



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07094063620198010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	10/09/2019 09:05:22

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S/A
--------------	---

Documentos

Petição:	2638162_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_01 - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_01 - 10-16.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_03 - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_03 - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_03 - 19-20.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-24.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 25-44.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 45.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-20.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 21-36.pdf
Anexo - Petição:	2638162_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 37-44.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07094063620198010001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLAUDINEIA GOMES DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Na petição inicial, o autor admite ter recebido o valor da indenização pelo acidente noticiado, equivalente a R\$ 675,00 (sete reais), mas propôs a presente alegando ter direito à diferença.

Contudo, a pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA INÉPCIA DA INICIAL

AUSÊNCIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Cabe o reconhecimento de que a petição inicial protocolada é inepta. Isto se confirma posto que a inicial deve ser instruída com os documentos obrigatórios, sendo o comprovante de residência um deles.

Ocorre que, não se observar nos autos, o necessário comprovante de residência da parte autora, de iodo que este deixa de observar o contido no artigo 320, do CPC.

Ressalta-se, que tais informações são de suma importância, tendo em vista que existem impeditivos processuais, como é o caso da competência, que só pode ser verificada por meio do documento em questão, de modo que sua ausência pode caracterizar violação ao direito de ampla defesa da Ré.

Desse modo, requer o indeferimento da petição inicial, com a extinção do processo, com fulcro no artigo 485, I, do CPC.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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:	03/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000112079-0

Nr. da Autenticação F1E36E455F08FC53

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de **R\$ 675,00 (seiscentos setenta e cinco reais)**, o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 675,00 (seiscentos setenta e cinco reais)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos setenta e cinco reais)**.

DA INDENIZAÇÃO JÁ RECEBIDA EM RAZÃO DE SINISTRO DIVERSO

Deve-se sopesar, ainda, o fato de a parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória relativa ao seguro DPVAT, cujo processo administrativo foi regulado sob o nº. **2014655833**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 23/04/2014.

Frisa-se, que a parte autora recebeu indenização relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT, após ter sido apurada em perícia administrativa, invalidez com repercussão de 75% do JOELHO.

Constata-se, assim, no caso de eventual laudo produzido nestes autos venha a apresentar lesão idêntica, será o caso de se reconhecer tratar-se de lesão preexistente, já indenizada, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a indenização já paga deverá ser considerado para fins de abatimento em caso de eventual condenação nestes autos, devendo ser julgados improcedentes os pedidos.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RIO BRANCO, 2 de setembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CLAUDINEIA GOMES DA COSTA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07094063620198010001.

Rio de Janeiro, 2 de setembro de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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: 03/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000112079-0

Nr. da Autenticação F1E36E455F08FC53

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190268855 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA **Data do acidente:** 01/02/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 2º DEDO DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2º DEDO DE MÃO ESQUERDA). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE FALANGE DISTAL DE 2º DEDO DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE FALANGE DISTAL DE 2º DEDO DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

0401010015158/0408020172/562

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2615028 DATA: 01/02/2019 HORA: 16:42 USUARIO: RENIS
CNS: 700006871509105 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLAUDINEIA GOMES DA COSTA DOC.: SUS
 IDADE: 38 ANOS NASC: 11/10/1980 SEXO.: FEMININO
 ENDEREÇO: RUA DA SANACRE NUMERO: 511
 COMPLEMENTO: 999006621 JOSIE BAIRRO: SANTA INES
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-000
 NOME PAI/MAE: SEVERINO DOS PRAZERES DA COSTA/CLEONICE GOMES COSTA
 RESPONSÁVEL: JOSIELE DOS SANTOS SILVA FELIX E KELERSON TEL.: 9924-5388P
 PROCEDENCIA: VIA CHICO MENDES RIMO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[100] X[80] mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[71] SPO2[90]

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

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

R. DOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Vítima de colisão moto/carro transportado pelo
 carro para perda consciente relata dor torácica
 dor no abdômen e membros inferiores estável mantendo
 espontaneamente.

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

COMPREV PREVIDENCIA S/A

CID: n 9 ABR 2019

HORARIO DA MEDICACAO

PROTÓCOLO

RIO BRANCO

Dipirona 1gr IV - 16:50
 Tiludil 20mg IV - 16:50
 MA CG/ MALAÇÃO ORTODONTIA
 RX TCX/RX MAM (S) RX TORAX (R)

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/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

At 16:40 h Rt deu entrada no trauma, de sexo masculino, procedente de uma acidente. Após colisão moto/carro. Rt de moto, supracitado, com lesão torácica D + M e mobilizada a refe-
 u do trauma. SSV Rt: 100 x 80 mmHg. FC: 71 bpm. SpO2: 90%
 Prof. Guedes
 308.243

ALERGIAS MED.:



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR		 () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 3-4 () 0				Glicemia:	mg/dL	
							Glasgow:	Alterado () Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:		
RECLASSIFICAÇÃO									

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 ____ : ____ : ____

20.30 Deu entrada no centro de emergência em estado de consciência orientada
22.00 Examinado para a sala de observação da unidade
Após procedimento de observação

Paulo Sousa Júnior
Enfermeiro
COREN AC 45503

Paulo Sousa Júnior
Enfermeiro
COREN AC 45503

03/02/15 2 AV. Cutydo
Lev. inputs por 30 segs total 2 de 5
C.C. + Regulagem de insul. + Alto + Controles



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERS

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA _____ SALA 01 DATA 03/02/19
 NOME DO PACIENTE Cláudia Gomes da Silva ID 38 anos
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
 ANESTÉSIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 20:50 TÉRMINO DA ANESTESIA 22:00
 PROCEDIMENTO REALIZADO Ligadura endovascular e ligadura de simplices do lado mte
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 20:55 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 21:30
 CIRURGIÃO Carlos AUXILIAR(ES) Rafael
 ANESTESISTA V. Nogueira INSTRUMENTADOR _____
 CIRCULANTE Andressa ENF Rafael

