

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: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000034200-0

Nr. da Autenticação 6C53D31971E536AA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180590752 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS, PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180590752 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE DE KIRSCHNER/PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ ** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, NO VALOR DE R\$1.687,50. 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180590752
FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA XAVIER MAIA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180590752**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CHES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CHES	
Identificação do Paciente				8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE				9 - Nº DO PACIENTE	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)				10 - SEXO	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				16 - CID 10	
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				18 - UF	
19 - CID 10				20 - CID 10	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima de acidente de moto dia 12/11/2018 Trazido pelo socorro, refere como mecanismo de Trauma punho em extensão.					
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
- Urgência					
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
- Exame de urina - TC e Radiografias					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
Futuro de Plomato T11					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internação					
28 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
29 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
30 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
31 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
32 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
33 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
34 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
35 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
36 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
37 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
38 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
39 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
40 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
41 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
42 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
43 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
44 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
45 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
46 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
47 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
48 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
49 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
50 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
51 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
52 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
53 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
54 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
55 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
56 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
57 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
58 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
59 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
60 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
61 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
62 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
63 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
64 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
65 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
66 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
67 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
68 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
69 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
70 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
71 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
72 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
73 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
74 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
75 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
76 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
77 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
78 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
79 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
80 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
81 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
82 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
83 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
84 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
85 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
86 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
87 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
88 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
89 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
90 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
91 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
92 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
93 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
94 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
95 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
96 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
97 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
98 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
99 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					
100 - CID 10 DO PROCEDIMENTO					

SAME / HUERO

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

CCB 2177

179

UE

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2583000 DATA: 16/09/2018 HORA: 13:37 USUARIO: ODILEIA MOURA
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA 12500

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA RODRIGUES DOC...: NT
IDADE : 42 ANOS NASC: 07/07/1976 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO : TRAV PARAIBA BAIRRO: GERALDO FLEMING NUMERO: 63
COMPLEMENTO : VEIO COM SAMU UF: AC CEP...:
MUNICIPIO : RIO BRANCO /FRANCISCA DAS CHAGAS GOMES
NOME PAI/MAE : RAIMUNDO ALVES RODRIGUES TEL...: NT
RESPONSAVEL : O MESMO
PROCEDENCIA : GERALDO FLEMING
ATENDIMENTO : ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE...: NAO 22 N/A TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [138 X 89 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] EC [] SPO2 [98]

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

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

DADOS CLINICOS: Pte vítima de queda de moto há ± uma hora, trazido pelo SAMU s/ color cervical. Refere uso de capacete durante acidente. Não há perda de consciência, náusea, vômitos ou qualquer queixa torácico-abdominal. Apresenta trauma sem ferimento e lesões escoriações na face, de cor amarela, vermelha e azul.
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [] VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] AZUL []
No momento, s/ patologia torácico-abdominal. cirurgia de urgência/emergência.
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

Encaminhado a ortop.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO Mega alergias HORARIO DA MEDICACAO

- ① Dipirona 2ml (EV) > 14:00
- ② Tilatil 40 mg (EV)
- ③ Avaliação da ortopedia

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

NOME DO PACIENTE		IDADE		COMORBIDADES:	
QUEIXA PRINCIPAL					
FLUXOGRAMA					
DISCRIMINADOR					
PARÂMETROS	PA: X mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: %	Peso:	
	ESCALA DE DOR			Pulso: bpm	
				Glicemia: mg/dL	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	
RECLASSIFICAÇÃO		HORÁRIO:			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às 14:00 Paciente admitido no SET, lúcido, orientado. Conduzido pelo SAMU em maca vítima de colisão carro e moto. Inicializado no MIE, onde refere dor pontando AVP no membro superior esquerdo. Medicação CPM. Aguardando para exames diagnósticos. SSVV 138/89 mmHG SpO2 98%. FC: 80 bpm. *Café Daniel*
Carla M. Silva



SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Às 09:25h. de dia 18/19/18. Encaminhada ao IC, aos cuidados de Hipódio, Lucide, oriente, de, Comunicativa. *W*

Carlos Roberto de Almeida Silva
Enfermeiro
COREN-AC 395.715

19:30 - paciente admitido no CC e submetido a procedimento invasivo aos cuidados da autista, veio em maca, Expresso, comunicativo, encaminhado às 20h21 para diversos cuidados sensoriais.

