

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MILLER MATOS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000058623-4

---

Nr. da Autenticação DE160F05B8C92448

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180456475 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MILLER MATOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- REDUÇÃO-FIXAÇÃO EXTERNA- PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180456475

**Nome do(a) Examinado(a):** MILLER MATOS DOS SANTOS

**Endereço do(a) Examinado(a):** Avenida Doutor Mário Maia, 989 - Rio Branco/AC - CEP 69901-664

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 11612371 - SEPC AC

**Data e Local do Acidente :** 02/12/2017

**Data e Local do Exame :** 16/11/2018 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Diagnostico: Fratura exposta dos ossos da perna esquerda

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

Tratamento: cirurgico com fixador externo inicialmente e depois osteossintese com placa e parafusos, e fisioterapia.

Alta: Junho de 2018.

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

Exame físico: MIE: cicatriz cirurgica de 15 cm na face medial da perna, e cicatrizes puntiformes dos fixadores na perna, aumento de volume do joelho, hipotrofia do quadriceps, limitação para a flexao do joelho a 120 graus e extensao a 10 graus, e redução da força muscular do membro.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não**

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

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

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

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

membro inferior esquerdo

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

  
**José L. Silverio C.**  
**Médico Ortopedista**  
**CREMERO-1822**

---

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 025144/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/08/2018 15:18 Data/Hora Fim: 22/08/2018 15:18  
Origem: Polícia Judiciária  
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional  
Data/Hora do Fato: 02/12/2017 12:15

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)  
Logradouro: Av. Nações Unidas

Ponto de Referência: HUERB  
Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Bosque

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1224: Deixar o condutor do veículo, em acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública: (Art. 304 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: MILLER MATOS DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 24/11/1993  
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Sandra Maria da Silva Matos Nome do Pai: Motacy Cunha dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1161237-1  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 027.906.462-44

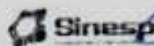
Endereço

Município: Rio Branco - AC  
Logradouro: R. Mão Maia  
Bairro: CONJUNTO OSCAR PASSOS II  
Telefone: (68) 99914-1434 (Celular)

Nº: 87

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa OVG5161	Número do Chassi *****09661
Ano/Modelo Fabricação 2014/2013	Cor Branca
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio F.



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara  
Impresso por: Eden Carlos Senhokaha de Alencar  
Data de Impressão: 22/08/2018 15:21  
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 025144/2018-A01


<b>Marca/Modelo</b> HONDA/XRE 300	<b>Modelo</b> HONDA/XRE 300
<b>Veículo Autônomo?</b> Não	<b>Quantidade</b> 1 Unidade
<b>Situação</b> Envolvido	
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Miller Matos dos Santos	Proprietário
<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão	
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Desconhecido 1	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

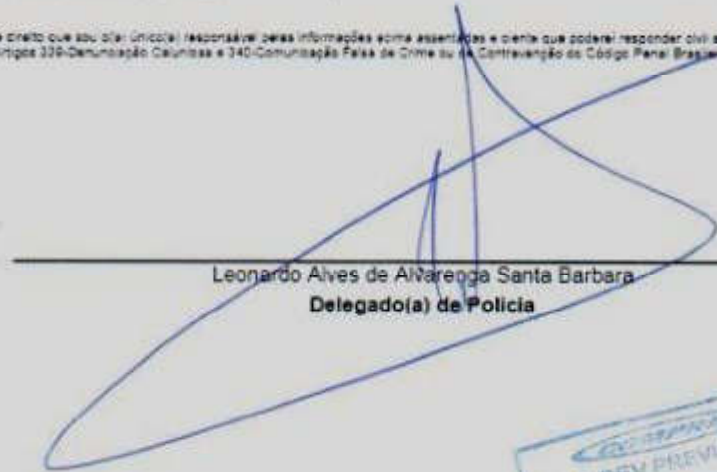
INFORMA O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE ESTAVA PARADO NA VIA, EM SUA MOTOCICLETA HONDA XRE 300, BRANCA, COM O SEMÁFORO FECHADO, QUANDO FOI COLHIDO POR UM DESCONHECIDO EM UM FIAT SIENA, COR PRATA, QUE SE EVADIU-SE DO LOCAL. A VÍTIMA TEVE LESÕES/FRATURAS NA PERNA ESQUERDA, O SAMU FOI ACIONADO, SENDO CONDUZIDO AO HUERB, FICANDO INTERNADO POR ALGUNS DIAS. POR ISSO, VEIO REGISTRAR PARA REQUERER O DPVAT. SERÁ PEDIDO EXAME DE CORPO DE DELITO.

**ASSINATURAS**

  
Edén Carlos Senhorinha de Alencar  
Responsável pelo Atendimento

  
Miller Matos dos Santos  
(Comunicante / Vítima)

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 de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

  
Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara  
Delegado(a) de Polícia



M 10  
E

Octup

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2511572 DATA: 02/12/2017 HORA: 12:58 USUARIO: GRACIETE  
CNS: 700506997664652 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME : MILLER MATOS DOS SANTOS DOC...: NT  
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 24/11/1993 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: RUA DR.MARIO MAIA, CONJ.OSCAR PASSOS NUMERO: 87  
COMPLEMENTO....: VEIO COM SAMU BAIRRO: SAO FRANCISCO  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000  
NOME PAI/MAE...: MOTACY CUNHA DOS SANTOS /SANDRA MARIA DA SILVA MATOS  
RESPONSAVEL....: O MESMO TEL....: 99988-9871  
PROCEDENCIA....: BOSQUE  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE TRANSITO  
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
01 OUT 2018

PA [42 X 62 mmHg] PULSO [85] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [100%]  
EXAM. COMPL. [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA  
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Paciente vítima atropelada por carro (sic). Estava em moto. Tive a perna prensada. Alcançado e trazido pelo SAMU. Dta (ano passado). Nega drogas.  
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
ESCALA DA DOR: [ SEM DOR ] [ LEVE ] [ MODERADA ] [ INTENSA ]

DIAGNOSTICO: CID: PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

① SAT + Tilatil 40mg 1x agora (IV) - 12<sup>45</sup>  
② Tramal 100mg + 10ml de SF0.9% agora (Veno) - (IV) - 12<sup>45</sup>  
③ Cipololol 2g IV, agora - 12<sup>45</sup>

DATA DA SAIDA: 12/12/2017 HORA DA SAIDA: 13:00  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):  
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANATOPATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO  
④ Solicito radiografia de neuroesqueleto (tórax e membros superiores) ambos membros.  
Sando Lima Souza  
Médico Residente  
Cirurgia Geral

CONFORME ORIGINAL  
SANDRA HUEB  
COPIA  
Assinatura de M. Dutra  
02/12/2017





Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor e Sangramento Perineal

História da Doença Atual: Acid. w/o

História da Doença Anterior: SAME / HUERB

Exame Físico: COPIA / HUERB

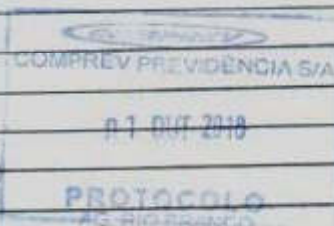
Diagnóstico Provisório: FX exposta Perineal