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
PIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 1	FIO VICRYL
PIVACAÍNA S/ VASO .1	ÁLCOOL 70% <u>2x</u>	FIO ALGODÃO
PIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
LAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
LAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
IRMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>5x</u>
IRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
IZEPAN	ATADURA DE CREPON	GORRO <u>1</u>
UENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
PAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX Nº
INEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
NTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
ROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
DROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
FLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>1x</u>
TALAR	CERA ÓSSEA	LAMINA DE BISTURI <u>2x</u>
DOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
DOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>1</u>
IN <u>2L</u>	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
ETRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>2x</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
ORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
VULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
OPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
ASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE <u>1x</u>
OSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
IFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
DRO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
DRO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
DRO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5 ML
OPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
AMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
ATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
OLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>1x</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 08:25	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 192 X 90 MMHg	PA:	PA:
FC: 94 bpm	FC:	FC:
SPO2: 96%	SPO2:	SPO2:

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

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

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

RELATÓRIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE:

IDADE: 38 A OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA PROPOSTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CIRURGIA REALIZADA:

DATA:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR

ANESTESISTA:

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESIA:

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

() SIM

(X) NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO

() SIM

(X) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(X) ENFERMARIA

() CT

() RESIDÊNCIA

() ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1/ Pterea PP A
2/ Saco Vesicular Anstom

3) Anuncio + Anticipo + Recepción de
lunas esteras

4) L. C. + Regulación Ocho

5) Seguro de Cel

6) Lugares esters

7) Alta + Asistencia Curativa

25/00150
Luz Henrique de M. Dutra
CRM/IC 304

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

00 ABR 2019

PROTOCOLO
R\$ - RIO BRANCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE
ARTIGO 20, ALÍNEA II, DO CONSTITUCIONAL

CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

RG 0337638 SSP AC

CPF 799.289.282-93 DATA NASCIMENTO 11/10/1980

PLANO DA SEVERINO DOS PRANES DA COSTA

CLASSE GOMES DA COSTA

CPF 94189877128

DATA 08/04/2023

DATA 27/08/2027

CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

LOCAL RIO BRANCO, AC

DATA 08/04/2023

ACRE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014122992792
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
EXERCICIO 2018

01 00462190560
NOME
CLEONICE GOMES DA COSTA

217.366.422-00
PLACA
NAF3642

AC 9C2KC1670CR445853
CHASSI
NAF3642

PAS/MOTOCICLO/NO APLICA
COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN EST
ANO FAB 2011
ANO MOT 2012

2P/0149CC/ PRETA
CATEGORIA
PARTICU

VENO COTAS
1* *****
2* *****
3* *****

DETRAN

CONTRON

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014122992792 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

EXERCICIO 2018 DATA EMISSÃO 03/04/2018

01 217.366.422-00
RENAVAM
00462190560
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB 2011 CAT 299 9C2KC1670CR445853
Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$19.03
R\$181.29
R\$185.5

CUSTO DO SEGURO R\$90.33
CUSTO DO BILHETE R\$185.5
DATA DE QUITAÇÃO 28/02/2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
00 ASR 2919

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.008/0001-04

AL.FID. ADM DE CONS NAC BAZIN LTDA. & BEN
TRIBUTARIO & TRANSPRENCIA
R10 BRANCO - AC
DATA 03/04/2018

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: 700.288.182-53 Nome completo da vítima: Claudineia Gomes da Costa

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

Nome completo: Claudineia Gomes da Costa CPF: 700.288.182-53

Profissão: Cabeleireira Endereço: R. da Sanaçre Número: 511 Complemento: _____

Bairro: Santa Triz Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69907-731

E-mail: _____ Tel. (DDD): 68 99991-9200

DADOS CADASTRAIS

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: _____

AGÊNCIA: 0534 CONTA: 023.00112079

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

08 ABR 2019

MORTE

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.

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Rio Branco - AC, 09/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Claudineia Gomes da Costa

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.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

Comprov
02/03

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 007899/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/03/2019 11:36 Data/Hora Fim: 07/03/2019 11:57
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Aivarenga Santa Bárbara

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional
Data/Hora do Fato: 01/02/2019 16:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Rod AC-40

Bairro: Corrente

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Boca do Acre Sexo: Feminino Nasc: 11/10/1980
Profissão: Cabeleireiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Severino dos Prazeres da Costa Nome do Pai: Cleonice Gomes da Costa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0327638
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 700.288.182-53

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA DA SANACRE
Bairro: SANTA INÊS
Telefone: (68) 99991-9200 (Celular)

Nº: 511



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

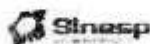
Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 217.366.422-00
Renavam 00462190560
Número do Chassi 9C2KC1670CR445853
Cor PRETA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAF3642
Número do Motor KC16E7C445853
Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
UF Veículo Acre



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Aivarenga Santa Bárbara
Impressão por: Cinthia Silveira Santana Dantas
Data de Impressão: 07/03/2019 11:57
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

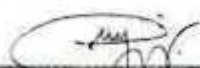
Nº: 007899/2019

Município Veículo	Rio Branco	Marca/Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	18/04/2012	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Claudineia Gomes da Costa	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A Sra. CLAUDINEIA GOMES DA COSTA, que na data e horário acima mencionados, trafegava na motocicleta placa NAF3642, de propriedade da Sra. Cleonice Gomes da Costa, quando em um dado momento um veículo colidiu contra o guidão da motocicleta, fazendo com que a mesma perdesse o equilíbrio e caísse. Conforme Declaração de Acidente de Trânsito nº 23/2019. Diante do fato veio registrar a ocorrência.