Marcos A. Lima X. Lima
Enfermeiro
COREN-AC 397.269

W
paciente encaminhado às 21h28 após procedimento cirúrgico 11/11/18.

Marcos A. Lima X. Lima
Enfermeiro
COREN-AC 397.269

procedimento
realizado para
anestesia.
Marcelo José
Enfermeiro
COREN-AC 397.269

Às 21:58h - Retorno do CC,
com programação de cirurgia
para amanhã. Exp. Jacqueline
11/11/18

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL





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 09.29 SALA 03 DATA 18/09/18
NOME DO PACIENTE Francisco das Chagas da Silva ID 42
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL ()
INÍCIO DA ANESTESIA 9.45 TÉRMINO DA ANESTESIA 22 NOV 2018
PROCEDIMENTO REALIZADO Fixação externa tibia
INÍCIO DA CIRÚRGIA 10.00 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 10:30
CIRURGIÃO Dr. Antonio - Dr. Maciel AUXILIAR(ES) Dr. Robson R.
ANESTESISTA Dr. Glaucio + Dr. Daniele INSTRUMENTADOR Elizabeth
CIRCULANTE Eliza ENF Marcos Nam

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 40x12.7	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/VASO	ALCOOL 70% 200ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 26x35.1	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA I
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 300
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 COLETORES DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
ENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
EUFROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI Nº 4-1
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10x10cm	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 150
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ
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	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5 ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 8%	FIO MONONYLON (7 03) 2.0-1	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

Lote: 088772 Código: FOB 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX
- FEMUR T 350 - ESTÉRIL

Fabric.: 14/08/2017 Val.: 08/2022
Registro ANVISA Nº: 80083650031
Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.923/0001-00 - Rio Claro / SP

SINAIS VITAIS:


HORÁRIO: 9:50	HORÁRIO: 10:20	HORÁRIO:
PA: 147 x 69 mmHg	PA: 142 x 71 mmHg	PA:
FC: 81 bpm	FC: 71 bpm	FC:
SPO2: 95%	SPO2: 93%	SPO2:

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

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:


 27 MAR 2018
 PROTECTOR
 SAME / MUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE Departamento de Assistência Médico Hospitalar Unidade: <u>Unidade</u>		RELATORIO DE CIRÚRGIA	
NOME DO PACIENTE: <u>Francisco dos Anjos da Silva Rodrigues</u>			
IDADE: <u>42 anos</u>		OBSERVAÇÃO:	
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura Plavisto Tibial (E)</u>			
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Fixação externa por redução fechada</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Ampliado</u>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>COMPREV - CUIDENCIA SA</p> <p>22 MAR 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> </div>	
CIRURGIA REALIZADA: <u>Ampliado</u>			DATA: <u>18/09/18</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Antonio José</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr. Roberto Souza</u>	
2º AUXILIAR: <u>Dr. Alexandre Almeida</u>		INSTRUMENTADOR (A): <u>Eliete</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. Roberto / Glaucio / Ronaldo</u>		ANESTÉSIA: <u>Rajundiana</u>	
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
DESCRIÇÃO: _____			
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO			
<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: <u>Plavisto decubito rostral horizontal sob anestesia</u> <u>raquidiana msc</u>			

- 2) Autógrafos, assinaturas e carimbos eletrônicos
- 3) Faturas e 2ª via de notas fiscais emitidas em papel comum
- 4) Faturas e 2ª via de notas fiscais emitidas em papel comum
- 5) Documento de Registro de Fatura Eletrônica e Nota Fiscal Eletrônica e 2ª via de notas fiscais emitidas em papel comum
- 6) Outros eletrônicos
- 7) Controle e acompanhamento OK