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Motivo da Cobrança: 1

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

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



SAME / HUERB  
COPIA / HUERB  
CONFORME ORIGINAL  
CONFORME ORIGINAL

Dr. Marcelo Pimenta  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1791-AC



# HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: MILLER MATOS DOS SANTOS (EME)  
Requisicao: 17.PC.2.014032  
Num. do BE: 02511572

Idade...: 24A  
Requis.: 03/12/2017

US. Origem.: HUERB/PS *ech*  
Solicitante: ALUIZIO ALVES PEREIRA JUNIOR

Cons. Regional: 2061

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

## ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,39	mm3
Hemoglobina:.....	13,10	g/dL
Hematocrito:.....	39,00	%
VCM:.....	89,50	fL
HCM:.....	29,90	pg
CHCM:.....	33,50	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:.....	16.300	/mm3
Basofilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Eosinofilos:.....	2	%
Valor Absoluto:.....	326	mm3
Mielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Metamielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	%
Bastoes:.....	3	%
Valor Absoluto:.....	489	mm3
Segmentados:.....	70	%
Valor Absoluto:.....	11.410	mm3
Linfocitos:.....	22	%
Valor Absoluto:.....	3.586	mm3
Monocitos:.....	3	%
Valor Absoluto:.....	489	mm3
Blastos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Observacao:.....		

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



SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ELIANA DA SILVA F MAIA - CRM 778/PA 03/12/17 as 13:12 Coleta: 03/12/17 as 13:10-1a. Via Impressa: 03/12/17

## COAGULOGRAMA

### Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	2 MINUTOS 30 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao:.....	5 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:...	222.000 /mm3

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

C. A. Meneses  
quimico  
DA

Liberado por: ELIANA DA SILVA F MAIA - CRM 778/PA 03/12/17 as 13:13 Coleta: 03/12/17 as 13:10-1a. Via Impressa: 03/12/17



COMPREV PREVIDÊNCIA SIA  
01 OUT 2010  
PROTOCOLO  
AS RIGOROSO

SUS

Governo do Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE  
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB  
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT

HOSPITAL  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT

2541572

Paciente: Miller Melo dos Santos Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Registro/BE: \_\_\_\_\_  
Setor: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☒ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI

☒ Raio X Perna E ☐ USG \_\_\_\_\_  
☐ TC \_\_\_\_\_ ☐ UCG \_\_\_\_\_  
☐ RNM \_\_\_\_\_ ☐ Ecocardiograma \_\_\_\_\_  
☐ Outro: pe e perit. ☐ EDA \_\_\_\_\_  
Indicação: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica:

Indicação:

Data

Assinatura do Profissional com Carimbo

Nº Conselho

Laudo:

SAME / HUERB  
CÓPIA  
INFORME ORIGINAL



SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

22.12.2017

### FICHA DE ANESTESIA

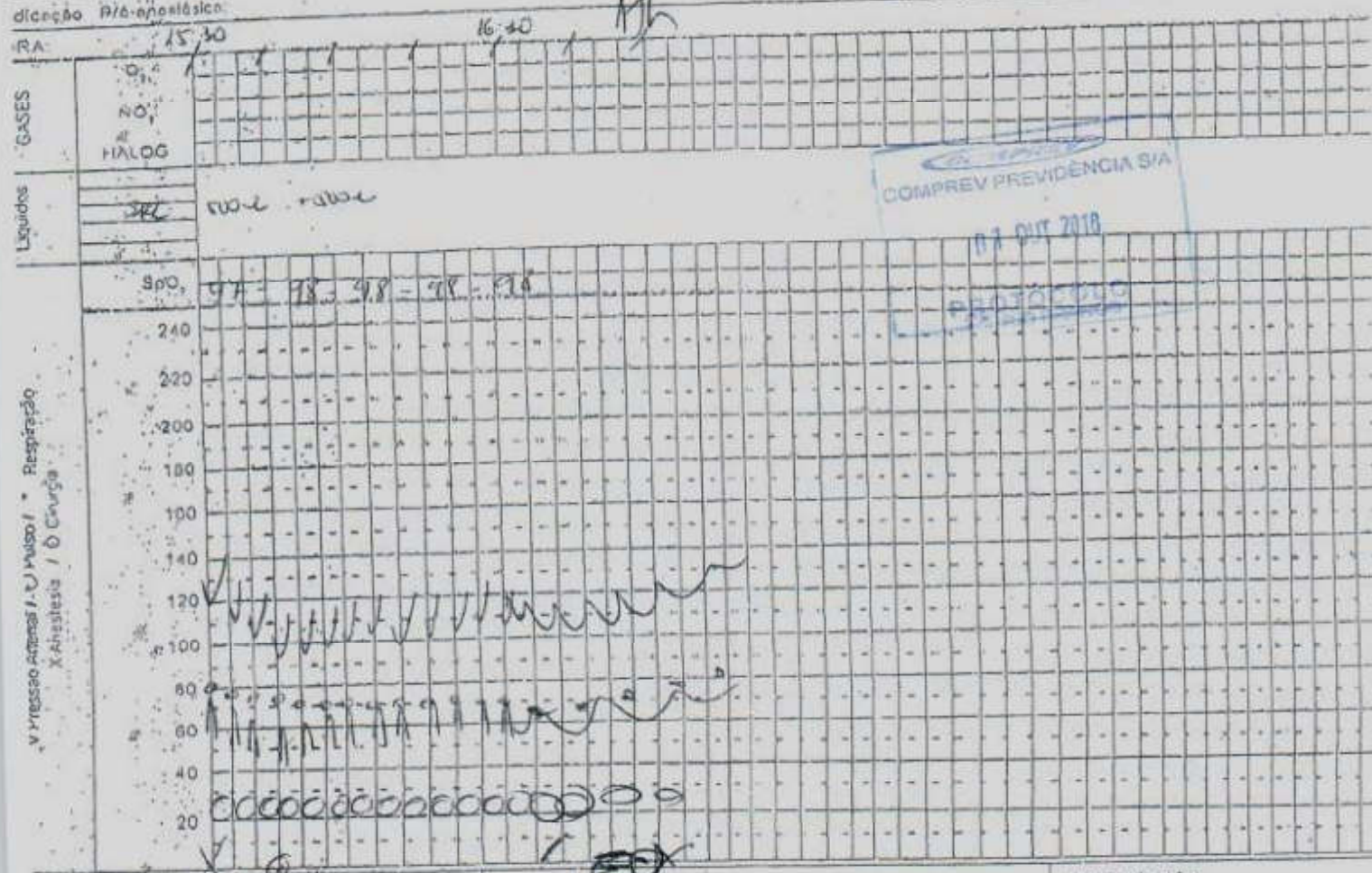
Paciente: <b>MILNER MATOS DOS SANTOS</b>		Idade: <b>4</b>	Sexo:	Cor:	Registro / DE: <b>2511522</b>			
Pré-prod:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CGA	<input type="checkbox"/> CCO	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI
ra	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sal O <sub>2</sub> (%)	Grupo Sangu:	Fator Rh
ml	Hb	Lauco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT/BD/BI	TGO/TGP	

