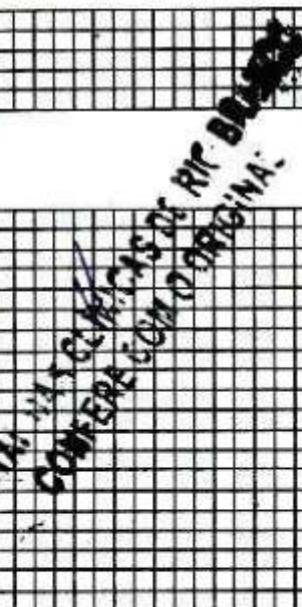
Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que seréi submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada a oportunidade de fazer perguntas que mi foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não existe 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. Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os ítems acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco-AC, 10/12/2000.

Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____

FICHA DE ANESTESIA		HOSPITAL FUNDAÇÃO							005504		
DATA 11/13/2005	NOME MORALO Assis Maia da Rocha							Apt/Env.	Nº PRONTUÁRIO 299722		
IDADE 38	SEXO MASC	COR	ALTURA	PESO	GRUPO SANG.	PA	PULSO	TEMP.	RESP.		
HEMÁCIAS	LEUCOC.	HT	HEMOG.	GLICEMIA	UREIA	CREAT.	BIL.	INR	TGO	TGP	
AP. RESP. S/Alt	ASMA NEGA	BRONQUITE NEGA				COMPLACÊNCIA (7)			M. VES. +		
AP. CIRC. EGG S/Alt					ALERGIA NEGA						
AP. DIGESTIVO DENTES	Jogum				PESCOÇO NORMAL		PEÇAS DENT. -				
ESTADO MENTAL	Lat				DROGAS EM USO		-				
APARELHO URINÁRIO	-				-		-				
DIAGNÓSTICO PRÉ OP Fratura de olecrano (1)											
ANESTESIAS ANTERIORES											
MEDIC. PRÉ-ANEST	10h15	11h	HORA			RISCO					
GASES	O ₂	O									EFEITO
LIQUIDOS	SRU 500 ml + 500 ml										
SAT ₂	260	100% 100% 100%									
	240										
	220										
	200										
	180										
	160										
	140										
	120										
	100										
	80										
	60										
	40										
	20										
Vt	1000 ml										
SÍMBOLOS											
DROGAS ADMINISTRADAS		TÉCNICA Bloqueio Supraclavicular + Axilar + Sedação									
1º FENTANIL 100 mcg		CIRURGIA DESARTICULACAO DO COLO DO COTovelo (1)									
2º MIDAZOLAM 5mg		CIRURGIOS Rafaell + Francis									
3º CETAKOTINA 2g		OBS: MONITORAÇÃO PAMI, SAT ₂									
4º AGNELICAN 10mg											
5º BENZMETASOL 10mg											
6º DIPRONE 2g											
7º Ropivacaína 15ml 1%											
8º Bloqueio Ropivacaína 15ml 1%											
9º Lidocaina 15ml 2% SWISSO											
10º											
11º											
12º											
13º											
14º											
15º											
 Anestesiologista											

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA		PONTUAÇÃO
ATIVIDADE	Movimento voluntário de todas as extremidades	2
	Movimento voluntário de duas extremidades	1
	Incapaz de se mover	0
RESPIRAÇÃO	Respira profundamente e tosse	2
	Dispneia, hipoventilação	1
	Apneia	0
CIRCULAÇÃO	PA $\pm 20\%$ do nível pré-anestésico	2
	PA $\pm 20\%$ a 50% do nível pré-anestésico	1
	PA $\pm 50\%$ do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Totalmente desperto	2
	Desperta quando chamado	1
	Não responde	0
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter Sat O ₂ > 92%, respirando ar ambiente	2
	Necessita suplemento de O ₂ para manter SatO ₂ > 90%	1
	Sat O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente saudável.
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.

PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.