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE
22 NOV 2018
PONTA GROSSA

Marcos Vinícius Oliveira Silva
PRM Oroguaçu Transcrita
08/11/2018



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Francisco dos Chagas da Silva</u>		Idade: <u>42</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Registro / BE: <u>2583000</u>
Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI					
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fx Plavato tibial 2</u>		Creatinina			
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite		MV: <u>4x1</u>		Complacência: <u>00</u>	
ACV: <u>25</u>		ECG: <u>25</u>		Alegrias: <u>Não</u>	
Ap. Digestivo/Dentes: <u>Suagem 28h</u>		Pescoco		Peças Dent.	
Ap. Urinário:		Drogas em Uso:			
Estado Mental: <u>2015</u>					
Anestésias Anteriores:		ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		Risco	
Medicação Pré-anestésica: <u>✓</u>		Hora:		Efeito:	
HORA: <u>9h35</u> <u>10h35</u>					
GASES	O ₂				
	NO ₂				
Líquidos	HALOG				
SÍMBOLOS	Respiração				
	V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia				
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnicas:		Monitorização:	
1º <u>Fentanil 100mcg</u>		1º <u>Propofol anestesia</u>		1º <u>ECG (PRM) / Oxim.</u>	
2º <u>Droperidol 1mg</u>		Cirurgia:		Ap. Resp:	
3º <u>Propofol 50mcg</u>		1º <u>Propofol anestesia</u>		Ap. CV:	
4º <u>Propofol 2g</u>		Cirurgião/Auxiliar:			
5º <u>Propofol 2g</u>		OBS: <u>Peto perfurado, anestesia e autossuspensão, coloração de</u>			
6º <u>Dexametasona 1mg</u>		<u>ampas de tórax, punção medular, (CNC), (CNC),</u>			
		<u>paciente (-) - sem intercorrências.</u>			
		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):			
		<u>Dra. Marilda K. M. Moraes</u>			
		PRM de Anestesiologia			
		CRM - 1891			

OBS.:

SARAE / HUERO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SARAE / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

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

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

[illegible]

22 MAY 2018

PROTOCOLLO

SAFE | PUERTO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

Novo Acre
 Obediente parlati 2004: www.novoacre.it



UNIDADE:

UNIDADE:			OBSERVAÇÃO	COP	LEITUR	116
NOME:	Família dos Chegado de Silva		LIDADE:	42	BE:	
	COORDENADOR		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			

OBSERVAÇÃO COP - LEITO: 174

[illegible]



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

REGISTRO

PACIENTE

FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA

IDADE

42

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

179

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

DIET 16/09/18

FX DE PLANTÃO TIBIAL SINI
INTERNAÇÃO

REG. COM DOR LEVE A MOD. EDEMA
++/4, PERÚSTO E NEUROLÓGICO
PRESERVADOS.

1. DIETA VO LIVRE APOS TRES HORA DO PROCEDIMENTO.
2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H
4. FRAMM 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. CUIDADOS GERAIS
8. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ AO DIA NA FALTA DE CLEXANE
9. FAZER LEPARABIA 5000UI SC 8/8H INICIAR APOS 8H DO
10. TILANTIL UMA AMP EV 12/12H



SAME / HUEB
CÓPIA
CONECTAR ORIGINAL

A 13:25h. Admitido
na CCB, procedente
da CC, liberado, ori-
untado, comunicando
um mudo, acompanhado
do.

Celso Roberto de Abreu e Silva
Enfermeiro
COREN - AC 395.745

Atestado de Saúde
Mário Nogueira, Diretor de Saúde
Secretaria de Enfermagem
COREN/AC - 52319

5:00h. Cliente h.o. Te
suprimento adequado. Si-
vacunado. Si-
do no momento, pa-
reço tranquilo. Te. (atn)
pe

HUEB



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

digitado e impresso em: 19/09/2018 às 11:16:46

HUERB
Hospital de Urgência de Rio Branco

REGISTRO

PACIENTE

FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA

IDADE

42

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

179

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DDDT 16/09/18

FX DE PLANALTO TIBIAL SIII
INTERNA? 70 + FIIADOR EXTERNO.