Diagnóstico Pré-Operatório:

Reso: ☐ Asma ☐ Brônquite MV: ☐ ECG: ☐ Alergias: **MEC**

Vi: ☐ Presença de Drogas em Uso: ☐ Peça Dent:

Operação/Dentes: ☐ Urinário: ☐ ASA: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Risco: ☐ Efeito: ☐



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
17 OUT 2018

DROGAS ADMINISTRADAS	Técnica:	Monitorização:
<b>CEPROLINA 20</b>	<b>RAQUIMANÍPTIA</b>	<b>O<sub>2</sub> + P<sub>NI</sub> + ECG</b>
<b>DEXTROSTANO 10MG</b>	<b>Cirurgia: LAMPELA ORULGICA +</b>	Ap. Resp:
<b>DEXAMETAZONA 20</b>	<b>PRAXAR EXTERNO</b>	Ap. CV:
<b>PROCT. DURENOLINA HEDERIN</b>	<b>Cirurgião Auxiliar:</b>	
<b>GLA 15MG</b>	<b>MARCELO</b>	
<b>Fentanil 100mcg EV</b>	<b>ODS:</b>	
	Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):	

Gláucia dos Santos  
Médica Anestesiologista  
CRM 123456  
RUA SBA 100





Novo Acre

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Unidade: Mista de Manuel Urbano

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

32a

De: Unidade Mista de Manuel Urbano

Para: P.S

Nome do paciente: Francisco Costa Muel  
do nascimento

Hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

parvint C/  
fa

JD.  
foi levado de carro  
U. R. Silva do prim  
D. 19. 1. 1980.

Seguindo Anteposto  
07 de 10 de 1980

DATA: 02.12.2017

Dr. M. Antônio da Silva  
ASSINATURA

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médica - Hospitalar

UNIDADE:

RELATÓRIO  
DE  
CIRURGIA

Nome do Paciente

Milton N. Santos

Idade:

24

Observação:

Diagnóstico pré-operatório:

Fx exp. Perua E

Cirurgia proposta:

hiuf. Cirúrgica + fix. externa

Diagnóstico definitivo:

O mesmo

Cirurgia realizada:

A proposta

Cirurgião

Dr. Marcelo Pinheiro

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Instrumentadora

Flávia

Anestesiata

Anestesia

Acidentes durante o ato cirúrgico

( ) Sim

(X) Não

Descrição

Biopsia de congelação

( ) Sim

(X) Não

Diagnóstico patológico:

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

(X) Enfermaria

( ) CT

( ) Residência

( ) Óbito

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

(1) Pcte em DMH

(2) Assépsia + antisepsia + ca-ros

(3) Ampliação da FO

(4) Lavagem exaustiva

(5) Redução Direta

(6) Fixação externa + Conferência Escopio.

Dr. Marcelo Pinheiro  
Cirurgião e Instrumentador  
CRA 1791 / ACSAME / HUERB  
CÓPIA  
INFORME ORIGINAL





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

digitado e impresso em: 06/12/2017 às 09:12:33



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

MILLER MATOS DOS SANTOS

IDADE

24

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

158

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT: 21/12/2017

FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

PACIENTE COM DOR DE LEVE A MODERADA  
INTENSIDADE NEUROLÓGICO SENSITIVO PRESERVADO, AGUARDANDO CONDUTA P/EFUSÃO DISTAL PRESERVADO

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0.3% 500ML IV 12/12H — ~~500 + 500~~ ~~14/12/17~~
3. DIPIRONA 1GR EV DILUA 7E7A2A7DO 6/6H — ~~14/12/17~~
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H SN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA — ~~14/12/17~~
7. CURATIVO 1X/DIA — ~~14/12/17~~
8. CUIDADOS GERAIS
9. CLEXANE 40 MG 1 X DIA SC — ~~14/12/17~~
10. CEFALOTINA 1G IV DE 6/6 H — ~~14/12/17~~
11. MANTER MEMBRO ELEVADO A 45 GRAUS
12. lactulose 15 ml de 8/8h — ~~14/12/17~~

Aluizão Junior  
RM (responsável pelo registro)  
CRM - 2061

PROTÓCOLO  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
n 1 OUT 2018

HOSPITALAR

ALTA

CONFORME ORIGINAL  
CÓPIA  
SAME / HUEB

→ virar

480.510

em 16:00 pontos  
ortoped, em an  
álise, com  
contato, lucido,  
oie todo, medi  
pelo lado em  
cadeira, furo  
na fratura pros  
prate, oita de  
ta efusão p  
lo SPD, sem  
queixas algias.  
05:00 - pce. 480.510  
mua biom me  
supra quic  
guate, 480.510  
que, 480.510



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

digitado e impresso em: 05/12/2017 às 12:36:03



REGISTRO

PACIENTE

MILLER MATOS DOS SANTOS

IDADE

24

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

158

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT: 21/12/2017

FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR LEVE. AGUARDANDO MELHORIA DE PARTES MOLES, NO MOMENTO AINDA SEM CONDUÇÃO.

1. DIETA VOLUNTÁRIA
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H
3. DIPIRONA 1GR EV DILUÍDO A 7A 7DO 6/6H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N
5. PLASIL 10MG EV DILUÍDO 8/8 S/N
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. CURATIVO 1X/DIA
8. CUIDADOS GERAIS
9. CLEXANE 40 MG 1 X DIA SC
10. CEFALOTINA 1G IV DE 6/6 H
11. MANTER MEMBRO ELEVADO A 45 GRAUS
12. lactulose 15 ml de 8/8h



1907 - MIO  
Aluísio Junior  
MIO  
07/12/17

CONFORME ORIGINAL  
CÓPIA  
SAME / HUEB

SSV  
PA mmHg Tax °C  
10 h  
16 h 200 x 70 mmHg - Tax 36,4°C  
22 h  
04 h

SpO2 95%  
FC 69 bpm

Tax 35,2°C  
P.A 100 x 70 mmHg

das 07:00 as 16h  
estável (dependente),  
comunicativo, afável,  
dormindo e alimentando  
de forma normal, sem  
alterar medicação, mas  
sendo o caso, vamos  
observar em a disto  
observar a função  
fisiológica durante  
tempo em que  
não no ligada com  
SF 0,9%, de oxigênio  
limpo, em 70%  
80% de oxigênio  
MIO  
Tel: 335181  
CORRENTINE

At 04:00h - Paciente se-  
que em leito apertado, sup-  
nível, lucido e comunicati-  
vão, auscultando pulmões  
cuidos, pulso e frequência  
cardíaca, pressão arterial  
e temperatura corporal  
normais. SSVV...