ASSINATURAS


Cinthia Silveira Santana Dantas
Responsável pelo Atendimento


Claudineia Gomes da Costa
(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alverenga Santa Barbara
Impresso por: Cinthia Silveira Santana Dantas
Data de Impressão: 07/03/2019 11:57
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos


Declaração de Acidente de Trânsito Nº23/2019

COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 01/02/2019 HORA: 16:00 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 LOGRADOURO: ROD. AC-40
 BAIRRO: CORRENTE CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
 REFERÊNCIA: EM FRENTE A ROTA DO MDF

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NAF 3642 MARCA: HONDA MODELO: CG150 FAN ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLO
 RENAVAM: 00462190560 CHASSI: 9C2KC1670CR445853 COR: PRETA UF: AC
 PROPRIETÁRIO: CLEONICE GOMES DA COSTA CPF: 217.366.422-00
 ENDEREÇO: RUA DA SANACRE N 511 BAIRRO: SANTA INÊS CIDADE: RIO BRANCO

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE
 NOME: CLAUDINÉIA GOMES DA COSTA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
 SEXO: FEMININO NASCIMENTO: 11/10/1980 PROFISSÃO: CABELEIREIRA
 CPF: 700.288.182-53 RG: 0327638 ORG.: SSP/AC
 NATURALIDADE: BOCA DO ACRE NACIONALIDADE: BRASILEIRA
 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
 REGISTRO DA CNH: 04189877128 CATEGORIA: AB VALIDADE: 09/04/2023 UF: AC
 ENDEREÇO: RUA DA SANACRE N 511 BAIRRO: SANTA INÊS CIDADE: RIO BRANCO

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito – BPTRAN, a Sra CLAUDINÉIA GOMES DA COSTA, ela relata que no dia, local e horário supramencionados a mesma trafegava na referida motocicleta quando em dado momento um veículo colidiu contra o guidão da motocicleta, fazendo com que a vítima perdesse o equilíbrio e caísse fraturando as costelas e quebrando o dedo, nesse momento ela foi socorrida pelo agente causador do acidente que acionou o SAMU que a conduziu ao PS, de acordo com BE n 2615028.

Claudinéia Gomes da Costa

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: B ANDRADE RG: 3491
 POSTO/GRAD: SGT/PM MATRÍCULA: 9121480-1 OPM: BPTRAN
 DATA: 01/03/2019 HORA: 10:32
 ASSINATURA: *[Assinatura]*

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
 ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
 AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 19/02/2019 Hora Emissão: 08:51 Operador:
Nº da Ocorrência 1902010054	Ord. Vítimas 1	Data Inicio: 01/02/2019 15:37 Data Término: 01/02/2019 16:34	Verificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: CACIO
End: R. UM DE CO MENORES
Bairro: ABRIL DO ALAB
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE AO MOTEL O QUE SABE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (66) 999522910
Quem:

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR 2019

PROTOCOLO
23- RIO BRANCO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: CLAUDINEI GOMES DA COSTA	Idade: 40 Anos	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:01
	Avaliação: PCT COM LESÃO EM MMS E LOTE G-15 COM HEMORRAGIA EM MM E PALHAÇO SPOT 95% FC 90 BPM	

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 15:29
	Avaliação: PCT VÍTIMA DE COLISÃO COM POSSÍVEL AMPUTACÃO DO 3º DEDO DO MÃO E	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RB - HUBER		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Interconexão:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Destino: UPA 24 HORAS DO 2º DISTRITO		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Interconexão:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:01	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEICULO		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:01	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:01	Situação: F
	Interconexão:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 06 RDD	Calafina Envi Equip: 01/02/2019 16:02
	Or.Ah: Saída Base: 01/02/2019 16:02	Or.Ah: Chegada Local: 01/02/2019 16:02
	Or.Ah: Saída Local: 01/02/2019 16:04	Or.Ah: Chegada Destino: 01/02/2019 16:21
	Or.Ah: Saída Destino: 01/02/2019 16:21	Or.Ah: Chegada Base: 01/02/2019 16:21

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elevado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	01/02/2019 15:27		SULY MICHERLANE NASCIMENTO
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	01/02/2019 15:28	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	01/02/2019 16:02	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	01/02/2019 16:02	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA

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: 05/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000112079-0

Nr. da Autenticação 760EC59F6701F4E6

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2014

Carta nº: 4870974

A/C: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

Sinistro: 2014655833
Vitima: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
Data Acidente: 23/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2014

Carta nº: 5064990

A/C: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

Sinistro: 2014655833
Vítima: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
Data Acidente: 23/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 00000112079-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

R\$ 2.531,25

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014655833 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDINEIA GOMES DA COSTA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DA SANACRE nº 511 - SANTA INES - RIO BRANCO/AC**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4189877128 - SSP**
Data local do exame: **28/08/2014 RIO BRANCO/AC**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURAS EXPOSTAS DA PATELA E PLANALTO TIBIAL DIREITO -

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRURGICO: EM 23/04/14 LIMPEZA CIRURGICA REDUÇÃO DAS FRATURAS, OSTEOSINTESE DE PATELA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR, 30/04/14 REALINHAMENTO DA FIXAÇÃO EXTERNA E EM 30/06/14 OSTEOSINTESE DA PRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO. ALTA MÉDICA COM ORIENTAÇÃO PARA RECUPERAÇÃO FUNCIONAL FISIOTERAPICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO INTENSA DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO

IV. Segundo o 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(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 28/08/2014

Médico Perito: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA CRM: 373/AC


JOSE ROBERTO P. OLIVEIRA
CRM 373 AC

Assinatura do perito Examinador - CRM

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Claudineia Gomes da CostaDATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA 700.288.182-53

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PQ VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM A VITIMA É _____ENDEREO DO PORTADOR Rua da SaneleNº 511 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Santa InaCIDADE Rio Bonito UF AC CEP _____E-MAIL _____ TELEFONE 68.3993.3905

MARQUE X NA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADO PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA)
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE COMPREHEM OS DANOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) OU LAUDOS FÓRMOIS EM DECLARAÇÃO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE COMPREHEM OS DANOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DO SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (RESERVADO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODANISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 033 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28/05/2014IDENTIDADE Claudineia Gomes da CostaASSINATURA Claudineia Gomes da Costa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

