

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? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] 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.

Jose Luis Silverio Cabanillas
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

Nº: 87

Bairro: CONJUNTO OSCAR PASSOS II

Telefone: (68) 99914-1434 (Celular)

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.

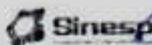
Delegado de Polícia Civil Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

Impresso por: Eden Carlos Senhokha de Alencar

Data de Impressão: 22/08/2018 15:21

Protocolo nº: Não disponível

P. 1 de 2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025144/2018-A01

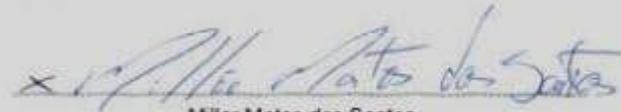
Marca/Modelo HONDA/XRE 300	Modelo HONDA/XRE 300
Veículo Adaptado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Miller Matos dos Santos	Proprietário
Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon	Quantidade 1 Unidade
Nome Envolvi	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

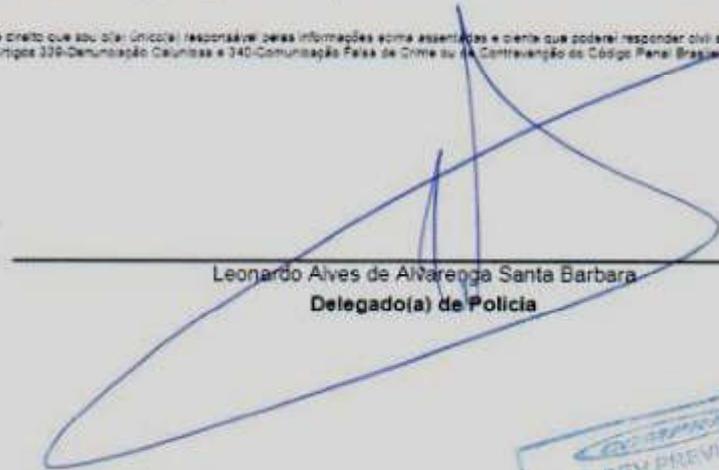
INFORMA O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE ESTAVA PARADO NA VIA, EM SUA MOTOCICLETA HONDA XRE 300, BRANCA, COM O SEMÁFORO FECHADO, QUANDO FOI COLHIDO POR UM DESCONHECIDO EM UM FIAT SIENA, COR PRATA, QUE SE EVADIU-SE DO LOCAL; A VÍTIMA TEVE LESÕES/FRATURAS NA PERNA ESQUERDA, O SAMU FOI ACIONADO, SENDO CONDUZIDO 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 PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
CASO POLICIAL...: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM
ACID. TRABALHO: 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 moto. Tive a perna prensada - Alcançado e batido 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 MEDICACAO

1) SAT + Tilatil 40mg 1x a hora (IV) - 12⁴⁵
2) Tramal 100mg + 100ml de SF0.9% a hora (bomba) - (IV) - 12⁴⁵
3) Ciprofloxacino 2g IV, a hora - 12⁴⁵

DATA DA SAIDA: 1 (5) Enc. e Obs. e Obst. e Trauma
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

4) Solicito radiografia de neuroesqueleto (coluna e membros) ambos membros;
Santo Lima Souza
Medico Residente
Cirurgia Geral

CONFORME ORIGINAL
SANTO LIMA SOUZA
2106

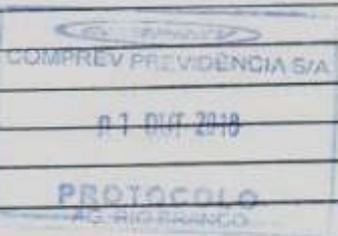


Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor e Sangramento Perineal E

História da Doença Atual: Acid. hofe



História da Doença Anterior: SAME / HUERR COPIA / HUERR CONFORME ORIGINAL CONFORME ORIGINAL

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: FX exposta Perineal E

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1791-AC

Motivo da Cobrança: _____

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGIA
- 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

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

M 3

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 *ecb*
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 ORIGINAL

SAME / HUERB
CÓPIA ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

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

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

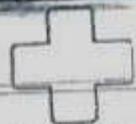
Tempo de Sangramento:....	2 MINUTOS 30 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao:.....	5 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:...	222.000 /mm3

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

C. A. Menezes
ANALISTA QUIMICO
DA

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

COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
 n.º 1 OUT 2010
 PROTOCOLO
 AS RIGOROSAS

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

maca

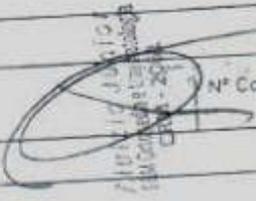
SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT

2541572

Paciente: *Miller Melo dos Santos* Idade: _____ Leito: _____ Registro/BE: _____
 Setor: PSA PSI CCA CCB CMA CMB CC UTI

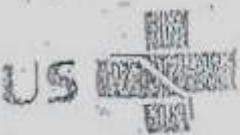
Raio X: *perna E* USG _____
 TC _____ UCG _____
 RNM _____ Ecocardiograma _____
 Outro: *pe e per d.* EDA _____
 Incidência: _____

Hipótese Diagnóstica: _____
 Indicação: _____

Data: _____ Assinatura do Profissional com Carimbo:  N.º Conselho: _____

Laudos: _____

SAME / HUERB
 CÓPIA
 INFORME ORIGINAL



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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL!