REG. COM DOR LEVE A MOD. EDEMA
++/4. PERFUSÃO E NEUROLÓGICO
PRESERVADOS.

COMPREV PREVIDENCIA 9/7
22 NOV 2018
PROTOCOLO

1. DIETA VO LIVRE SN
2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8H
3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H SN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. CUIDADOS GERAIS
8. SINAIS VITAIS
9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ AO DIA, NA FALTA DE CLEXANE FAZER HEPARINA 5000UI SC 8/8H
10. TILATIL UMA AMP EV 12/12H
11. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

20/09

Surpresa

Obs: Ao ad 18:00h, paciente
com 70 x 80 mmHg, diurese
adequada, função renal adequada
durante de 12 h. Monitorado
dieta + medicação
regulada, agitação com
frequência 63/33/42

Ch - Plt de 100
sem sinais de
foliculitis. Te
foliculite com
4376



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

digitado e impresso em: 20/09/2018 às 11:16:36

REGISTRO

PACIENTE

FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA

IDADE
42

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
179

HUEB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DVD 16/09/18 FX DE PLANA TO TIRIAL SIII INTERNA720 + FIXADOR EXTERNO. REG. COM DOR LEVE A MOD. EDEMA ++1/4, PERFUS70 E NEUROL70GICO PRESERVADOS. PROGRAMA720 PARA HU AGUARDANDO TRANSF SUSP CLEXANE7HEPARINA	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/8H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. TILATEL UMA AMP EV 12/12H 10. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H 11. MANTER MEMBR0 ELEVADO.	10-11-04 10-11-21-04 10-11-22-04 10-11-22-04 10-11-22-04 10-11-22-04 10-11-22-04 10-11-22-04 10-11-22-04 10-11-22-04 10-11-22-04	COMPREV 70 EVIDENCIA S/A 22 NOV 2018 PROTOCOLO	07:00 - Chegada - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af - 10:00, susp. af -
--	---	--	--	--

Trans

HC

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Enoque Feijó de Souza
Enfermeiro
COREN-AC 360.811

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC
* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

FONE: 3223-3080

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS S. RODRIGUES
ID paciente:
Data nascimento:
Cód barra: 2012714
Sexo: Masc
Depart.: CCB
Diagn.:
Médico:
Comentário:

ID amost: 1
Idade: 42 Ano
Tipo de amostra: Soro
Data da coleta: 17/09/2018
Hora da coleta:



Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	99	mg/dL		74 - 106
URE	37	mg/dL		10 - 50
CRE	1.0	mg/dL		0.7 - 1.2
Na	139	mmol/L		135 - 150
K	3.8	mmol/L	BAIXO	3.9 - 4.6
CL	100	mmol/L		90 - 110

Data/Hora solicitação: 17/09/2018 Data/Hora teste: 17/09/2018 Data/Hora impr.: 17/09/2018 08:23:04

Testador:

Revisor:

Ronson Vieira da Mota
Biotécnico
CRP/AC 319

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

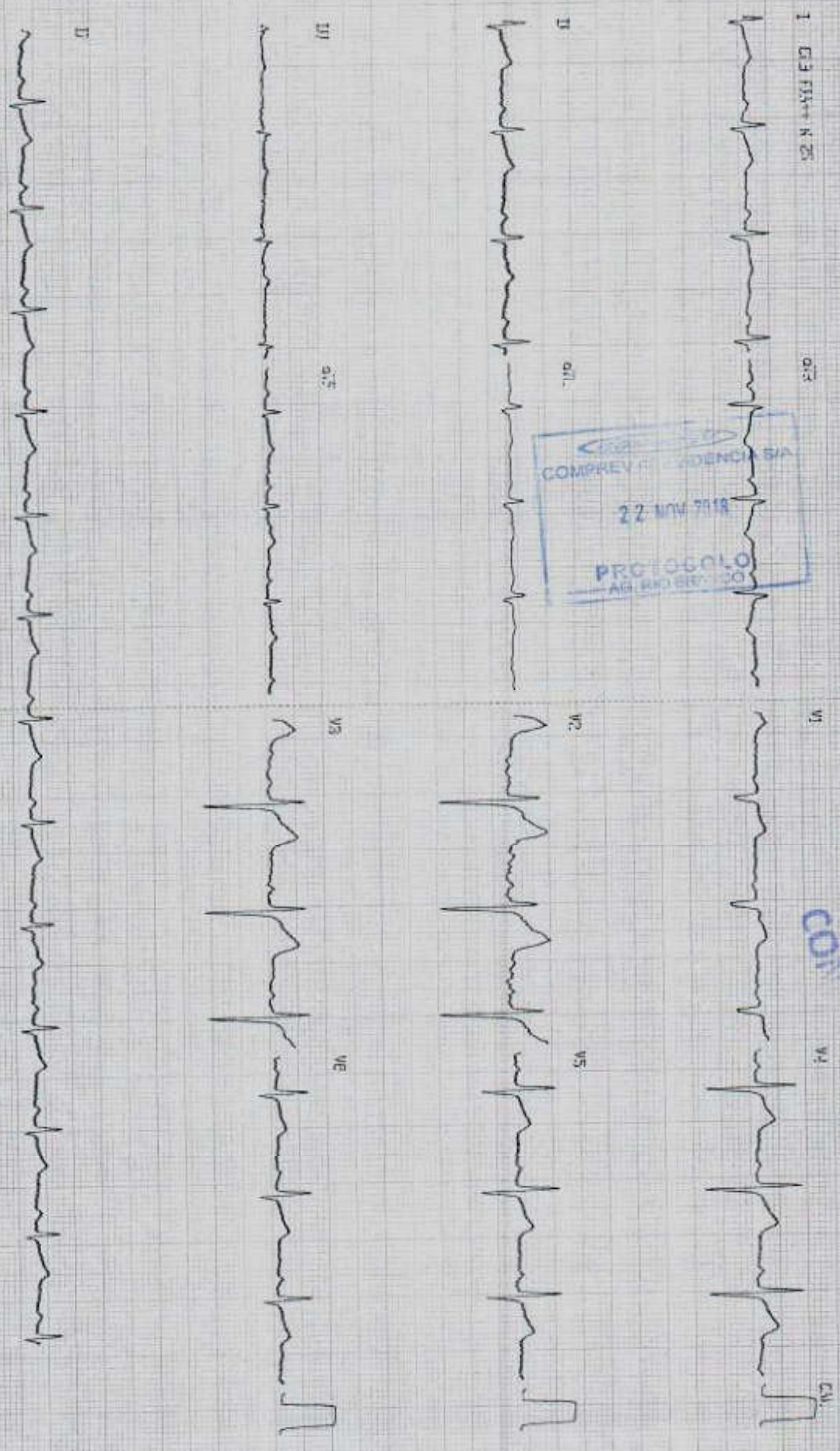
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Francisco dos Anjos da Silva
42 anos

16/09/18

SAÚDE / HUERB
CÓPIA ORIGINAL

hr: 15:50





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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: ORTOPEDIA LEITO Nº 179 À CLÍNICA: ORTOPEDIA

PACIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

pt 42 anos com fratura de plav. 10

FE0246 Pac. SIGPA DE MORO
Sol. RISCO CERVICAL

2.2 NOV 2018

PROTEÇÃO

EXAME / HISTÓRIA
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Dr. [illegible]
[illegible]
[illegible]

NOME DO SOLICITANTE: DATA: 19/07/18 HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Rto. amplexo
MD - Fr. de Plav. 10
AC - BCUF 27 SS ECG - Plav. 10
ECG - Normal
AP - MV - Normal
AG - I - Normal
TGU - Normal
laboratório em Análise
HC + ECG

Coloquemos

Rio Branco 19/07/18

Dr. [illegible]
[illegible]
[illegible]

NOME DO MÉDICO: DATA: / / HORA:



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Dor em Joelho (E).