STATE OF TEXAS
COUNTY OF DALLAS

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and the seal of said County, this 1st day of May, 1901.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Claudineia Gomes da Costa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 04189877128 EXPEDIDO POR Detran-AC EM 17/03/2014
 CPF 71002088008253 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO cableiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA eu mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÍ
 BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 - AGÊNCIA 0534 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 0112079-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Rio Branco, AC DATA 28/05/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Claudineia Gomes da Costa

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA

POUPANÇA DA CAIXA

POUPANÇA

a primeira do Brasil

603689 0000 22453 6641

CLAUDINEIA G DA COSTA

0534 013 00112079-0 04/14

RECEBIDO 11 AGO 2014



DETRAN
ACRE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Povo do Acre
SERVIÇO DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

074354

NÚMERO FOLHA

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

Anádeo Barboza - Acreal

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

06 HORA DA OCORRÊNCIA

10:23

07 ZONA URBANA / URBANA

X

08 DATA

12/10/41/41

09 DIA DA SEMANA

Quarta

10 NATUREZA DO ACIDENTE

11 TIPO DE PAVIMENTO

12 CONDIÇÕES DA VIA

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

14 Nº DE VEÍCULOS

15 Nº DE 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

36 AVARIAS

37 CARRO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

39 MOTO

40 AÇÃO DO CONDUTOR

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

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

62 AVARIAS

63 CARRO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

65 MOTO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

68 NOME CONDUTOR

69 SEXO

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

COM O ORIGINAL
EM: 05/05/14

Moisés Silva Reis
Divisão de Atendimento ao Público
Habilitação DETRANAC

82 NOME Claudinei Gomes da Costa		83 SEXO M	84 NASCIMENTO 12/11/1980
85 ENDEREÇO R. Banacre Nº 511 Santa Inês		86 FERIMENTOS SEM	87 USAVA CINTO SEM
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐		89 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro de Rio Branco	
91 NOME CLAUDEI		92 SEXO M	93 NASCIMENTO 12/11/1980
94 ENDEREÇO R. Banacre Nº 511 Santa Inês		95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 USAVA CINTO SEM ☐ NÃO ☐
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐		99 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro de Rio Branco	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Diagrama do acidente com pontos de referência e trajetórias.

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: **05/05/12**

Moisés Silva Reis
Delegado de Arredondamento Público
Habilitação DETRAN/AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: **Informa de segunda população o condutor do VE, o VE estava estacionado tomando metade da via de estacionamento quando o VE veio e colidir com traseira do VE.**

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO 2º BPM
105 NOME Jefferson Fernando M. de Silva	106 NOME Claudinei Gomes da C.	107 NOME / RG Ed Celvo 15882
108 ASSINATURA Jefferson Fernando	109 ASSINATURA Claudinei	110 ASSINATURA Ed Celvo
111 DATA Rio Branco, 14 de		112 DATA 12/10/11 H



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Claudineia Gomes Da Costa, portador da carteira de identidade nº 04189877128 DETRAN-AC e inscrito no CPF/MF sob o nº 700.288.182-53 residente e domiciliado na Rua da sanacre, Nº 511, bairro Santa Inez, Cidade Rio Branco Estado AC.

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

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Claudineia Gomes da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RIO BRANCO - ACRE 28/05/2014

Local e data

RECEBIDO 11 AGO 2014

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Claudineia Gomes Da Costa,

RG 04189877128 data de expedição 17/03/2014 Órgão DETRAN-AC

CPF 700.288.182-53 venho perante a este instrumento declarar que não

posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



(Rua/Avenida/Praça)	Rua da Sanacre
Número	511
Apto/Complemento	
Bairro	Santa Inez
Cidade	Rio Branco
Estado	AC
Cep	69.900-000 69907-641
Telefone	(68)3223.3905

Local e Data: Rio Branco- Acre 28/05/2014

Assinatura do Declarante:

Claudineia Gomes da Costa

RECEBIDO 11 AÇO 2014

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA

DECLARAÇÃO DE RESERVA



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE
Eletrobras
Rua Vitorino, 209 - Banguê, 68.000-000
Fone: (16) 3333-0000 - Fax: (16) 3333-0001
E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Grande Unidade - Unidade de Consumo

CLIENTE: GLEZUE GOMES DA COSTA

Endereço: R. DA SANACRE, 511

CPF/CNPJ

N.F.: 37577

Unidade Consumidora
188662

Mês Faturado - ID
04/2014 - 0

Valor a Pagar
23/05/2014

Valor a Pagar
RS 13,51

Após o vencimento, a cobrança é feita em 30 dias, com juros de mora de 1% ao mês e multa de 10% sobre o valor devido. O valor a pagar é devido até o dia 10 de cada mês.

ATENDIMENTO ELETRÔNICO PARA CLIENTES

0800-0477198

www.eletrobras.com.br

RECEBIDO 11 AGO 2014



Dr. Alberto Yassunori Okamura

Formado pela Universidade Estadual de Londrina – PR – 1977

Médico do Trabalho: desde 1979 – Fundação São Camilo – SP

Médico do Trânsito: desde 2002 – Médico Perito dos Exames de Aptidão Física e Mental
Para Condutores de Veículos Automotores – Catanduva – SP

Médico Legista: de 1981 a 2003 – IML – Governo do Estado de Rondônia

Médico Legista: de 2003 a 2011 – IML – Governo do Estado do Acre

Endereço: Rua Alvorada - nº 54 – Consultório- 01

LAUDO MÉDICO PARA FINS DE DPVAT

(Direito das pessoas vítimas de acidente de trânsito)

I- IDENTIFICAÇÃO

Nome: Claudineia Gomes da Costa

Identidade: 04189877128 SSP/AC

Sexo: Feminino

Natural: Boca do Acre/AC

Profissão: Cabeleleira

Paí: Severino dos Prazeres da Costa

Mãe: Cleonice Gomes da Costa

Endereço: Rua da Sanacre nº 511 – Sanata Inez – Rio Branco

Data de Nasc: 11/10/1980

Est. Civil: Solteiro

Nacionalidade: Brasileira

II - HISTÓRICO

(fornecidos pela autoridade policial ou familiares)

Local da ocorrência: Amadeo Barbosa Areal

Data da ocorrência: 23/04/2014

Hora da ocorrência: 10:23 horas

Numero de boletim de ocorrência: 074354

Delegacia: DETRAN/AC

Numero de prontuário médico (em anexo): 2083240

III- HISTORIA CLINICA

A vítima refere:

- dor no joelho direito.