22.12.2017

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: **MIZUER MATOS DOS SANTOS** Idade: **4** Sexo: **M** Cor: **P** Registro / BE: **2511522**

Pré-prod: PSA PDI CGA CCD CMA CMB CC UTI

RA: **Peso** **PA (mmHg)** **P (bpm)** **FR (irpm)** **Tax (°C)** **Sat O₂ (%)** **Grupo Sangu** **Fator Rh**

Hb **Lauco** **Glicose** **Uréia** **Creatinina** **BT/BD/BI** **TCO/TGP**

Diagnóstico Pré-Operatório: **Reso:** Asma Brônquite **MV:** **ECO:** **Alérgias:** **MEBIL** **Complacência:**

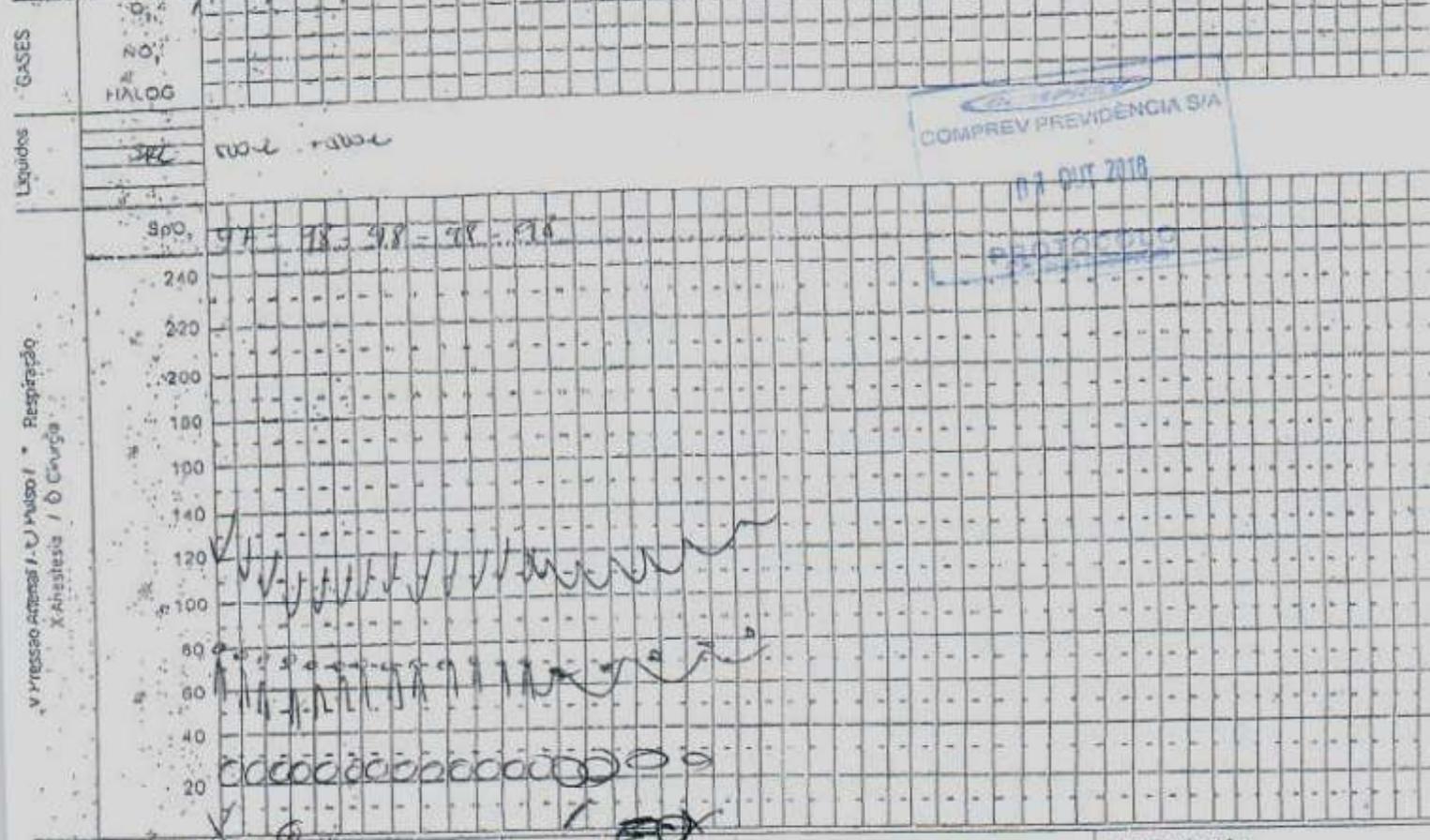
Vi: **Pré-oculor:** **Peça Dent:**

Ortopedia/Dentes: **Urinário:** **Doenças em Uso:**

Edo Mental: **LOTE** **ASA:** 1 2 3 **Risco:**

Patologias Anteriores: **Hora:** **Efeito:**

RA: **15:30** **16:30**



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT 2018

DROGAS ADMINISTRADAS:
CEPROLINA 2G
DEXTROPROPRANOLOL 10MG
DEXMEDETOMIDINA 2G
ROXITROLOL 120MG
ROXITROLOL 120MG
ROXITROLOL 120MG
Fentanil 100mcg EV

Técnica: **RACIOMANIPULADA**

Monitorização: **OxT + PAU3 + ECG**

Ap. Resp.:

Ap. CV:

Quirúrgico/Auxiliar: **MARCELO**

OPD:

Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):

Gláucio Elias Mesquita Santos
 Médico Anestesiologista
 CRM/AC 123456789
 RQE 584

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 OUT 2018
PROTOCOLO
AS PROFISSIONAIS



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

Novo Acre

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Unidade: Mista de Manoel Urbano

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES 32ª

De: Unidade Mista de Manoel Urbano

Para: P.S

Nome do paciente: Francisco Costa Muel
do nascimento

Hipótese diagnóstica: _____

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

parvot C/
Fa

FD

foi feito de sítio
U. Família do Peru

Dinheiro: 1/2 mês.

Squerito Anunciado
07/10/2017

DATA: 02.12.2017

Dr. M. Antônio da Mota
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:

hiup. Cirúrgica + fix. externa

Diagnóstico definitivo:

O mesmo

Cirurgia realizada:

A proposta

PREVIDÊNCIA S/A

07 OUT 2018

Data 02/12/17

Cirurgião

Dr. Marcelo Pinato

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Instrumentador

F. Souza

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 DDH

2) Anestesia + antissepsia + ca. ros

3) Ampliação de FO

4) Lavagem exaustiva

5) Redução Direta

6) Fixação externa + Conferência Escopio.

Dr. Marcelo Pinato
Cirurgião e Instrumentador
CRA 1791 / AC

[Signature]

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUERRB



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 Arjelles Santos dos Santos ID _____

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()

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