PERIOPERAÇÃO

 CIRURGIA ELETIVA

Clínica _____

Enfermaria ALeito 19Data 13/12/20 Hora 7:00

MATRÍCULA

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

Sexo M F

Data Nasc. _____

Nome Alucar Alves Maria

Rocha

Idade 28

Ginurgia de

 Pequeno porte Médio porte Grande porte

CONSULTA PRE-OPERATÓRIA

Procedimento cirúrgico proposto

Extrato de olho

Aspectos relevantes do exame físico

Admitido para exame devido a
enfado de olhos. No momento
a febre, suspeita, não medicado. Nenhuma
alergia medicamentosa. Olhos com
presente. Anamnese: Radioterapia + Cura
dos olhos devido a

Sinais vitais: PA: _____

FC: _____

TAX: _____

Orientações

Peso: 52 kgAlt: 1,80 mDATA 13/12/20

COREN

88659

Carimbo


Say-Faund
ASSINATURA

ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO

ENFERMARIA: A B C D GERIATRIA UTI SAIA _____ Hora _____NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Lúcido Sonolento Consciente Torporoso DesorientadoJEJUM: Sim NãoTRICOTOMIA: Sim NãoPROTESE: Sim NãoUSO DE PRÉ-ANESTÉSICO: Sim NãoPRONTUÁRIO COMPLETO: Sim Não

SINAIS VITais: PA _____ mmHg

T _____ °C

P _____ b.p.m

R _____ rpm

OBS. _____

Carimbo

DATA _____

COREN

--	--	--	--

ASSINATURA

rat pos operatoris segue lucido expurgo acetale
dita sanguis presente segue seu interconvenia per MCP PB=110x70
mm² TA=36,1°C fec placenta —————
presente pos operando, lucido, conservando expresso, afibrol
Funcões fisiologicas presentes, aorta dia. 6,4 100x60 mm²
T. 35,6°C fec. placenta.

CIRURGIA ELETIVA

Clínica _____

Enfermaria ALeito 19Data 13/12/20Hora 7:00Idade 28

Cirurgia de

 Pequeno porte Médio porte Grande porte

MATRÍCULA

Data Nasc. _____

Sexo M F Nome Almaez Jesus MariaRocha

CONSELHO PRE-OPERATÓRIO

Procedimento cirúrgico proposto tx Sípsesta de Osteite

Aspectos relevantes do exame físico

Admitido para Ito cumprir as
 cuidados do D^o Braues Ito receber
 a filial, informe não recebido. Dese
 alegria medo concentração. Olhos
 presentes. Amores. Radiografias + GIC
 nas lateras do tórax sem

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ TAX: _____
 Orientações: 52 kg 1,80 m

DATA 13/12/20 COREN 88659 Carimbo 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: _____ irpm

OBS: _____

Carimbo

DATA: _____

COREN: _____



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 ComatosoINTEGRIDADE CUTÂNEA: Sim NãoALERGIA: Sim Não

OBS: _____

DATA: _____

COREN: _____

[Carimbo] _____

ASSINATURA: _____

TRANSOPERATÓRIO

ESQUEMA: Não Sim Local: _____

Início: _____ h

Término: _____ h

Início: _____ 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 Culinária Citoabologia

HORA DO TÉMINO DA CIRURGIA: _____ h HORA DA SAÍDA DA S.O.: _____ h

OBS: *Quais operações de fú e resecção sub bronco + Kyst*

ENCAMINHADO PARA: S.P.A.

CIRCULANTE: *Bruxa*

NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

RECEBIDO NA RPA ÁS: *12:09 h*NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Lúcido Sonolento Consciente Torporoso Desorientado ComatosoIDRATAÇÃO VENOSA: *MSG 500 ml 0,9% Selsal* Condições: *em curso*CURATIVO CIRÚRGICO: Local: *MSD* Condições: *occlusivo*

DRENAGENS: Tipo: _____

Tipo: _____

HEMOTRANSFUSÃO: Não Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____ELIMINAÇÕES: Não SimEXTREMIDADES: Aquecidas: Fria: Cianóticas: Perfundidas: SINAIS VITIAIS: PA: *110/60 mmHg* + *34.3* P: *80* b.p.m. FC: *58* S: *98%* irpmOBS: *102 Asteosintese cotovelos 102 Bloqueio +**pedrocoso*HORA DA ALTA: *13:30* Acordado: Sonolento: ENCAMINHADO PARA: *Secos R. Ceto: 19*DATA: *14/12/20*

COREN: _____

[Carimbo] *S. da Silva*
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.....