Quarta-feira, 21 de Dezembro de 2017  
Tela de Enfermagem  
COHENIAC 718.91





Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 14:45 SALA 01 DATA 02/12/17

NOME DO PACIENTE Orville Santos dos Santos

ID

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA ( ) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS ( )

COMPREV PREVENÇÃO S/A

ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUEANESTESIA (X) LOCAL ( ) OUTROS ( )

01 OUT 2019

INÍCIO DA ANESTESIA 15:30 TÉRMINO DA ANESTESIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

INÍCIO DA CIRÚRGIA 15:45 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 17:00

CIRURGIÃO Dr. Marcelo Amenta AUXILIAR(ES)

ANESTESISTA Dr. Glaucio de Toledo INSTRUMENTADOR Flaviana

CIRCULANTE Eliza 2º ENF Scimeide

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 40x12 - 1	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 200ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 2603 = 1	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA 1
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 100
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 15cm	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
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI mº 24 = 1
LODOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LODOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10 Umel	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 200ml
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA 100ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPORON	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO 1	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO 1 l	FRALDA	SERINGA DE 5 ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TRILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
ULOVEN 6%	FIO MONONYLON 2.0 = 1	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
S.E. 0,9% p/ lav	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
14/1	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		LA DE MALEX

ORTOMEDIND. E COM. LTDA  
R. 474702 Lata 318017  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300  
FIXADOR EXTERNO LAYFIX  
Registro ANVISA: 10033710000

VW: 18/08/2017

ENTERAL R  
18/08/2017

Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0601828679

# HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

## FICHA DE INTERNACAO IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 87106  
Numero do CNS.....: 700506997664652  
Nome.....: MILLER MATOS DOS SANTOS  
Documento.....: NT Tipo :  
Data de Nascimento: 24/11/1993 Idade: 24 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: MOTACY CUNHA DOS SANTOS  
Nome da Mae.....: SANDRA MARIA DA SILVA MATOS  
Endereco.....: RUA DR.MARIO MAIA, CONJ.OSCAR PASSOS 87 VEIO COM SAMU  
Bairro.....: SAO FRANCISCO Cep.: 69900-000  
Telefone.....: 99988-9871  
Município.....: 1200401 - - AC  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: ACRE

## DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2511572  
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito.....: 041.0158  
Data da Internacao: 02/12/2017  
Hora da Internacao: 11:38  
Medico Solicitante: 736.728.661-72 - DANILO LIMA SOUZA  
Proced. Solicitado: 04.08.05.048-9  
Diagnostico.....: S72.0  
Identif. Operador.: DE PAULA



## INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

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

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

87106

10 - RACIA/COR

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto, com dor e sangramento perna E

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trat. cirúrgico

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 OUT 2019

PROTOCOLO

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

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

Anz - ere + Ex. físico + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

02/02/2017

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO

Dr. Marcelo Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1791 AC

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BÔNUS

41 - SÉRIE

6 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

7 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

8 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)





**Governo do Estado do Acre**  
**Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE**



**Novo Acre**  
Governo estadual promove investimento

## II D A D E:

NAME: Hilary L. Szabo

IDADE: 24 B.E.: ..

**OBSERVAÇÃO**

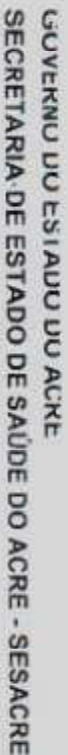
LEITO:

CCB LEITO: mdu

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
12/12/17	# fract. Ex8 feuz t	1) Dieta livre 2) SF081, 500 e IV 8/8h 3) Cefalotina 10 IV 6/6 4) Diprover 10 IV 6/6 5) Omeprazol 40mg IV dia 04 6) Cleza e 40-8 500 dia 16 7) Tra-a/ 1007 8) Plasil 100 IV 8/8 SN 9) 40.81. 100 (5N) 10) Unidades gerais	SND 500 500 500 20x1016 20x1016 04 16	Tab 18.00 h adm tudo re CC B e nao despendido de políson vidu do CC re cati mexico do 110 Nacional de Enfermagem COREN AC 185

Matthias de Campos Mendes  
Enfermeiro  
COREN-AC 185-302





PACIENTE

MILLER MATOS DOS SANTOS

24

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO  
M1

**HUERI**  
The Official U.S. Supreme Court Reporter  
Copyright © 1999 by LexisNexis, Inc.

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>CT: 2/12/2017</p> <p>PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR DE CABEÇA A MODERADA INTENSIDADE NEUROLÓGICO E PRESERVADO AGUARDANDO CONDUTA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DIETA VO LIVRE</li> <li>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — <del>500 + 500</del></li> <li>3. DIPIRONA 1GR EV DILUA?/E?A?A?DO 6/6/H <del>16 16 22 04</del></li> <li>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8/H S/N</li> <li>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N</li> <li>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <del>— 06</del></li> <li>7. CURATIVO 1X/DIA — <del>9</del></li> <li>8. CUIDADOS GERAIS</li> <li>9. CLEXANE 40 MG 1 X DIA SC — <del>16</del></li> <li>10. CEFALOTINA 1G IV DE 6/6 H — <del>16 16 22 04</del></li> </ol> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>COMPREV PREVIDENCIA S/A</p> <p>n 1 OUT 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> </div>	<p>Nº 08º h e 16º h paciente encontra-se em boa evolução, apresenta apetite bom com deglutição normal alimento + roubo na boca. De acordo com o exame físico, curativo, não há af. m.</p>





# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 - Rio Branco - AC

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

## REQUERIMENTO

Eu, Miller Matos dos Santos

Portador de RG nº \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_

Residente e domiciliado: \_\_\_\_\_

Na cidade de \_\_\_\_\_

Venho REQUERER:

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

Obs. \_\_\_\_\_



Prontuário: 159702 Médico: Dr. Marco Aurélio

Entrada: 10 / 12 / 2017 Saída: 13 / 12 / 2017

Convênio: SUS Telefone: (68) 99914-1434

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DAVAT

Nome do Paciente: O mesmo

Parentesco com Paciente: \_\_\_\_\_

Miller Matos dos Santos  
Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 22 / 08 / 18 Hora: 16h25



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde  
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Therap  
2 - CNES:                       
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HC  
4 - CNES:                     

Identificação do Paciente  
5 - NOME DO PACIENTE: Miller Marcos dos Santos  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO:                       
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):                       
8 - DATA DE NASCIMENTO:                       
9 - SEXO: Masc. ☒ Fem. ☒  
10 - RAÇA/COR:                       
10.1 - ETNIA:                       
11 - NOME DA MÃE:                       
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:                       
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:                       
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:                       
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):                       
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:                       
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:                       
18 - UF:                       
19 - CEP:                     

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:                       
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Dor + edema + hemi paralis do movimento

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
n 1 DIT 2018  
PROTÓCOLO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Cirurgião: HSS, 11/12/17, 12 MARÇO/2018, placa 4, 5mm de estrutura do pé  
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: lesão + expulsa fratura  
24 - CID 10 PRINCIPAL:                       
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:                       
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:                     

PROCEDIMENTO SOLICITADO  
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: osteossíntese  
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:                       
29 - CLÍNICA:                       
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:                       
31 - DOCUMENTO:                       
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:                       
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: D. Paulo / D. Manoel  
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO:                       
35 - ASSINATURA:                       
36 - REGISTRO DO CONSELHO:                     

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)  
37 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO  
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
39 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
39 - CNPJ DA SEGURADORA:                       
40 - Nº DO BILHETE:                       
41 - SÉRIE:                       
42 - CNPJ EMPRESA:                       
43 - CNAS DA EMPRESA:                       
44 - CECR:                       
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:  
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO  
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:                       
47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:                       
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:                       
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:                       
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):



Paciente Miller Carlos da Silva

Registro 139707-2

Data: 13-12-2017

Antes da Indução anestésica

Antes do Paciente sair da Sala de Operações

Identificação - Hora 16 h 15

Confirmação - Hora h

Registro - Hora h

Paciente confirmou a identidade ☒  
 Pulseira de identificação presente ☒  
 Paciente sabe informar qual procedimento será realizado?