INÍCIO DA ANESTESIA 15:30 TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

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

CIRURGIÃO Dr. Marcelo Umentia AUXILIAR(ES) _____

ANESTESISTA Dr. Glaucio de Toledo INSTRUMENTADOR Flaviana

CIRCULANTE Elisa 2^{ENF} Jaimeide

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 01 OUT 2018
 PROTOCOLO

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
DIASEPAN	ATADURA DE CREPON 15cm <input checked="" type="checkbox"/>	GORRO <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 <input checked="" type="checkbox"/>
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/>
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI m ^o 24 = 1
KLDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
KLDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <input checked="" type="checkbox"/>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10 Umel	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 200ml
PAVULON	ELETRODOS <input checked="" type="checkbox"/>	POVIDINE TINTURA 100ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>	PROPÉ <input checked="" type="checkbox"/>
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	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 1
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML <input checked="" type="checkbox"/>
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML <input checked="" type="checkbox"/>
TRILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
TOLUEN 6%	FIO MONONYLON 2.0 = 1	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
S.E. 0,9% p/ larva	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		LA DE MALEX

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

Sistema Ministerial Único de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HUERB**

2 - CNES
 4 - CNES

5 - NOME DO PACIENTE: **Miller Matos dos Santos**
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
 11 - NOME DA MÃE: **Sandra Maria da S. Pa. Matos.**
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **87106**
 9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3
 10 - RACIA/COR
 10.1 - ETNIA
 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

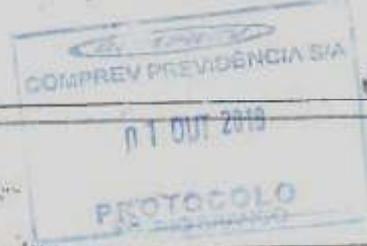
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua Dr. Mario Maia Com. Oscar Passos 87 São Francisco**
 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Rio Branco**

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
 18 - UF: **AC**
 19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Pete vítima de acidente de moto, com dor e sangramento perna E**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **trat. cirúrgico**