EVOUÇÃO MÉDICA

POS OP IMEDIATO DE OSTEOSINTSE DE OLECRANO DIREITO

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIA.

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silve
PRM - Ortopedista e Traumatologista
CRM - AC 2298

15/12/20 - Ponto: sem quebras

F.º: luxação, nervos, raios - etc

CD: Pto. lux. pto. com dentes - undos
retornos anelos toral

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silve
PRM - Ortopedista e Traumatologista
CRM - AC 2298

30T pos operatório segue evolução expreco menor a
uma diária presente desde seu intercorrência foi 160×70
 160 TAT $\approx 36.1^\circ$ Tcc plasmática $\text{Hb} = 10 \times 70$
periodo pos operatório, lucido, com evolução expreco, afebril
exames fisiológicos normais, aorta direita $1.4 \times 100 \times 100$ mmHg
 $T = 35.6^\circ$ Tcc. Salmôn.

Código Solicitação: 352476247

Número AIH: 122010051303-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS 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 **Operador**
13.12.2020 **Operador** EXEC.FUNDHACRE-MARCIO
15.12.2020 **Operador**
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:
BRASIL
Telefone(s):
(68) 99969-0896 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/ Apelido:
...
Naturalidade:
RIO BRANCO - AC
Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:
...
Logradouro: AC 40 RAMAL DA CASTANHEIRA KM 02 **Complemento:**
Bairro: SANTA MARIA **CEP:** 69923-899
Município de Residência: RIO BRANCO **UF:** AC

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
16871547835
CPF do Médico Executante:
16871547835
Diagnóstico Inicial - CID:
5521 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO
Caráter:
10 - Eletivo
Clinica:
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILIO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO

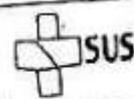
Nome do Médico Solicitante: FRANCIS KASHIMA **Status da Solicitação:** APROVADA
Nome do Médico Executante: FRANCIS KASHIMA

Classificação de Risco
Prioridade 2 - Prioridade não urgente
Clinica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020369

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:**



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 URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

2 - CNES
2 0 0 1 5 7 8

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Abraão Assis Melo da Rocha

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fx exerto de crano (D)

Cirurgia

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

Paciente com cirurgia agendada

24 - CÓDIGO PRINCIPAL

14/12/20

25 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

26 - CÓDIGO DE CAUSAS ASSOCIADAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