IV- EXAME FÍSICO

Ao exame externo apresenta:

- dor, e dificuldade nos movimentos do joelho direito.

RECEBIDO 11 AGO 2014

V - EXAME PERICIAL

a) Após minucioso estudo do prontuário médico, exames complementares, exame físico e história clínica, foi constatado que na ocasião do acidente a vítima sofreu:

- fratura de joelho direito (patela).
- fraturas múltiplas de tibia (planalto tibial com fragmentação ossea).

b) Foi submetido(a) a tratamento cirúrgico das fraturas (já foram realizadas 03 cirurgias da tibia sem resultado).

c) Atualmente apresenta como SEQUELA DEFINITIVA, dor e limitação nos movimentos:

- do joelho em, 90 % ocasionando invalidez permanente segmentar completa do joelho direito.

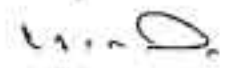
- não consegue mais correr.
- não consegue mais praticar esportes.
- dor e edema que piora no decorrer do dia.
- so consegue caminhar com auxílio de duas muletas.

VI - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Seqüela definitiva da(s) fraturas descrita(s) acima.

VII- QUESITOS

1. Há ferimentos ou ofensa física? **Sim.**
2. Qual o meio ou instrumento que o ocasionou? **Ação Contundente.**
3. Resultou perigo de vida? **Sim.**
4. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **Sim.**
5. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **Sim.**
6. Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **Sim.**
7. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **Sim.**
8. Resultou deformidade permanente? **Sim.**
9. Resultou abortamento ou parto prematuro? **XXXX.**


Dr. Alberto Y. Okamura
Médico Examinador
CRM-AC: 802

Rio Branco (AC) 22 de julho de 2014

NO. 203-551-8979-0005

CASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

DO BE: 2081240 DATA: 23/04/2014 HORA: 10:54 USUARIO: EMERSON
SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICACAO DO PROTOCOLO : CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
33 ANOS NASC: 11/10/1980

PRECO..... RUA DA SANACRE

BAIRRO: SANTA INES

CEPIO..... RIO BRANCO

ACRÓPIO..... RIG BRANCO
F. PAT./MAE... SEVERINO DOS PRAZERES DA COSTA/CLEONICE GOMES COSTA

CONSAVEL... ESPOSO-ANTONIO FRANCISCO

CEDENCIA... : MAURÍ SERGIO

ACCIDENTE DE MOTO

Q POLICE? : NAC

D. FREEALMO: NAO

PIANO DE SAUDE.....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...: CRT-SUS

SEXO.: FEMININO

NUMBER: 311

CEP...: 59300-000

OMER COSTA

TEL. : 3221 2961

TRAUMA: SEM

130% 25 mmHg 1 PULSO: [54] TEMP.: [] RESC: []

TESTES COMPLEMENTARES: ☐ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
 ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

QUESTÃO DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NÃO

205 CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

4 Paciente Útil no De Adquirir De Mânsero
5 30 minutos (Por Causa Puronôvel X
Morociclas - Morociclas Condução Com

[illegible]

* Assistance Pac-Hoseimus (some), com

TRANSPORTE - SA FRANCIS LONGO CID RIO DE JANEIRO

AGUOSTO: 1980

~~NOBILITAZIONE ED ALI, SOLI RGV RO~~

De feitelijke incident - conusio en verhoor

DIZIÃO + INSMOBILIDADE ORÇ-ORÇUN

UCCA Board, Guide 2, Use of Medics

~~traumas, doenças crônicas, etc.~~

10-EX-106 Rota, Consueta 10-EX-106

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA
LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

CRANIOFACIAL SEM ANOMALIAS: REGIO

1. Nome do paciente _____

FORMER: SO. 1/4 SEC. 17E, R. 12N, E. 12W 27.16 Acres

Procedimento: Non richiesto in Descartes

Enusco -

Ure $\rightarrow$ A

Plano Diagnóstico:

- Rx Col. Cervical
- Rx Torax
- Rx Bacia
- Rx Fêmur Direito, Joelho D.
Perna Direita, Tornozelo D e
Pé Direito
- USG Abdome. Total
- Hg/Hb, Creatinina, Cholesterol,
TGP.

Plano Terapêutico:

- 1) Dieta OMV zero
- 2) Repouso no leito
- 3) Ser. Fisiológicos S.O. - P, IV, 06/06
- 4) Cefazolina 2g IV, 06/06
- 5) Dipirona 2g IV, 04/06
- 6) Fisio 40 - 1 IV, 12/12h.
- 7) Ser - Oligoss, IM
- 8) Controlar dados vitais
- 9) Duplicação/condição oncológica

Dr. Paulo Henrique
2014

1/6 R 35L

Admissão em Hospital no 1º dia de internamento
na Unidade Perioperatória
Data: 23/01/2014 (12:30h) Admissão Cirúrgica

USG Abdome. Total - sem alterações relacionadas ao
trauma
Rx Torax - sem alterações de alterações relacionadas
ao trauma
Condicion: Duplicação oncológica

Dr. Paulo Henrique
2014

Otorrin:

29/01/2014

Fratura + lesão complexa de 704/110

ca. da lesão cirúrgica BPAI / lesão de 77/110 m2

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo...: 7494
Numero do CNS...: 203585189240005
Nome...: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
Documento...: CART.SUS Tipo :
Data de Nascimento: 11/10/1980 Idade: 33 anos
Sexo...: FEMININO
Responsavel...: SEVERINO DOS PRAZERES DA COSTA
Nome da Mae...: CLEONICE GOMES COSTA
Endereco...: RUA DA SANACRE 00511 Cep.: 99999-999
Município...: SANTA INES
Telefone...: 000000032212961
Origem...: 1200401 - - AC
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: ACRE