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
 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **02/02/2017**
 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Dr. Marcelo Pimenta Ortopedia e Traumatologia CRM 1791/AC**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

6 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
 7 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
 8 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
 36 - CNPJ DA SEGURADORA
 37 - CNPJ EMPRESA
 40 - Nº DO BÔNUS
 41 - SÉRIE
 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
 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)
 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

STRO: PACIENTE: **MILLER MATOS DOS SANTOS** IDADE: CLÍNICA: LEITO:

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>12/2017</p> <p>URA EXPOSTA DA PERNA FERIDA</p> <p>ENTE COM FERIDA LIMPA E SEM SAÍDA DE SECRETO, ARDANDO AGENDAMENTO.</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SAD</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H -- 500 10:00</p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUA 7E7A7DO 6/6H -- 10:00</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SIN 10:00</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SIN 10:00</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 10:00</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA -- 10:00</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS 10:00</p> <p>9. CLEXANE 40 MG 1 X DIA SC -- 10:00</p> <p>10. CEFALOTINA 1G IV DE 8/8 H -- 10:00</p> <p>10 kilos de peso</p>		<p>às 05:00 paciente estável, almeja do, sem queixas das alquies na maciçagem.</p> <p><i>[Signature]</i></p>
			<p>7/12/17</p> <p>* Alto com Agendamento</p> <p>Dr. Acunando</p> <p>Aluizio Júnior Enfermeiro C.R.E.N. - 2061</p>
			<p>COMPREV PREVIDENCIA S/A</p> <p>01 OUT 2018</p> <p>PROTÓCOLO</p>
			<p>SAME / HUERB</p> <p>CÓPIA</p> <p>CONFORME ORIGINAL</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:

- 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) DAIAT

Nome do Paciente: o mesmo

Parentesco com Paciente: _____

Miller Matos dos Santos
Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 22/05/18 Hora: 16h25

Paciente Miller Carlos da Santos

Registro 139707-2 Data: 15-12-2017

Antes da Indução anestésica Antes do Paciente sair da Sala de Operações

Identificação - Hora 16 h 15 Confirmação - Hora h Registro - Hora h

<p>Paciente confirmou a identidade <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Pulseira de identificação presente <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Paciente sabe informar qual procedimento será realizado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim, Qual? <u>T.C. Tibia</u></p> <p><input type="checkbox"/> Não, Motivo</p> <p>Sítio Cirúrgico Demarcado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Presença de Prontuário Completo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Consentimento Assinado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Motivo</p> <hr/> <p>Presença de Avaliação Pré Anestésica?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Motivo</p> <hr/> <p>Carro de Anestesia completo testado e funcionando?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Monitorização instalada e funcionando?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Arterias conhecidas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual?</p> <hr/> <p>Vias aéreas difíceis ou com risco de aspiração?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, Equipamento / Assistência Disponível</p> <p>Risco de Perda Sanguínea > 500ml (07ml/kg em crianças)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e acesso venoso adequado</p> <p>Se sim, há reserva de hemocomponentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitado</p> <p>Presença de Próteses (dentária e outras)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Cirurgião, Anestesiologista e equipe de Enfermagem confirmam verbalmente:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio Operatório</p> <p>Revisão do Cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Sim, Qual?</p> <hr/> <p>Duração prevista da cirurgia <u>1 hora</u></p> <p>Previsão de Perda Sanguínea</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <hr/> <p>Revisão do Anestesiologista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Motivo</p> <hr/> <p>As imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <hr/> <p>Revisão da Equipe de Enfermagem com materiais necessários:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Instrumental necessário presente</p> <p><input type="checkbox"/> Materiais especiais (próteses, órteses)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Todos dentro do prazo de esterilização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Presença de Indicadores de esterilização</p> <p><input type="checkbox"/> Os equipamentos necessários presentes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alguma preocupação com equipamentos:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual?</p> <hr/> <p>A Profilaxia antimicrobiana foi realizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Registro Completo do Procedimento Intra-Operatório, incluindo o procedimento executado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Registro Completo de Anestesia, incluindo medicamentos administrados</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Registro Completo de Enfermagem</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Venóclise e Soro Identificado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Sonda Vesical fixada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A contagem de compressas está correta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A contagem de instrumental está correta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumentais?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual?</p> <hr/> <p>Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> Com lesão <input checked="" type="checkbox"/> Sem lesão <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Qual lesão? _____</p> <p>Identificação da amostra para anatomia patológica adequada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Observações</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>01 OUT 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> </div>
Observações	Observações	Observações

Cirurgião:	Anestesiologista:	Responsável pelo preenchimento: <u>Rex Araújo</u>
CRM:	CRM:	Registro: <u>09120170000000000</u>
Auxiliar de cirurgia 1:	Enfermeira:	Assinatura: <u>[Assinatura]</u> COREN/AC 09125190