38 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - EMPREGADO

47 - EMPREGADOR

48 - AUTÔNOMO

49 - DESEMPREGADO

50 - APOSENTADO

51 - INSSURADO

52 - NÚMERO DO BILHETE

53 - SÉRIE

54 - CBOR

55 - NÚMERO DO BILHETE

56 - SÉRIE

57 - CBOR

58 - NÚMERO DO BILHETE

59 - SÉRIE

60 - CBOR

61 - NÚMERO DO BILHETE

62 - SÉRIE

63 - CBOR

64 - NÚMERO DO BILHETE

65 - SÉRIE

66 - CBOR

67 - NÚMERO DO BILHETE

68 - SÉRIE

69 - CBOR

70 - NÚMERO DO BILHETE

71 - SÉRIE

72 - CBOR

73 - NÚMERO DO BILHETE

74 - SÉRIE

75 - CBOR

76 - NÚMERO DO BILHETE

77 - SÉRIE

78 - CBOR

79 - NÚMERO DO BILHETE

80 - SÉRIE

81 - CBOR

82 - NÚMERO DO BILHETE

83 - SÉRIE

84 - CBOR

85 - NÚMERO DO BILHETE

86 - SÉRIE

87 - CBOR

88 - NÚMERO DO BILHETE

89 - SÉRIE

90 - CBOR

91 - NÚMERO DO BILHETE

92 - SÉRIE

93 - CBOR

94 - NÚMERO DO BILHETE

95 - SÉRIE

96 - CBOR

97 - NÚMERO DO BILHETE

98 - SÉRIE

99 - CBOR

100 - NÚMERO DO BILHETE

101 - SÉRIE

102 - CBOR

103 - NÚMERO DO BILHETE

104 - SÉRIE

105 - CBOR

106 - NÚMERO DO BILHETE

107 - SÉRIE

108 - CBOR

109 - NÚMERO DO BILHETE

110 - SÉRIE

111 - CBOR

112 - NÚMERO DO BILHETE

113 - SÉRIE

114 - CBOR

115 - NÚMERO DO BILHETE

116 - SÉRIE

117 - CBOR

118 - NÚMERO DO BILHETE

119 - SÉRIE

120 - CBOR

121 - NÚMERO DO BILHETE

122 - SÉRIE

123 - CBOR

124 - NÚMERO DO BILHETE

125 - SÉRIE

126 - CBOR

127 - NÚMERO DO BILHETE

128 - SÉRIE

129 - CBOR

130 - NÚMERO DO BILHETE

131 - SÉRIE

132 - CBOR

133 - NÚMERO DO BILHETE

134 - SÉRIE

135 - CBOR

136 - NÚMERO DO BILHETE

137 - SÉRIE

138 - CBOR

139 - NÚMERO DO BILHETE

140 - SÉRIE

141 - CBOR

142 - NÚMERO DO BILHETE

143 - SÉRIE

144 - CBOR

145 - NÚMERO DO BILHETE

146 - SÉRIE

147 - CBOR

148 - NÚMERO DO BILHETE

149 - SÉRIE

150 - CBOR

151 - NÚMERO DO BILHETE

152 - SÉRIE

153 - CBOR

154 - NÚMERO DO BILHETE

155 - SÉRIE

156 - CBOR

157 - NÚMERO DO BILHETE

158 - SÉRIE

159 - CBOR

160 - NÚMERO DO BILHETE

161 - SÉRIE

162 - CBOR

163 - NÚMERO DO BILHETE

164 - SÉRIE

165 - CBOR

166 - NÚMERO DO BILHETE

167 - SÉRIE

168 - CBOR

169 - NÚMERO DO BILHETE

170 - SÉRIE

171 - CBOR

172 - NÚMERO DO BILHETE

173 - SÉRIE

174 - CBOR

175 - NÚMERO DO BILHETE

176 - SÉRIE

177 - CBOR

178 - NÚMERO DO BILHETE

179 - SÉRIE

180 - CBOR

181 - NÚMERO DO BILHETE

182 - SÉRIE

183 - CBOR

184 - NÚMERO DO BILHETE

185 - SÉRIE

186 - CBOR

187 - NÚMERO DO BILHETE

188 - SÉRIE

189 - CBOR

190 - NÚMERO DO BILHETE

191 - SÉRIE

192 - CBOR

193 - NÚMERO DO BILHETE

194 - SÉRIE

195 - CBOR

196 - NÚMERO DO BILHETE

197 - SÉRIE

198 - CBOR

199 - NÚMERO DO BILHETE

200 - SÉRIE

201 - CBOR

202 - NÚMERO DO BILHETE

203 - SÉRIE

204 - CBOR

205 - NÚMERO DO BILHETE

206 - SÉRIE

207 - CBOR

208 - NÚMERO DO BILHETE

209 - SÉRIE

210 - CBOR

211 - NÚMERO DO BILHETE

212 - SÉRIE

213 - CBOR

214 - NÚMERO DO BILHETE

215 - SÉRIE

216 - CBOR

217 - NÚMERO DO BILHETE

218 - SÉRIE

219 - CBOR

220 - NÚMERO DO BILHETE

221 - SÉRIE

222 - CBOR

223 - NÚMERO DO BILHETE

224 - SÉRIE

225 - CBOR

226 - NÚMERO DO BILHETE

227 - SÉRIE

228 - CBOR

229 - NÚMERO DO BILHETE

230 - SÉRIE

231 - CBOR

232 - NÚMERO DO BILHETE

233 - SÉRIE

234 - CBOR

235 - NÚMERO DO BILHETE

236 - SÉRIE

237 - CBOR

238 - NÚMERO DO BILHETE