☒ Sim, Qual? T.C. Tibia  
☐ Não, Motivo

Sítio Cirúrgico Demarcado?

☒ Sim ☐ Não

Presença de Prontuário?

☒ Sim ☐ Não

Consentimento Assinado?

☒ Sim ☐ Não, Motivo

Presença de Avaliação Pré Anestésica?

☒ Sim ☐ Não, Motivo

Carro de Anestesia completo testado e funcionando?

☒ Sim ☐ Não

Monitorização instalada e funcionando?

☒ Sim ☐ Não

Alérgicas conhecidas?

☒ Não ☐ Sim, Qual?

Vias aéreas difíceis ou com risco de aspiração?

☒ Não

☐ Sim, Equipamento / Assistência Disponível

Risco de Perda Sanguínea > 500ml (07ml/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e acesso venoso adequado

Se sim, há reserva de hemocomponentes?

☐ Sim ☐ Não ☐ Solicitado

Presença de Próteses (dentária e outras)

☐ Sim ☒ Não

Observações

Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções ☒

Cirurgião, Anestesiista e equipe de Enfermagem confirmam verbalmente:

☒ Identificação do paciente

☒ Procedimento

☒ Sítio Operatório

Revisão do Cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas:

☒ Inexistente ☐ Sim, Qual?

Duração prevista da cirurgia 1 hora

Previsão de Perda Sanguínea

☐ Sim ☒ Não

Revisão do Anestesiista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ Sim ☐ Não, Motivo

As imagens essenciais estão disponíveis?

☒ Sim ☐ Não

Revisão da Equipe de Enfermagem com materiais necessários:

☒ Instrumental necessário presente

☐ Materiais especiais (próteses, órteses)

☒ Todos dentro do prazo de esterilização

☒ Presença de Indicadores de esterilização

☐ Os equipamentos necessários presentes

☒ Alguma preocupação com equipamentos:

☒ Não ☐ Sim, Qual?

A Profilaxia antimicrobiana foi realizada?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Observações

Registro Completo do Procedimento Intra-Operatório, incluindo o procedimento executado

☒ Sim ☐ Não

Registro Completo do Anestesia, incluindo medicamentos administrados

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Registro Completo de Enfermagem

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Venóclise e Soro Identificado

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Sonda Vesical fixada?

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica

A contagem de compressas está correta

☒ Sim ☐ Não

A contagem de instrumental está correta

☒ Sim ☐ Não

Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental?

☒ Não ☐ Sim, Qual?

Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica

☐ Com lesão ☒ Sem lesão ☐ Não se aplica

Qual lesão? \_\_\_\_\_

Identificação da amostra para anatomia patológica adequada?

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica

Observações



Observações

Cirurgião:

Anestesiista:

Responsável pelo preenchimento

CRM:

CRM:

Registro

Auxiliar de cirurgia 1

Enfermeira

Assinatura

COREN/AC 09175190





# HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA  
DE MATERIAL

Nº Prontuário: 359702-31 Convênio: SUS Data: 11-12-2017 Apt/Leito: 330 A Sala: 02  
 Paciente: Miller, Nates dos Santos Circulante: Rosh  
 Cirurgia: J.C. Tibio Cirurgião: M. A. M. Aux: R. M. Insalme  
 Anestesiado: R. A. Tomasson Tipo Anestesia: Ra + Snd Hora Entrada S. O: 16:25 A 16:30 Hora Saída S. O: 17:00 T 18:30

Materials	Quant.	Medicamentos	Quant.	Taxas	Quant.
ABOCATH nº 38	1	ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 18x1,2	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº 22	1	ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm		ADRENALINA		BILIBERCO	
ATADURA CREPE cm 35x18	1	ÁGUA OXIGENADA	100 ml	BIST. BIPOLAR	sim
ATADURA GESSADA cm		ALCOOL A 70%		BIST. MONOPOLAR	sim
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNOGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	sim
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGENIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGENIO	sim
COMPRESSA	1	DOLANTINA		OXIMETRO	sim
COTTONOIDE		DORMONID	1	R.P.A	sim
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	sim
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS Nº	1	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL 2ml	1		
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM		nylon 2	1
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON nº 3	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO			
FIO VICRIL nº	1	KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE	1	MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº 35	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO nº		NAUSEDRON	1		
LINHO ESTÉRIL nº 80	1	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%	1		
LUA PROCEDIMENTO	1	OCITOCINA			
MALHA TUBULAR		OXACILINA 500MG			
METILCELULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE		PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML		ROCEFIM			
SERINGA 20 ML		SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML 1000	1		
SERINGA 5 ML		SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA ASPIRAÇÃO nº		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº		THIOPENTAL 1GR			
		TILATIL	1		
		XILOCAINA 2% CV			
		XILOCAINA 2% SV			
		XILOCAINA GEL			
		Cefazolina	1		

COMPREV PREVIDENCIA SA  
 17 OUT 2018  
 PROTOCOLO





# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque - CEP: 69.900-631  
Rio Branco-AC - Tel.: (68) 3212-4700 - Fax: (68) 3224-9129

HISTÓRIA DE CIRURGIAS			
NOME: <u>Müller Mota dos Santos</u>		PRONTUÁRIO:	
IDADE: <u>24 A</u>	SEXO: <u>M</u>	PESO: .	DATA: <u>4/12/19</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Px fêmur diáfise</u>			COMPREV PREVIDENCIA S/A 01 OUT 2019 PROTOCOLO
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>Px fêmur diáfise</u>			
CIRURGIAS REALIZADAS:		<u>Redução aberta com Osteossintese com placa DCP</u>	
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			
TIPO DE CIRURGIA		ANESTESISTA	
<u>Eletiva</u>		<u>Dr. Ney</u>	
EQUIPE CIRURGICA:			
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo</u>			
1º AUXILIAR: <u>Dr. Rui Romão</u>			
2º AUXILIAR: _____			
ANESTESISTA: <u>Dr. Ney</u>			
CIRCULANTE: <u>Don mello</u>			
Hora Início: _____		Horá Término: _____ Duração: _____	

## PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

- 1) Bantu DDA com fratura
- 2) Membro + Nutrição + Colocação de corpo
- 3) Inalação no fêmur proximal outro membro
- 4) Inalação no fêmur distal outro membro
- 5) Gripe com S.O. 9%- 6) Redução aberta + fixação com placa DCP
- 7) Cirurgia com 4 pontos proximais e distais