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA DE MATERIAL

Nº Prontuário: 359702-21 Convênio: SUS Data: 23-12-2017 Apt/Leito: 330 A Sala: 02
 Paciente: Miller, Mateus dos Santos Circulante: Rosh
 Cirurgia: T.C. Tibio Cirurgião: M. M. M. Aux: M. R. Instrum.:
 Anestesiado: M. Tomasson Tipo Anestesia: Ra + Sid Hora Entrada S. O.: 16:25 A 16:30 E 17:00 T 18:30

Material	Quant.	Medicamentos	Quant.	Taxas	Quant.
ABOCATH nº 38	1	ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 10x1,2	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº 27	1	ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm		ADRENALINA		BILIBERCO	
ATADURA CREPE cm 35x18	1	ÁGUA OXIGENADA	100 ml	BIST. BIPOLAR	sem
ATADURA GESSADA cm		ALCOOL A 70%		BIST. MONOPOLAR	sem
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNOGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	sem
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGENIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGENIO	sem
COMPRESSA	1	DOLANTINA		OXIMETRO	sem
COTTONOIDE		DORMONID	1	R.P.A	sem
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	sem
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		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 120 ML 3000	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			
Clava blood co 100ml		TILATIL	1		
Clava drainage 100ml		XILOCAINA 2% CV			
Clava drenagem 100ml		XILOCAINA 2% SV			
Clava drenagem 100ml		XILOCAINA GEL			
Clava drenagem 100ml		Cefazolin	1		
Clava drenagem 100ml					

COMPREV PREVIDENCIA SA
 07 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

PRONTOUÁRIO DE CIRURGIAS

NOME: <i>Müller Mota dos Santos</i>		PRONTUÁRIO:	
IDADE: <i>24 A</i>	SEXO: <i>M</i>	PESO: .	DATA: <i>4/12/19</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Rx fíbula direita @</i>			COMPREV PREVIDENCIA S/A n 1 OUT 2018 PROTOCOLO
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>Rx fíbula @ direita</i>			
CIRURGIAS REALIZADAS:		<i>Redução aberta com Osteossintese com placa DCP</i>	
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 <i>Eletiva</i>		ANESTESISTA <i>Dr Ney</i>	
EQUIPE CIRURGICA: CIRURGIÃO: <i>Dr Ricardo</i> 1º AUXILIAR: <i>Dr Keni Komuro</i> 2º AUXILIAR: _____ ANESTESISTA: <i>Dr Ney</i> CIRCULANTE: <i>Wom mello</i>			
Hora Início: _____		Horá Término: _____ Duração: _____	

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

- 1) Bantu DDA *com fratura*
- 2) *Músculo + Nutrição + Colocação de tempo*
- 3) *fratura no fíbula proximal outro membro*
- 4) *fratura no fíbula distal outro membro*
- 5) *tempo com 30.9%* *exaurimento*
- 6) *Redução aberta + fixação com placa DCP*
- 7) *fixação com 4 parafusos 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



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**

DI. 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 Co.tato: **68 999889871**

Local de Trabalho:

Profissão: **SERVENTE DE LIMPEZA**

PAI: **MOTACY CUNHA DOS SANTOS**

MAE: **SANRA MARIA DA SILVA MATOS**

Resp.: **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**

COMPREV PREVIDENCIA S/A

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

11 OUT 2018

Nro Guia:

Sispre:

PROTÓCOLO

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

135
11/12/17
Atendente: Sanara Araujo
th. Kuyun

RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

15-12-2017 as 16:25 paciente deu entrada na S.O para
 submeter-se a procedimento Cirurgico, por cuidados
 da Máo esquerda, que por 1/4 Km, instrumentado com
 Vias de Codivra, Abrial, eufonia, normotense, normie-
 dingo, amareloado, comúndet via, portando AV em
 HSE, destruido realizado via AV em HSE, utilizo-
 do O2, digoxin N° 18 + outros aus de rotina para AV,
 paciente de difícil acesso. SpO₂ 94%. FC 58 bpm, PA 103/
 52 mm Hg. As 16:30 paciente submetido a naquimostis
 e redeção pela Máo esquerda, As 17:00, inicia procedimen-
 to Cirurgico. As 18:30 termine no p. yore alimenten, em
 intercorrelios. SpO₂ 92%. FC 55 bpm, PA 113x64mm
 Hg. As 18:45, paciente encaminhado a 9 Rpt. para
 em anexo ~~relatório~~ intermédio, Check list, relatório
 prescrição.