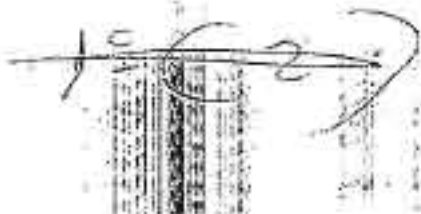
DADOS DA INTERNACAO

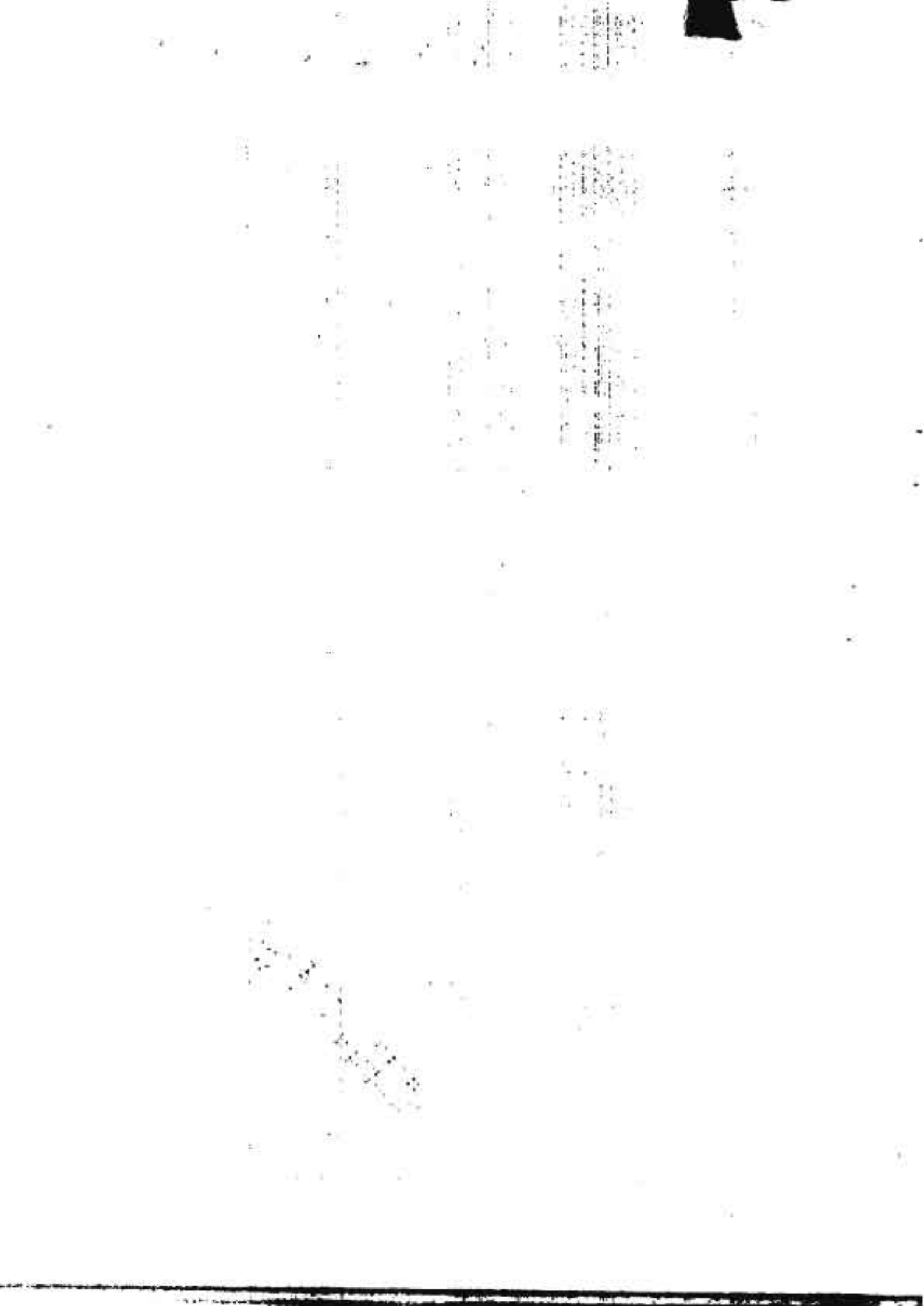
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2093240
Clínica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Tipo...: 999.0018
Data da Internacao: 23/04/2014
Hora da Internacao: 11:30
Médico Solicitante: 352.897.245-91 - PAULO HENRIQUE SAMPAIO VALADARES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico...: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ANGELINA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Hora da Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
ID Principal:
ID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

RECEBIDO 21/05/2014





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HUERB

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão complexa do joelho @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Ex. físico + TG

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Lesão complexa do joelho @

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento cirúrgico Lesão complexa

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

33 -) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 -) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 -) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO SINISTRO

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Código 102522700

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO
Município Regulador:
CENTRAL ESTADUAL - AC
Data Desejada:

Unidade Desejada:
HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

CNES:
2001578
CNES:
2001578

Dados do Paciente

Unidade Referência:
Não informado
Nome do Paciente:
CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
Data de Nascimento:
11.10.1980
Nome do Mãe:
CLEONICE GOMES COSTA
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro:

Município:
RIO BRANCO
Nome do Responsável:
Não informado

Sexo:
Feminino

Telefone:
Não informado

CNES:

CNES:
898004148048108

Naturalidade:
RIO BRANCO - AC
UF:
AC
CEP:

Telefone do Responsável:
Não informado

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:
43461433268
Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA - S821
Classificação de Risco:
Atenção - urgência, atendimento o mais rápido possível
Caráter:
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO PISARIA AO NÍVEL DO JOELHO

Nome do Médico Solicitante:
FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0008050594

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
LESÃO COMPLEXA DO JOELHO
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX EXAME FÍSICO
Condições que Justificam a Internação:
PACIENTE ENCAMINHADO A CCS PARA INTERNAÇÃO EM 23/04/2014
Natureza da lesão