**HOSPITAL SANTA JULIANA**

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

**CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36**Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: [hsj@hsj.org.br](mailto:hsj@hsj.org.br)**FICHA DE INTERNAÇÃO**Prontuário: **159702 - 2**Entrada: **10/12/2017**Hora: **1315**Apto/Leito: **110 A**

Paciente:

**MILLER MATOS DOS SANTOS**Reg. Geral: **11612371**Orgão Emissor: **SSP****AC**

Data Expedição:

CPF: **02790646244**Raca/Cor: **Parda**Cartão SUS: **700506997664652**Sexo: **F**Dt. Nasc.: **24/11/1993**Est. Civil: **SOLTEIRO(A)**Natur.: **RIO BRANCO****AC**Idade: **24 Anos**

Conjuge:

Nacionalidade: **BRASIL**End.: **RUA MARIO MAIO**Nro: **87**Bairro: **SAO FRANCISCO**CEP: **69900970**Cidade: **Rio Branco**Estado: **AC**Fone: **68**Cel.: **996038748**Fone Contato: **68 999889871**

Local de Trabalho:

Profissão: **SERVENTE DE LIMPEZA**PAI: **MOTACY CUNHA DOS SANTOS**MAE: **SANRA MARIA DA SILVA MATOS**Respo: **RAFAEL MATOS DOS SANTOS**End.: **RUA MARIO MAIO**Nro: **87**Cidade: **Rio Branco**UF: **AC**

Fone Res.:

Fone Com.:

Motivo da Internação: **Clínica Ortopédica**Trouxe RX: **S**Exame: **S**Convênio: **SUS**Plano: **ENFERMARIA**

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

Médico (a): **MARCO AURELIO BRANCO**Observação: **FICHA DE REF EM REGULACAO + AIH EM ANEXO**Atendente: **Sanara Araujo****TERMO PARA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO**

autorizo a internação de **MILLER MATOS DOS SANTOS** neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 10 de dezembro de 2017

*Rafael Matos dos Santos*  
**RAFAEL MATOS DOS SANTOS**

**AVISO**

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

Rio Branco - AC, 10 de dezembro de 2017

*Rafael Matos dos Santos*  
**RAFAEL MATOS DOS SANTOS**

*11/12/17*  
*Udais prof. Silva*  
*th. Ruyon*



RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

15-12-2017 às 16:25 paciente deu entrada na S.O para  
 submeter-se a procedimento Cirurgico, por cuidados  
 da Mães e da Mãe, que por 1/4 Ruy, Instrumentado da  
 Via de Codivra, Abrial, eupneica, normotensa, normo-  
 dia, normocorada, comunicativa, portando AV em  
 HSE, desobrigado, realizado menor AV em HSE, e obli-  
 go do 02, de 02h N° 18 + rotinas de rotina para AV,  
 paciente de difícil acesso. SpO<sub>2</sub> 94%. FC 58 bpm, PA 108/  
 52 mmHg. As 16:30 paciente submetido a noqueamento  
 e redução pela M. Vassia, As 17:00, inicia procedimento  
 de cirurgia. As 18:30 termina o procedimento em  
 intercorrelações. SpO<sub>2</sub> 92%. FC 55 bpm, PA 113x64mm  
 Hg. As 18:45, paciente encaminhado a 9 Rpt. Segue  
 em anexo ~~relatório~~ intercorrência, Check list, relatório  
 prescrição.

Téc. Enfermagem  
 COREN/AC 09145190





# OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

## HOSPITAL SANTA JULIANA

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

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

### SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *milton matos dos Santos*  
 N° Apt: *150 A*  
 Data: *11.12.17*  
 Cirurgia: *TC Tibio*  
 Início: *17:00*  
 Término: *18:30*

Pontuação Final:  
 Cirurgião: *Dr. Marco A.*  
 Enfermeiro (o): *marcelo*  
 Anestesista: *Dr. Vanessa*  
 \*Tipo de Anestesia: *rapa + sed.*

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



**Total**

\* Necessário para que receba alta acima *100%*

\*Horário de liberação:

\*Assinatura do Enfermeiro

\* Assinatura do Médico Anestesiologista:

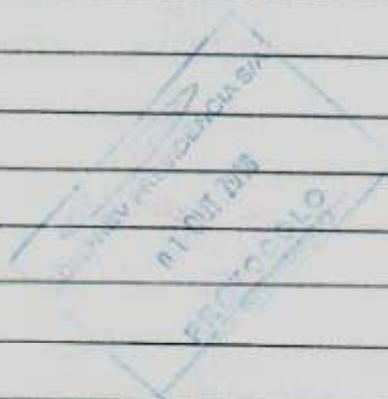
*Jeniffer Silva Souza*  
 Enf. Esp. Centro Cirúrgico  
 COREN AC 024.862



Relatório de Enfermagem da RPA  
(Recuperação Pós Anestésico)

17:15-19:15 A 18:50 h Paciente já está na SARA -  
após procedimento cirúrgico, sonolento, com ventilação me-  
canica. Portador de U e em MCD com bom reflexo masti-  
catório em ML e, monitorizado com oxímetro de pulso.  
SPO<sub>2</sub> 97%, FC 49 bpm, PA: 106 x 48 mmHg. A 19:05 h  
Paciente permanece na SARA com SPO<sub>2</sub> 97%  
Paciente permanece na SARA com SPO<sub>2</sub> 97%, FC 48 bpm  
PA: 104 x 50 mmHg. A 19:20 com PA: 107 x 43 mmHg  
SPO<sub>2</sub> 98% sonolento, mas responsivo a pedidos verbais  
orientados A 19:40 com PA: 107 x 50 mmHg. SPO<sub>2</sub> 97%  
20:00 - SPO<sub>2</sub> 98% A 20:10 encaminhada para o leito em  
efeito de medicamentos, mas responsiva

Jenaina Silva Souza  
Enfª Espec. Centro Cirúrgico  
COREN AC 024.862







[illegible]

Marcio Souza  
Unifarm Enfermagem  
UNENAC 954-039



# HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

PACIENTE: 159702 - 2

MILLER MATOS DOS SANTOS

LEITO: 110 A

DATA: 11/12/2017

HORA: 18:18

NRO PRESCRIÇÃO: 206007

NRO REQ. FARM: 1174660

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		SNA
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	6 X 6
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	6 X 6
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	6 X 6
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	1	EV	6 X 6
04	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	6 X 6
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	8 X 8
06	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	12 X 12
07	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	8 X 8
	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	AMP	1	EV	6 X 6
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	6 X 6
09	CURATIVO	UN	1		



Paciente BEG, LOTE, CHANAE

FD: Lupa / Lico

sem queimado

CD: Alca + Alabado + Retorno + Medicação

Marcando Alabado + Retorno

CRM/AC 2105



20/13 Intubação de EE em máscara, náuseas, hipotensão,   
 arritmia, capnômetro, ventilando AUP em MSB O/PA em ultra-   
 -som com acompanhamento quente dos cuidados pós-operatórios   
 -af. Pressão 92/12i PA 120x70mmHg FC: 78 FC: 16 TA: 30, 180