História da Doença Atual:

Libre Trauma direto, ocasionado por acidente de moto acidentada com pessoa (Joelho) em extensão.

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Dor em Joelho (E). Edema 2+/4+. Sem
Quimora. Neurologico e perfusão preservados.

Diagnóstico Provisório:

Fratura de platô tibial (E) SHARKER II

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

39

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/ 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

Paulo Marcelino S Jr
PRM de Ortopedia e Traumatologia
CRM 2217



Governo de Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia



LAUDO MÉDICO

NOME: Francisco dos Olhos de Silva Roder

O paciente supracitado apresenta Lesão do ligamento lateral
+ Luxação do joelho a partir de 16.09.18
ou há 7 dias, tendo sido tratado com procedimento
cirurgia de reconstrução articular
No momento, encontra-se melhor para atividades
diárias sem dor por 6 meses

CID: S92.1 / S93.1

Dr. [Assinatura]
CRM 741 Médico

28.09.18

Rio Branco - AC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 INSTITUTO DAS CARIDAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO
 CARTÃO GERAL DE HABILITACAO

NOME
 VANESSA XAVIER MAIA

DOC. IDENTIFIC. (CPF, PASSAPORTE, etc.)
 11613020 SUP AC

CPF
 018.532.202-66

DATA NASCIMENTO
 10/06/1994

FUNÇÃO
 JOSE GOMES MAIA FILHO

DESCRIÇÃO RASTOS XAVIER

PERMISSÃO
 AUTORIZACAO

ACC
 AUTORIZACAO

OUT. NÚM.
 2

IDENTIFICACAO
 04042300000

VALOR
 10/11/2012

VALIDACAO
 10/04/2014

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1022541686

ASSINATURA

Vanessa Xavier Maia

LOCAL
 RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSAO
 23/04/2015

75651111543
 AC404143441

PERMISSÃO PLASTIFICAR
 1022541686

COMPREV - CREDENCIAL S/A

22 NOV 2019

PROTOCOLO
 AG. RIOBRANCO



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031954/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/10/2018 08:36 Data/Hora Fim: 23/10/2018 08:42

Delegado de Polícia: Rafael Marcos Costa Pimentel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Polícia da 4ª Regional

Data/Hora do Fato: 16/09/2018 13:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Logradouro: rua maracana

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Conjunto Manoel

Natureza

1043 - Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA RODRIGUES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 07/07/1976

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francisca das Chagas da Silva

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: travessa paralela

Bairro: geraldo fleming

Telefone: (68) 99992-6312 (Celular)

Nº 63

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Placa: NAD6634

Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014

UF Veículo: Acre

Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado?: Não

Situação: Envolvido

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Numero do Chassi: *****57148

Cor: Vermelha

Município Veículo: Rio Branco

Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Quantidade: 1 Unidade

Nome Envolvido

Francisco das Chagas da Silva Rodrigues

Envolvimentos

Proprietário

DETRAN
ACREPovo
do AcreBOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

5359

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

03 MUNICÍPIO

04 UF

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

06 HORA DA OCORRÊNCIA

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

11 TIPO DE PAVIMENTO

12 CONDIÇÕES DA VIA

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

14 Nº DE VEÍCULOS

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☐ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☒ 9

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍPEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GARÇA