239 - SÉRIE

240 - CBOR

</

PACIENTE: Abraao Assis Maia do Rocha

IDADE: 28

CLÍNICA: CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LETO: 19

HUERB

EVALUAÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO:

: fx em perito
olícrano (6)

DATA DE ALTA:

06/12/20

DATA DE TERRAÇO:

13/12/20

DATA DA CIRURGIA:

19/12/20

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Dr. Francisco

Dr. Rafael

MATERIAIS:

- FR 15 mm

- Fio cíclodeum

OBS/INTERFERÊNCIAS:

Continuar

- 1-DIETA VOLUME ZERO A PARTIR DE MEIA-NORTE
- 2-SF 0,9% 50ML N CADA 6H2H
- 3-DEPRONI 1GR EV DIAUDO 6H5H SE DOR
- 4-TRAMAL 10MG + 100ML SF 0,9% EV 8H5H SE DOR FORTÉ
- 5-FUSUL 10MG EV DIAUDO 8H5H SE NAUSEA OU DORSE.
- 6-CAPTOPR 25MG VO SE PAG 140 OU PADD 100MG
- 7-CUIDADOS GERAIS + SEMAS VITAS

*Permanet. hiperestesia
lento. hemicr. com
prurito. febre
migração. respira
dificuldade. obstr.
respiratória. dor
nas costelas. dor
nas costelas. dor
nas costelas. dor*

HOSPITAL:

HC

internação 07/12

JF
**HUERB
ATOLOGIA CLINICA**

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

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

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

S. Origem.: HUERB/PS *CRB*
Olicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

macias (em milhoes):...	3,77	mm ³	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm ³
emoglobina.....	11,70	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
ematocrito.....	38,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
Mi.....	87,00	fL	VR: 78 a 98 fL
Mi.....	31,00	pg	VR: 26 a 34 pg
HCM.....	35,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

leucometria Global.....	16.100	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
leucocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
leucor Absoluto.....	0	mm ³	VR: 2 a 4 %
leucinofilos.....	0	%	VR: 0 %
leucor Absoluto.....	0	mm ³	VR: 0 %
leucelocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
leucor Absoluto.....	0	%	VR: 0 a 5 %
leucatoes.....	3	%	VR: 0 a 5 %
leucor Absoluto.....	483	mm ³	VR: 54 a 64 %
leucogmentados.....	90	%	VR: 21 a 35 %
leucor Absoluto.....	14.490	mm ³	VR: 21 a 35 %
leucofocitos.....	6	%	VR: 4 a 8 %
leucor Absoluto.....	966	mm ³	VR: 4 a 8 %
leucocitos.....	1	%	VR: 0 %
leucor Absoluto.....	161	mm ³	VR: 0 %
leucastos.....	0	%	VR: 0 %
leucor Absoluto.....	0	mm ³	VR: 0 %
leucervacao.....	-	-	-

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS

SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA

*HOSPITAL DA CLINICA DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINA-*

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

CF
 Gilmar Carvalho Leite
 69908620-1885 PA

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:

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 /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. Grazielle Carvalho Leite
Biomédica CRM 1885 PA





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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO
DA CLÍNICA: Europa LEITO N° 28 A CLÍNICA Meuselso A.
Rocha

DA CLÍNICA: PACIENTE: Abraão Assis Maia de Rocha
RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

PACIENTE: MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

grated.