21/13 a 07:00h paciente evolui calmo em posição   
 -lateral, apnéia, suando, supineo, comunicação,   
 -supine MSB com hidratação venosa em curso,   
 -respiração R.P.H. durável e saturação arterial,   
 -relata algia nas costas, segue medicado e   
 -20x30 mmHg SPO2: 97% FC: 70 bpm TDE Hava 18-18

21/22/47 A 08:00 h cliente evolui com   
 -brônquios, indigestão amônia,   
 -ventilado por N:7.5-02 com SF -   
 -respiração 20x12 + Atodeno 25 cm +

12 17 Realizo Físio terapia motoria   
 -14-32   
 -faturado





# HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

PACIENTE: 159702 - 2

MILLER MATOS DOS SANTOS

LEITO: 116

DATA: 12/12/2017

HORA: 06:22

NRO PRESCRIÇÃO: 206018

NRO REQ. FARM: 1174812

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

QTD VIA FREQUENCIA

HORARIO

01	DIETA LIVRE	UN	1					
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8			10
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	8 X 8			10
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	8 X 8			
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	1	EV	8 X 8			
04	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	8 X 8			
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8			
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8			
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8			
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	8 X 8			
05	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	12 X 12			
06	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8			
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8			
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	8 X 8			
07	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	AMP	1	EV	6 X 6			
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6			
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	6 X 6			
08	CURATIVO	UN	1					

09 Mepergan 10mg @ Noite

(21) 21



DEGLUTECHNAAE

EVOLUÇÃO

Inadmissão / sem outros queixas  
FO: 100% sem febre  
CD: 100% sem dor

Manoel Ottoni - 18/10  
CRM 2105



08:00 P a 13:00 P Oletta eucalipto  
cans. afilil, eucalypto, eucalypto  
eucalypto, eucalypto eucalypto  
no ar. eucalypto eucalypto, eucalypto  
eucalypto. FFP. com RA-120x70uf  
com 36.5°C

100 13:00 a 19:00. eucalypto no leito eucalypto  
comunicativo eucalypto eucalypto eucalypto  
eucalypto no AUP em MSD. eucalypto eucalypto  
eucalypto eucalypto. eucalypto a eucalypto. eucalypto  
eucalypto no eucalypto. SSVV: PxA: 120x60 mhz. (TAX 35)  
Ligo / TAX: 35°C. Tug Ugrb K. 1163229.

21.12.17 21:00 a 07:00 eucalypto, eucalypto, eucalypto  
eucalypto, eucalypto, eucalypto, eucalypto, eucalypto, eucalypto  
eucalypto, eucalypto, eucalypto + eucalypto eucalypto  
eucalypto eucalypto eucalypto eucalypto. eucalypto, eucalypto  
eucalypto em MSD. com eucalypto. em eucalypto, eucalypto  
eucalypto eucalypto 1 eucalypto eucalypto eucalypto. eucalypto  
eucalypto eucalypto. eucalypto: 36.5°C, SpO<sub>2</sub> 97%, FC 74 bpm  
eucalypto eucalypto eucalypto 776, 542

12/17 Realizado curativo em MIE, curativo de aspecto eucalypto  
eucalypto eucalypto eucalypto. Foi utilizado eucalypto eucalypto  
eucalypto 15cm, 2 pacote de eucalypto, 1 eucalypto 40x12cm, eucalypto  
eucalypto 70%, 20 ml de SF0,9%.

Lilz Augusto da Silva  
T. eucalypto  
COL. 1/AC 001.174.908

12/12/17. eucalypto alta hospitalar por eucalypto eucalypto  
eucalypto. eucalypto exames eucalypto eucalypto eucalypto

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 **POLEGAR DIREITO**



*Miller Matos dos Santos*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1161237-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/07/2018

NOME  
**MILLER MATOS DOS SANTOS**

FILIAÇÃO  
**MOTACY CUNHA DOS SANTOS  
SANDRA MARIA DA SILVA MATOS**

NATURALIDADE  
**RIO BRANCO-AC** DATA DE NASCIMENTO  
**24/11/1993**

SOC. ORDEM  
CERT. NASC. N 0671 - LIV. A/03 - FLS. 072 - CARTÓRIO 4 DE RIO BRANCO/AC

027.906.462-44  
2 VIA

  
SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES  
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 80





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
SECRETARIA DE HABITABILIDADE E URBANISMO  
CONSELHO FEDERAL DE HABITABILIDADE

VALIA 100 VOTOS  
O TRANSMISSÃO NACIONAL  
1224660700

Nome: **FRILDA DA SILVA ARAÚJO**

Doc. Identific. (CPF ou RG): **914575.00000-07**

CPF: **914575.00000-07** Data de Nascimento: **08/08/1966**

Endereço: **JOSÉ CARLOS ARAÚJO  
SARFATÓ  
FRANCISCA CARLOS DA  
SILVA**

Profissão: **ENFERMEIRA** Sexo: **F** Estado Civil: **C**

Atividade Profissional: **07/12/2004** Data de Emissão: **22/01/2012**

Destinação:

*FRILDA DA SILVA ARAÚJO*  
Assinatura do Titular

Local: **RIO BRANCO - AC** Data de Emissão: **24/06/2014**

*FRILDA DA SILVA ARAÚJO*  
Assinatura do Titular

CPF: **914575.00000-07**  
AC466894456

**1224660700**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358905/18

**Vítima:** MILLER MATOS DOS SANTOS

**CPF:** 027.906.462-44

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 02/12/2017

**Titular do CPF:** MILLER MATOS DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MILLER MATOS DOS SANTOS : 027.906.462-44

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/10/2018  
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO  
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA



01 OUT 2018

BR0306010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 012983819282  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD. RENOVAM. 00679588604 R.N.T.R.C. 2017 EXERCÍCIO

MILLER MATIUS DOS SANTOS

PLACA AC 027.906.462-94

PLACA ANT. 027.906.462-94

PLACA ANT. 0V65161 AC 9E2MD1110EF009661

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA/NAO APILADA

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

ANEXO: 2013, 2014

CATEGORIA: PARTICU

BRANCA

CDR PREDOMINANTE

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

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

AC Nº 012983819282 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 027.906.462-94

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 17/09/2017

PLACA 0V05161

VEICULO 00679588604

ANEXO 2013, 2014

CATEGORIA: PARTICU

BRANCA

CDR PREDOMINANTE

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

BRANCA

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFARIO R\$81.29

PREMIO TARIFARIO R\$89.93

PREMIO TARIFARIO R\$90.33

PREMIO TARIFARIO R\$90.77

PREMIO TARIFARIO R\$185.5

PREMIO TARIFARIO R\$185.5

PREMIO TARIFARIO R\$185.5

PREMIO TARIFARIO R\$185.5

PREMIO TARIFARIO R\$185.5

PREMIO TARIFARIO R\$185.5

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.608/0001-04



Seja Bem Vindo!  
**SANTA CASA**  
DE MISERICÓRDIA DO ACRE

**Clínica São Francisco**

## RECEITUÁRIO

Paciente: \_\_\_\_\_



LAUDO  
Atesto para o devido fins que o Sr. Miller  
MATEUS DOS SANTOS sofreu acidente de trânsito  
no dia 02/12/2017 apresentando Fratura  
Exposta das ess. da perna (E) sendo  
submetido a cirurgia ortopédica com  
fixador externo e depois, ortomótor  
em placa e parafusos.  
Evolveu com cicatriz de 15cm na face  
medial da perna (E), cicatrizes pontifor-  
mes no fixador, Deformidade em varo  
da perna (E), Hipertrofia do tendão de Aquiles,  
Aumento de volume joelho (E) e punho (E)  
função m. joelho (E) e redução da força  
muscular do membro.  
portanto é portador de sequelas  
permanente no m. l. E com debili-  
dade permanente de 80%.