☐ 7

15 Nº DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

25 USAVA CINTO

26 USAVA CAPACETE

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐NÃO ☒

36 AVÁRIAS

37 CARRO



38 MOTO



38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

40 AÇÃO DO CONDUTOR

BAF

42 NOME CONDUTOR

43 SEXO

44 NASCIMENTO

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

51 USAVA CINTO

52 USAVA CAPACETE

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐NÃO ☐

62 AVÁRIAS

63 CARRO



64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

65 MOTO



66 AÇÃO DO CONDUTOR

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

69 SEXO

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

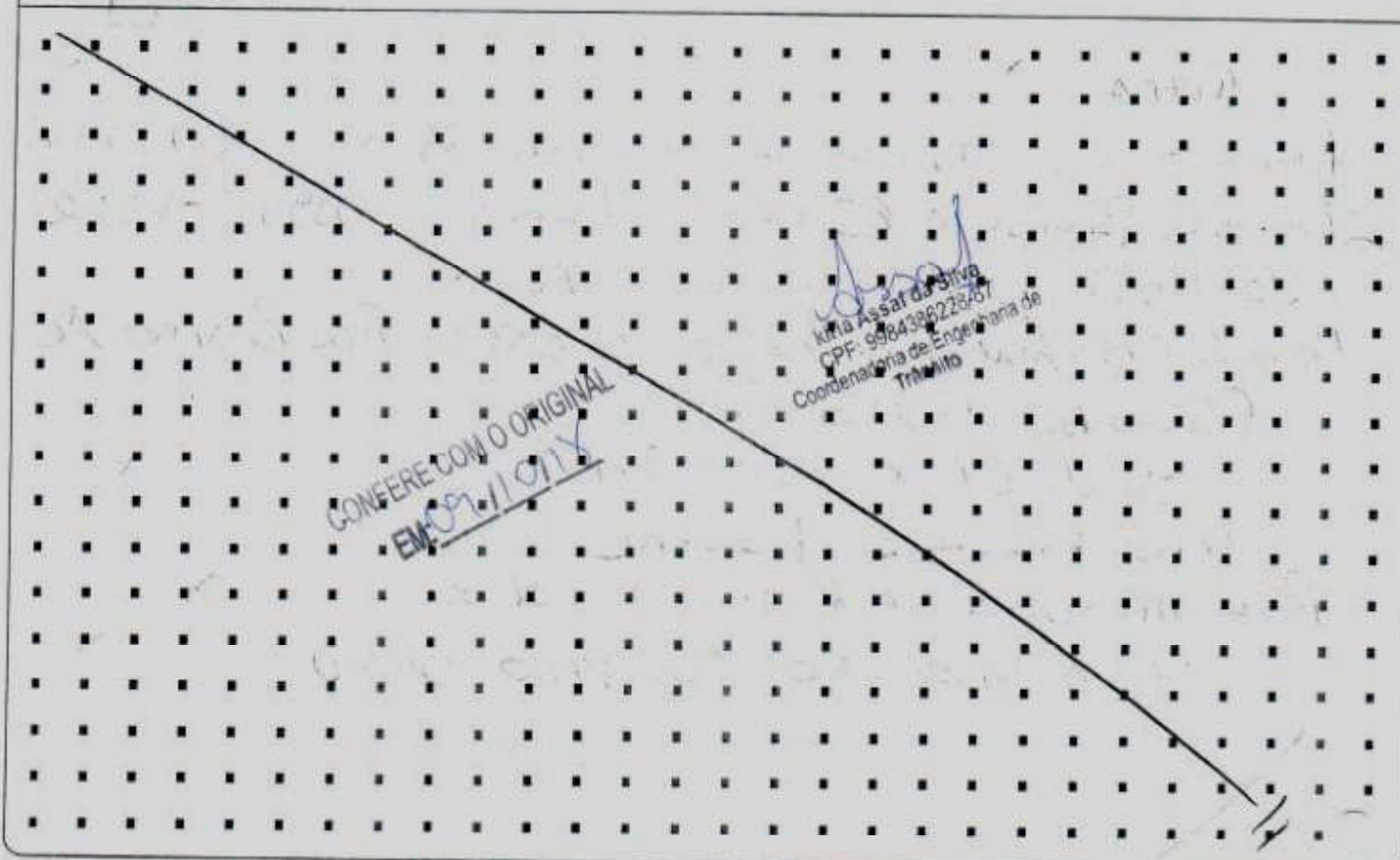
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

22 NOV 2014

PROTOCOLO
AS 10:00CONFERE COM O ORIGINAL
EM 09/10/14Kira Assaf da Silva
CPF: 998338228-87
Coordenadora de Engenharia de Trânsito