Tec. Enfermagem
 COREN/AC 09145190

PREVIDENCIA S/A
 07 OUT 2018
 PROTOCOLO



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: *rapax + sed.*

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

COMPREV PEFVIDÊNCIA SA
 01 OUT 2018
 PROTOCOLO

Total

* Necessário para que receba alta acima

* Horário de liberação

* Assinatura do Enfermeiro

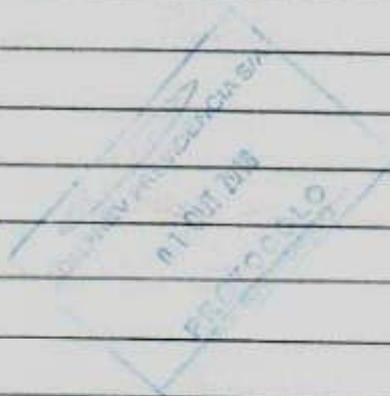
* Assinatura do Médico Anestesiologista:

Jeniffer Silva Souza
 Enf. Esp. Centro Cirúrgico
 COREN AC 024.863

Relatório de Enfermagem da RPA
(Recuperação Pós Anestésico)

18:15-19:15 As 18:50 h. Paciente foi admitida na SRPA - após procedimento cirúrgico, sob efeito de anestesia geral, Portador de H.V em MCD com bom reflexo pupilar em M.E. monitorizada com oxímetro de pulso. SpO_2 97%, FC 49 bpm, PA: 106 x 48 mmHg. As 19:05 h. Paciente permanece na SRPA com SpO_2 As 19:05 h. Paciente permanece na SRPA com SpO_2 97%, FC 48 bpm, PA: 104 x 50 mmHg. As 19:20 com PA = 107 x 43 mmHg SpO_2 98/1 lento, mas responsivo a pedidos verbais orientados. As 19:40 com PA = 107 x 50 mmHg. SpO_2 97/20:00 - SpO_2 98/1. As 20:10 encaminhada para o leito em efeito de medicamentos, mas responsiva.

Jenaina Silva Souza
Enf.ª Espec. Centro Cirúrgico
COREN AC 024.862





HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

PACIENTE: 159702 - 2

MILLER MATOS DOS SANTOS

LEITO: 110 A

DATA: 11/12/2017

HORA: 18:18

NRO PRESCRICAO 206007

NRO REQ. FARM: 1174660

PRESCRIÇÃO MÉDICA		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		SND
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	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
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		

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 01 OUT 2018
 PROTOCOLO

EVOLUÇÃO
 Paciente BEG, LOTE, CRANAE
 FA: Limpas / Seco
 sem queixas
 CD: Alta + Alabado + Retorno + Medicow

Marcos Antonio Silva
 CRM/AC 2105

20/15 Alterações de ec em urina, normotensas, hipoclorídicas, acid, capricosa, venozante. Postando AUP em MSB CI HU em ULSB - toda acompanhante quente dos cuidados pré-operatórios.
 PA: 120x70mmHg FC: 75 FC: 16 TA: 70,80

21/15 às 07:00h paciente evolui calmo em apnéia total, agitado, orientado, supineo, comunicativo, portador de US D. com hidratação venosa em curso. - estado EPM, duras e saturação adequada, - sem sinais de alteração nas costas, segue medicado e em 120x80 mmHg SPO2: 97% FC: 70 bpm TDE Normal

21/22/47 A 08:00 h cliente evolui com sinais de melhora, realizado amolho que se realizou no N:715-02 Gen+SA - com o Agulha 20x12 + Atoduro 25 cm +

12/17 Realizo Fisioterapia Metódica
14-32 *Fernando*



08:00 P a 13:00 P Clê de exa
- exa, afilil, curunna, curunna
curunna, curunna sem alegria
no ar. abm mil gon, Autou
a auto. FFP. com RA=120x70uf
com 36.5°C

100, 13:00 a 19:00. evolui no leito calmo
comunicativo com estôdo suprico afilil
- Porto no AUP em MSD. Pausa e A present
marcas azenti. aceita a dieta. Sem
- uica no período. SSVV: PxA: 120x60 mmHg. (TAX 3)
Ligo / TAX: 35.1°C. Tug Uyrb K. 1163229.

21.12.17 Dias 19:00 a 07:00 pacie ente, meli, meli
- 20, curunna, remunerativo, na medicao, em
veio, afilil, curunna + Eutalona, com curunna
- aceita sem a dieta eficient. perunna, a
- com MSE. com d.v. em curso, sem curunna
- no período 1 foi medicado c. no. m. P
- 120 x 80 mmHg. Tax: 36.1°C, SpO₂ 97%, FC 74 bpm
- de curunna. Tem 776, 542

12/17 Realizado curativo em MIE, curunna de aspecto
- 2 curunna sem curunna flogistica. Foi utilizado spray de curunna
- S; Lata curunna 15 cm; Pacote de gaze, 1 agulha 40x12mm, 10ml
- alcool 70%, 20 ml de SFO, 9%.