Rua 19/10/18

**José L. Silverio C.**  
Médico Ortopedista  
CRM 483-AC



Santa Casa



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Miller Matos dos SantosRG nº 1161237-1, data de expedição 11/07/2018 Órgão SSP/AC,

CPF nº 027.906.462-44 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Mario Maia</u>
Número	<u>989</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Oscar Passos</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69 901-664</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 24/09/2018Assinatura do Declarante: Miller Matos dos Santos

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.  
Rua Manoel Pires, 1111 - Jd. Santa Rosa - Rio Branco - AC  
CEP: 69.000-000 Fone: (16) 3241.1111 Fax: (16) 3241.1111  
Site: www.eletrobras.com.br

Atividade: 4922-10/01 - Transmissão de Energia Elétrica por Linha de Transmissão  
CNPJ: 06.940.888/0001-00

SETEMBRO/2018 10/09/2018 312 257,27

MOTACY CUNHA DOS SANTOS  
R. DOUTOR MARIO MAIA 989 CONJ. OSCAR PASSOS  
CPF: 00041216679215  
CEP: 69.901-664 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.04.003360

Consumo	5340	Valor	03/09/2018
Imposto	5028	Valor	03/08/2018
Valor da tarifa	1,000	Valor	03/10/2018
Valor da tarifa	312	Valor	01/09/2018
Valor da tarifa	312	Valor	03/09/2018

Forma de Pagamento: NORMAL Carga de Energia: 31

RESIDENCIAL MONO 7291300 1.1.1.1 348

AGO/18	319	CONSUMO	312 A R\$ 0,765349 =	238,78
JUL/18	349	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		10,48
JUN/18	373	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00		2,00
MAI/18	372	MULTA POR ATRASO 08/18-00		4,94
ABR/18	347	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00		1,07
MAR/18	319	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	15,58	
FEV/18	335			
JAN/18	364			
DEZ/17	768			
NOV/17	153			

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 312 - 0,559530

COMPREVIT EVIDENCIA S/A  
01 OUT 2018  
PROTOCOLO  
AC. RIO BRANCO

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28  
Parabens! Até o dia 01/09/2018, não constatarão faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

F340.1651.4609.F169.F6AE.6EBF.A280.7922			
Valor da Tarifa	28,63	Valor da Tarifa	238,78
Imposto	62,72	Valor da Tarifa	25,00%
Valor da Tarifa	2,09	Valor da Tarifa	59,69
Valor da Tarifa	31,27	Valor da Tarifa	0,78
Valor da Tarifa	64,07	Valor da Tarifa	3,60

Valor 6,27 12,54 25,08 3,92 7,85 15,70 3,71  
Parcela 4,20 3,00 2,62  
07/2018 111,74

SAO FRANCISCO

ROT: 2.001.02.04.003360

83680000002 5 57270045000 8 000000000032 3 31790918008 3





### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu. Miller Heatos dos Santos

RG nº 1161237-1, data de expedição 11/07/2018

Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 02790646244, com  
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de

Acree onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 000

R. Xavier, Mario Maia, Oscar Pires, nº 989.

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

\_\_\_\_\_  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Miller Heates dos Santos cujo o condutor era

Hiller Heates des Santes

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda, xRE/300

Ano: 2013/2014

Placa: DVB-5161  
Chassi: 982401110E R009661

Chassi: GC2NDJ330E  
Data do Acidente: 02/12/2017

Local e Data: Rio Branco 20/09/2018

Local e Data: Rio Branco 20/09/2018

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
01 OUT 2018  
PROTOCOLO

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Alles ist aus dem guten

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



isto dubio

M 10

E

MS/DATASUS: HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO  
No. DO BE: 2511572 DATA: 02/12/2017 HORA: 12:58 USUARIO: GRACIETE  
CNS: 700506997664652 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME : MILLER MATOS DOS SANTOS DOC...: NT  
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 24/11/1993 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: RUA DR. MARIO MAIA, CONJ. OSCAR PASSOS NUMERO: 87  
COMPLEMENTO....: VEIO COM SAMU BAIRRO: SAO FRANCISCO  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000  
NOME PAI/MAE...: MOTACY CUNHA DOS SANTOS / SANDRA MARIA DA SILVA MATOS  
RESPONSAVEL....: O MESMO COMPREV PREVIDENCIA  
PROCEDENCIA....: BOSQUE TEL....: 99988-9871  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE TRANSITO  
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO  
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM TRAUMA: SIM

PA[42 x 62 mmHg] PULSO[85] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[100]  
EXAM. COMPL.[ ] RAIO X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSONOGRAFIA  
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Paciente vítima atropelada por carro (sic). Estava em  
rua. Tode a perna prensada. Culminado e bagado pelo  
SAMU Dta (ano passado). Nega alergias.  
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
ESCALA DA DOR: [ SEM DOR ] [ LEVE ] [ MODERADA ] [ INTENSA ]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① SAT + Tilatil 40mg 1x a hora (IV) - 12<sup>hs</sup>  
② Tramal 50mg + 10ml de SFO 4x a hora - 12<sup>hs</sup>  
(Venk) - IV - 12<sup>hs</sup>  
③ Cefotima 2g IV a hora - 12<sup>hs</sup>

DATA DA SAIDA:

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANATOPATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

④ Solicito radiografia de nervo esquerdo (Tubo e  
femoral) anexo 1 em classe 3.

Dr. Lima Souza  
Médico Residente  
Cirurgia Geral

CONFECIONADO ORIGINAL  
SANTO AMERB



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206  
(ativo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**Obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Evento do Sinistro ou ASL: 027.906.462-44 CPF da vítima: 027.906.462-44 Nome completo da vítima: Miller Matos dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Miller Matos dos Santos CPF titular da conta: 027.906.462-44 Profissão: Ben de Pimpeza  
R. Tutor, Maria Maia Número: 989 Complemento: Lama  
Oscar Passos Cidade: Rio Branco Estado: Acre CEP: 69.901-664  
E-mail: (68) 3301-8871

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 2278 CNPJ: 013 CONTA: 58623 D.V.: 4  
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: NÃO  
AGÊNCIA: NÃO D.V.: NÃO  
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rio Branco 24 de Setembro de 2018  
Local e Data

Miller Matos dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Miller Matos dos Santos  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

Página 1