82 NOME FERNANDO DAS CISTAS DA SILVA RODRIGUES		83 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 07/07/76
85 ENDEREÇO TV PARABA Nº 63 CRUZEIRO FLAMINHO		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº <input checked="" type="checkbox"/> 1
89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		90 CONDUZIDA PARA PRONTO-SOCORRO	
91 NOME		92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO
94 ENDEREÇO		95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº <input type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		99 CONDUZIDA PARA	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

o Informo - vos que a Polícia Técnica nas
foi ANUNCIADA pois o local foi caracterizado.
que a vítima (cond 01) foi encaminhado ao PRONTO-SOCORRO
PO PLO SAMU com SUSPEITA DE FRATURA NO TÓRAX
BAIXO (faro caído) PLO MÉDICO PLANTONISTA, QUANDO A CU
SE DESLACOU PE O P.S.)
que o veículo foi entregue PARA O PROPRIETÁRIO.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO BETSON
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG CB LOM NITP 3896
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA BETSON
111 LOCAL Rio Branco - AURE	112 DATA 16/09/18	

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 02/10/2018 Hora Emissão: 15:42 Operador:
Nº da Ocorrência 1801160057	Qtd. Vitimas 1	Distrito: 1609/2018 12:40 Data Término: 16/09/2018 14:23	Classificação de Risco: VERDE BAIXO RISCO Tipo Ocorr: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: ERASMO
End: R AURELIANO CHAVES
Bairro: CONDANTO MANOEL JULIANO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: AO LADO DA CURRUBACARA DO CHEFÃO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO
Telefone do Solicitante: (68) 946911468
Ocorrência: COLISÃO CARRO X MOTO II

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VITIMAS

Vítima 1	Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA RODRIGUES	Idade: 42 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 16/09/2018 13:27
	Avaliação: SIGUE NO LOCAL, VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, LESTE, RESPONSIVO, ORIENTADO, APRESENTANDO DOR INTENSA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	
Vítima 1	Profissional: ARIEU FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	Data/Hora: 16/09/2018 12:49
	Avaliação: INFORMANTE RELATA PTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, COM MUITA DOR EM MEMBROS	

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 16/09/2018 13:30	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 16/09/2018 13:30	Situação: F
	Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA		
	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 16/09/2018 13:30	Situação: F
Vítima 1	Intercorrência:		
	Observação:		
	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 16/09/2018 13:29	Situação: F
	Decisão: ENVIÓ DE VEICULO		
	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 16/09/2018 13:29	Situação: F
Vítima 1	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 16/09/2018 13:29	Situação: F
	Intercorrência:		
Vítima 1	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: L10R DE RDO	Destino: Eixo Equipe: 16/09/2018 12:57
	De: Rm. Santa Base: 16/09/2018 12:54	De: Rm. Chegada Local: 16/09/2018 13:06
	De: Rm. Santa Base: 16/09/2018 13:22	De: Rm. Chegada Destino: 16/09/2018 13:32
	De: Rm. Santa Destino: 16/09/2018 13:36	De: Rm. Chegada Base: 16/09/2018 14:23

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Estatuto pelo Profissional	Data/Hora	Origem	Destino
WILLYANE FABRINI CLEMENTINO RAMOS	16/09/2018 12:40		WILLYANE FABRINI CLEMENTINO RAMOS
WILLYANE FABRINI CLEMENTINO RAMOS	16/09/2018 12:47	WILLYANE FABRINI CLEMENTINO RAMOS	EM FILA
ARIELI FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	16/09/2018 12:52	ARIELI FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	16/09/2018 13:23	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	16/09/2018 13:30	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: Francisco das Chagas da Silva Rodrigues CPF: 484.422-162-00
Profissão: Servidor Público Endereço: TV. Paraíba Número: 63 Complemento: Casa
Bairro: Cavaldo Fleming Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69.918-866
E-mail: _____ Tel. (DDD): 168/39992-8312

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

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

AGÊNCIA: 0534 CONTA: 34200 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.