.....
NOME DO SOLICITANTE:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

DATA: 08/12/2017 HORA: 9:30

paciente vînă de poliția no. euatoriano
cu unica de cofărma + fătăno
TC de crâna, său lesă cerebrală.
Lesă în stăpâncocător (c) + fractură de
maxilar + hemoragie sanguină.

alari + filius si uis.
Sicci calidetis: cuncta regia peda uer.
Tuo si uita filio - regnare uox

.....
NOME DO MÉDICO:

INAQ.

AVALIAÇÃO

DATA.....,..... HORA.....



FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE

FUNDHACRE

NOTA
DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO

UTI
AMBULATÓRIO

Nº REGISTRO:

291722

DATA:

14/12/20

CARTÃO SUS 707 4020 2737 4374

Nº DO LEITO:

SALA:

COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE ABRAÃO ASSIS MAIA DA SILVA

PROCEDIMENTO REALIZADO RX DE OLÉO UNICO

TIPO DE ANESTESIA BLOCO FLEXIP

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRURGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT CIRURGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada					un.	Aguilha Hipodérmica nº				
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE N2				
AMP.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
fr.	MARCAINA PESADA 0,5%					un.	Atadura de Crepe				
amp.	DORMONID <i>edetina</i>					un.	Atadura Gessada				
ml	LINDOCAINA 2 % S/V	1				un.	Compressa 10 x 10	1			
ml	Fentanil	1				un.	Compressa 45 x 50	1			
ml	LINDOCAINA 2 % C/V						Dreno nº				
ml	<i>lidoal metoclopramida</i>	1				un.	Lâmina de Bisturi nº				
fr.	PROPORFOL <i>levo</i>	1				un.	EQUIPO				
td.	Lindocaina Gel (Xylocaina)					Par.	Luvas de Borracha nº	80	<input type="checkbox"/>		
fr.	Tiopental (Thionembutal)					un.	CATETER INTRAVENOSO				
fr.	Suxametônio(Quelicin)					un.	Seringa 5ml				
amp.	Metoclopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml	1			
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml	1			
amp.	RONCURENIO <i>Diprivan</i>	1				un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL					un.	Sonda Folley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL N° 2.0	1			
fr.	DECADRON <i>Dexa</i>	1				un.	FIO POLIESTER N°				
fr.	Ketalar <i>Terroxine</i>	1				un.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Dicitocina-5u (Sympcnotin)					un.	CATEGUTE SIMPLES N°				
amp.	Metilergometrina (Metrergolin)					un.	MONONYLON N° 3.0	1			
un.	NAUSEDRON					un.	ALGODÃO N°				
un.	SEROOFURANE					ML	ALCOOL 70%	1			
un.	ISOFURANEO					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE	1			
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOÓLICA	1			
un.	SORO RINGER										
un.	SORO FISIOLOGICO										

CIRURGIAO: <i>Dr. CONCILIO LIMA</i>	CIRCULANTE: <i>Augera</i>	ANESTESISTA: <i>Ramalho</i>	HORA ENTRADA: 00	HORA SAÍDA: 00
CIRURGIAO: <i>Dr. CONCILIO LIMA</i>	INSTRUMENTADOR: <i>Grilhe</i>	ENFERMEIRO: <i>José</i>	HORA INÍCIO: 00 ANESTESIA	HORA FINAL ANESTESIA



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>Almoá Ámis Moia do Rocha</i>	Nº DO PRONTUÁRIO		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO / /		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>	CID 10
----------------------------------	---	--------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRÍÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>8.0 Motomo da silveira</i>	CID 10 PRINCIPAL
OBSERVAÇÕES <i>Sugro : - anofeno - gema da Hm de cotox</i>	

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO / ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30/12/2012

*Dr Rafael Teixeira Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2.313/FE01 13.379*

Paciente

Alice Amorim do Zochi
Lauda Nogueira

Pointe un comportamento
de percepção de fatura de
Olho direito (14/12/22).

Atendente, inconveniente
para inicio de tratamento
fisiológico, mantendo
limite de fatura em
olho direito.

CIA: 552-0
298.8

DATA 30/12/22





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2021
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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, tomado 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