Parecer

Situação:
Pendente
Motivo de Impedimento do Regulador:
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

Operador Solicitante:
SOLHUERB-FRANCISCA

CRM

Data:

23/04/2014 19:53:43

Nova Solicitação

Imprimir

RECEBIDO 11 AGO 2014



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

NOME: Cláudia Gomes de Costa

IDADE: 31 REGISTRO

ENFERMARIA

CEB LEIO Moraes 1

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

23/09/2014

1 Leva Compressa de Joelho

3) Glicia Gomes Alves
Recupera as atividades

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

2) Solução 7. Lactato
1500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

DM, com ligamentos do

3) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Joelho (3)

3) Difenona 2.0 (20) 6/6h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

4) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

5) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

6) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

7) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

8) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

9) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

10) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

11) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

12) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

13) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Foram extraída de Pálida

14) SDC + 3.5.1 (50)
500.0 (20) p/ 24h

10h

10h 15min Paralela para Anota

Prescrição Médica
Cláudia Gomes de Costa
Enfermeira

RECIBIDO



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

NOME: _____

IDADE _____

REGISTRO _____

ENFERMARIA _____

LEITO _____

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

20/01/2011



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

NOME:

Alondino Sousa do Silveira

IDADA

23/04/14

EVOLUÇÃO

IDADE 33

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RECEIPIO SET

ENFERMAGEM

LEITO

NOME

Alondino

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

23/04

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido

paciente em tratamento
do ec fu, com ad
re socorrido



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

NOME:

IDADE

REGISTRO

ENFERMARIA

LEITO

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

LEITO: 162

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR

25/04/2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HISTÓRICO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MEC. TRATAMENTO: • NEGLIGIAS E DM SOLICITO EXAMES E AGENDAR PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QILIXAS ALGICAS BIG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR	1. DIETA VO LIVRE 2. SIF 49% 500ML IV 8/8H 3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SC 5% EV 1X/DIA 5. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 6. TRAMAL 100MG + 100ML SIF 9% EV 8/8H (S/N) 7. PLASIL 100MG EV DILUIDO 8/8 - S/N 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 9. CLEXANE 400MG SC AS 12H OU LIOQUEMINE 5.000UI SC AS 12H E 06H (SE NÃO TIVER CLEXANE) 10. CURATIVO 1X/DIA 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110mmHg 12. CUIDADOS GERAIS 13. MEMBRO ELEVADO 14. PST MOTORA E RESPIRATORIA <i>Dr. Roberto Beltrão</i> <i>Medicina</i> <i>25/04/2014</i>	<i>25/04/2014</i> <i>16h</i> <i>Dr. Roberto Beltrão</i> <i>Medicina</i> <i>25/04/2014</i>	<i>25/04/2014</i> <i>16h</i> <i>Dr. Roberto Beltrão</i> <i>Medicina</i> <i>25/04/2014</i>

IDADE: 33 ANOS

LEHTO: 162

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PÁTELA + FX PLAVALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR

27/04/2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
25004: FIXAÇÃO DO PLANTAL TO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR	MISC. TRAUMATOLÓGICA: • NECA HAS E DM		
SOLICITO EXAMES E AGENDAR PROXIMAÇÃO CIRÚRGICA			
SEM QUESAS ALÉRGICAS			
ALICOTTE			
SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR			
	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/08H 3. CEFALOTINA 1G EV 6/04H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SC 5% EV 1X/DIA 5. DIFERONA 100G EV DI ALHO 6/04H 6. TRAMAL. 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/08H - S/N 7. PLASIL 100MG EV DI ALHO 8/8 - S/N 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 9. CLEXANE 400MG SC AS 12H OU LIQUIMINE 5.000ML SC AS 12H E 08H (SE NÃO TIVER CLEXANE) 10. CURATIVO 1X/DIA 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110mmHg 12. CHUDADOS GERAIS 13. MEMBRO ELEVADO 14. EST MOTORA E RESPIRATÓRIA		
	1. conc. héries - 02 bolus medido		
	Dr. Henrique Nogueira Ribeiro CRM 105.746.977		

C-1062 a/c, 6882 2014046,
 under greenhouse,
 T: 250 x 400 mm (H),
 box: 36°C, before for
 histology, 2 days for
 the, cf anti-hyperbolic
 vgs, Arch. CPd, also
 -14. Eufaloring-
 508038C

186, transferred to UCH,
 0+ 460 ml, 6881 BX427,
 P: 40x70 mm (g), at 30°C,
 21 interconversions. —
 ———— 50833X

trabalho de educação. Não é
para ensinar, mas para desenvolver
seja para o pensamento, seja para
a ação. Não é para ensinar a
leitura, mas para ensinar a
compreender. Não é para ensinar
a escrever, mas para ensinar a
expressar. Não é para ensinar a
calcular, mas para ensinar a
racionalizar. Não é para ensinar a
memorizar, mas para ensinar a
compreender. Não é para ensinar a
repetir, mas para ensinar a
criar. Não é para ensinar a
obedecer, mas para ensinar a
pensar. Não é para ensinar a
trabalhar, mas para ensinar a
viver. Não é para ensinar a
estudar, mas para ensinar a
aprender. Não é para ensinar a
ensinar, mas para ensinar a
ser humano.