21/12/17. A. curunna alta hospitalar por curunna
- curunna. Fim de curunna exames e curunna. Curunna

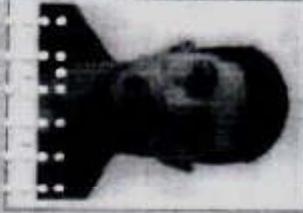
Lúiz Augusto da Silva
T. Curitiba
COL. IAC 001.174.908

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
**NOTACY CUNHA DOS SANTOS
SANDRA MARIA DA SILVA MATOS**

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

DOC. ORDEM
CERT. NASC. N 0671 - LIV. A/03 - FLS. 072 - CARTORIO 4 OF RIO BRANCO/AC

027.906.462-44
2 VIA

Sandro Roberto Cunha Rodrigues
SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 80

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
n 1 OUT 2013
PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1224660700

Nome: **FRÉDA DA SILVA BRANCO**

DOCUMENTO EM USO: **2**
 VÍDEO: **00000000**

CPF: **099.480.473-72** Data de Nascimento: **08/08/1994**

Nome do Pai: **JOSÉ CARLOS BRANCO BRANCO**
 Nome da Mãe: **FRANCISCA CARLOS DA SILVA**

Sexo: **M** Estado Civil: **C**

UF: **AC** Data de Emissão: **08/08/2014**

CPF: **099.480.473-72** Data de Validade: **08/08/2019**

Assinatura: *Fréda da S. Branco*

Local: **RIO BRANCO - AC** Data de Emissão: **24/08/2014**

Assinatura: *Fréda da S. Branco*

CPF: **099.480.473-72** Data de Validade: **08/08/2019**

1224660700

COMPREV - CREDENCIADA S/A

01 OUT 2018

PACTO GLO
 RUA ...

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MILLER MATOS DOS SANTOS

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 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 01 Cód. RENAVAM 00679588604 R.N. TR.C. 2017 EXERCÍCIO 2017

NOBRE MILLER MATIUS DOS SANTOS

Placa 027.906.462-94 DV85161 AC

PLACA ANT./UF 027.906.462-94 AC
OPASSI 9E2ND1110ER009661

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APILDA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MODELO HONDA/XRE 300 ANO FAB. 2013 ANO REG. 2014

CAP/PROT/CIH 22911C/ CATEGORIA PARTICU BRANCA CDR PREDOMINANTE

I 1ª COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª
P 2ª
V 3ª
A 4ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0,77 PREMIO TOTAL (R\$) R\$185,5 DATA DE PAGAMENTO 11/04/2017

AL. FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD
X BENEFICIÁRIO X PARCELAMENTO DE MULTA

RIO BRANCO AC 17/04/2017

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 Cód. RENAVAM 00679588604 R.N. TR.C. 2017 EXERCÍCIO 2017 PLACA DV85161

MODELO HONDA/XRE 300 ANO FAB. 2013 ANO REG. 2014

PREMIO TARIFÁRIO
PREMIO (R\$) DENOMINAÇÃO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$81,29 R\$9,93 R\$90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$0,77 DATA DE EMISSÃO 11/04/2017

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.249.688/0001-04



RECEITUÁRIO

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 OUT 2018
 PROTOCOLO
 2018000000

Paciente: _____

LADO

Atestado para o desvio final que o Sr Miller
 MATOS DOS SANTOS sofreu acidente de trânsito
 no dia 02/12/2017 apresentando fratura
 exposta das essm da perna (E) sendo
 submetido a cirurgia ortopédica com
 fixação externa e depois, ortossintese
 em placa e parafusos.

Evolutivo com cicatriz de 15cm na face
 medial da perna (E), cicatrizes puntiformes
 nos ossos fixados, deformidade em UAO
 da perna (E), hipertrofia do tendão de Aquiles,
 aumento de volume do pé e punho
 fratura do rádio (E) e ulna (E) e lesão de fratura
 muscular do membro.

portante é portador de Aquiles
 permanente no m.l.E com debili-
 dade permanente de 80%

RBA 19/10/18

José L. Silverio C. 
 Médico Ortopedista
 CRM 483-AC Santa Casa



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Miller Meatos dos Santos

RG 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 Meira</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 24/09/2018

Assinatura do Declarante: Miller Meatos dos Santos

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
RUA VIGARIO MAGALHAES, 116 - SUICATA - RIO BRANCO - AC
CEP: 69.000-000 Fone: (16) 3222-1111 Fax: (16) 3222-1111
CNPJ: 07.000.000/0001-00

002208306
RUA VIGARIO MAGALHAES, 116 - SUICATA - RIO BRANCO - AC
CEP: 69.000-000 Fone: (16) 3222-1111 Fax: (16) 3222-1111

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

NOTACY 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	Data	03/09/2018
Consumo	5028	Data	03/08/2018
Consumo de Manutenção	1,000	Data	03/10/2018
Consumo	312	Data	01/09/2018
Consumo	312	Data	03/09/2018

Forma de Pagamento: NORMAL Carga de Regulação: 31

RESIDENCIAL MONO 7291300 1.1.1.1 348

AGO/18	319	CONSUMO	312 A R\$ 0,765349 =	238,78
JUL/18	349	CONTR. ILLUMINACAO 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			

TARIFAS SEM TRIBUTOS:
U H 312 - R\$ 0,765349

COMPREV PROVAVIDENCIA S/A
01 OUT 2018 -
PROTOSLO
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 constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESUMO DE PAGOS F340, 1651, 4609, F169, F6AE, 6EBF, A280, 7922

Parcelado	28,63	Parcela em Curso	238,78
Debito	62,72	Valor em Curso	25,00%
Previdencia	2,09	Parcela em Curso	59,69
Debito	31,27	Valor em Curso	0,78
Parcela	64,07	Valor em Curso	3,00

Valor 6,27 12,54 25,08 3,02 7,85 15,70 3,71
Parcela 4,20 3,00 2,62
SAO FRANCISCO 07/2018 111,74
ROT: 2.001.02.04.003360

83680000002 5 57270045000 8 00000000032 3 31790918008 3



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Miller Matos dos Santos

RG nº 1163237-1, data de expedição 11/07/2018

Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 02790646244, com

domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de

Acre onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) R. Santos, Mario Maia, Oscar Passos, 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 Matos dos Santos cujo o condutor era

Miller Matos dos Santos.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda XRE/300

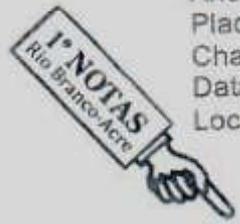
Ano: 2013/2014

Placa: DVB-5161

Chassi: 9C2NB3110ER009661

Data do Acidente: 02/12/2017

Local e Data: Rio Branco 20/09/2018



Miller Matos dos Santos
Assinatura do Declarante

Miller Matos dos Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE
Fabrício Mendes dos Santos - Tabelião/Oficial de Registro Civil
Av. Ceará, nº 2513, Sala 04, Bairro Dian Giacomini - CEP: 69.900-200 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 2094-9115
Selo Digital nº AG553403-26 - Cod. Valid: 5E0B-2DB8-6EDF-6643
Consulte a autenticidade do selo em: www.seloacra.com.br
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) de
MILLER MATOS DOS SANTOS
Do que dou fé, Rio Branco - AC, 20 de Setembro de 2018. Custas e Emolumentos: R\$ 1,00
YTHALO GONCALVES LOBES DE OLIVEIRA COSTA - ESCRIVENTE
- VÁLIDO SOMENTE EM EMERGÊNCIAS OU RAZÕES -



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 PREVIDENSA 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

PA [142 x 62 mmHg] PULSO [85] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 [100]
EXAM. COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

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

Paciente vítima atropelada na curva (sic). Estava em moto. Tive a perna prensada. Culminado e bagado pelo SAMU DTA (ano passado). Nessa altura:

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 ^{hs}
2) Tramal 100mg + 10ml de SFO 4x a hora (bento) - (IV)	13 ^{hs}
3) Cefalotina 2g IV a hora	12 ^{hs}

DATA DA SAIDA: 1 (4) Enc. e Obst. o dia da saída:
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: (4) Solicito radiografia de nervo esquerdo (Tabela e tomografia) ambas incidências.

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO:
Lima Souza
Medico Residente
Cirurgia Geral

CONFIRMAR ORIGINAL
SAMUEL ALVES

Assinatura de M. Dutra
CRM 2106



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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:

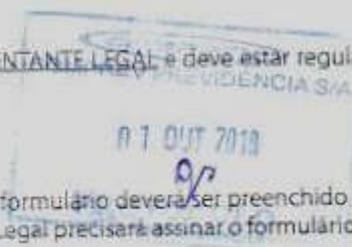
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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").



Nº do Sinistro ou ASI: _____ 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 limpeza
 R. Tutor: Mario Maia Número: 989 Complemento: laxa
Oscar Passos Cidade: Rio Branco Estado: Acre CEP: 69.901-664
 E-mail: _____ Telefone (DDD): (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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRASESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: _____ NRO: _____
 AGENCIA: _____ DUV: _____ CONTA: _____ DUV: _____
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

RESÍDUA: 2278 DÍGITO: 013 CONTA: 58623 DÍGITO: 4
(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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