1º de Maio, 1962, 9h
Maria José Monteiro
Enfermeira
Laboratório de Saúde
OREN 33206



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

HORA DE CHAGADA: _____ SALA: _____ DATA: 23/04/14
NOME DO PACIENTE: Claudemir Gomes da Costa - IDADE: 33an
PROCEDÊNCIA: EMERGENCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTRAS ()
INICIO DA ANESTESIA: 13:15 - TERMINO DA ANESTESIA: _____
PROCEDIMENTO REALIZADO: _____
INICIO DA CIRURGIA: 13:30 - TERMINO DA CIRURGIA: _____
CIRURGIÃO: Dr. Francisco de Jesus - AUXILIAR(ES): _____
ANESTESISTA: Dr. Valdir de Vitor - INSTRUMENTADOR: Naudete -
CIRCULANTE: Adriano - enfermeiro - ENF. Ourside

MATERIAL E MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC. Nº 40x72-11	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 700ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 25-1	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA
DIPIRONA	ASPIRADOR	GASES 300
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA 14 2000	GELFOAM
DILUENTE	ATADURA DE CREPON 200-101	GORRO 14 L
DOPAMINA	ABOCATH Nº	INTRACATE Nº
EPINEFRINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX Nº
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5 L
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5 L
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KETALAR	CATETER NASAL T. OLHOS 1	LAMINAS DE BISTURI 2 un 11
LIDOCAÍNA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS 11/12
LIDOCAÍNA GEL	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
MANITOL	C. TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 11111
METRONIDAZOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE (OBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRÚRGICA 70	POVIDINE DEGERMANTE 750ml
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE TINTURA 750ml
PLASIL	ELETRODOS 11	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO	PRO PE 11/12
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO 1111	SCALP Nº
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ESPARADRAPO	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPOREN 1	SERINGA DE 1 ML
SORO RINGER LACTADO	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML
TRAMAL	FRALDA 1	SERINGA DE 10 ML L
TILATEL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 20 ML
VOLUVEN 8%	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
S.F. 0,5% 11	FIO DE KIRSCHNER Nº 1	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON 2-0-11	SONDA RETAL
	FIO SUTURACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MÆLEX
	Nylon - 3-11	

HORA: 13:30	HORA: 14:15	HORA: 14:30
PA: 102 x 45 mmHg	PA: 96 x 45 mmHg	PA: 88 x 40 mmHg
FC: 70 bpm	FC: 63 bpm	FC: 67 bpm
SPO2: 99%	SPO2: 99%	SPO2: 97%
HORA: 15:15	HORA:	HORA:
PA: 96 x 46 mmHg	PA:	PA:
FC: 53 bpm	FC:	FC:
SPO2: 99%	SPO2:	SPO2:
HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

PARAFUSO E PLACAS

TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA

PA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NÚMERO DA BOLSA:		NÚMERO DA BOLSA:	
PA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NÚMERO DA BOLSA:		NÚMERO DA BOLSA:	
PA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NÚMERO DA BOLSA:		NÚMERO DA BOLSA:	
PA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NÚMERO DA BOLSA:		NÚMERO DA BOLSA:	
PA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NÚMERO DA BOLSA:		NÚMERO DA BOLSA:	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médica - Hospitalar

LA 0128

RELATÓRIO
DE
CIRURGIANome do Paciente Cláudia Gomes de Costa

Registro

Data 23 ObservaçãoDiagnóstico pré-operatório Lesão complexa do joelho direito - FRACTURA EXPOSTA DE PATELA + FRACT. PLANTARO + LESÃO LIGAMENTARCirurgia proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRACTURA EXPOSTA DA PATELA + FIXAÇÃO DO PLANTARO TÍBIAL + EXPLANT TRANSAPICULARDiagnóstico definitivo INDEF.Cirurgia realizada: A proposta

Data

Cirurgião

Francisco

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesiista

Walmirio/ Vitor Costa

Anestesia

Raquel Pereira

Admissiones durante o ato cirúrgico

☐ Sim☐ Não

Descrição

Bloqueio da anestesia

☐ Sim☐ Não

Registros pré-operatórios

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

☐ Emergência☐ UTI☐ Residência☐ Outros

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

RECEBIDO 11 AGO 2018

- ① PASSO HALLERMAN + DPOINTE DE CAMPES (ESTRELA)
- ② LINHA CIRURGICA EXATISSIMA
- ③ FIXAÇÃO DA PATELA COM FIOS DE KAYLON
- ④ FIXAÇÃO PERCUTANEA DO PLANTARO TIBIAL
- ⑤ FIXAÇÃO TRANSAPICULAR + SUTURA DA PATELA
- ⑥ CURATIVO OCULTO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

3001 244 / 1-0001299

Data

Assinatura do Cirurgião

CSM



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SEDAGE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS - LAC



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

FICHA DE ANESTESIA										HOSPITAL		Nº. PRONTUÁRIO	
DATA		NOME						Apt/Ent		Conv.			
IDADE		SEXO	COR	ALTURA	PESO	GRUPO SANG	PA	PULSO	TEMP	RESP			
HEMÁCIAS		LEUCOC	HT	HEMOG.	GLICEMIA	URÉIA	CREAT	BIL. DIR	IND.	TGO	TGP		
AP RESP.		ASMA		BRONQUITE			COMPLACÊNCIA			M. VES			
AP CIRC. ECG								PEÇAS DENT.		ALERGIA			
AP DIGESTIVO DENTES								PESCOÇO					
ESTADO MENTAL								DROGAS EM USO					
APARELHO URINÁRIO													
DIAGNÓSTICO PRE OP								ASA		RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES													
MEDIC. PRÉ-ANEST.								HORA		EFEITO			
HORA													
GASES													
Líquidos													
CÓDIGO													
P. Arterial O Pulso O - Respiração													
V A													
DROGAS ADMINISTRADAS		TÉCNICA:						Monitorização:					
1º		CIRURGIAS:						Ap. Resp.:					
2º		CIRURGIÃO/AUXILIAR:						Ap. CV:					
3º		OBS.:											
4º													
5º													
6º													
7º													
8º													
9º													
10º													

CGC - 04.034.526/0002-24

Idade...: 33A
Requis.: 17/05/2016

Cons. Regional: 7326

CRITROGRAMA

Parameter	Value	Unit
Mean	1.18	mm
Standard deviation	12.00	mm
Minimum	10.00	mm
Maximum	22.00	mm
Range	12.00	mm
Skewness	0.00	
Kurtosis	0.00	

```

06: 44: 3 a = 01: 3 a = 01: 00000000
07: 45: 3 a = 02: 01: 00000000
08: 46: 3 a = 03: 01: 00000000
09: 47: 3 a = 04: 01: 00000000
10: 48: 3 a = 05: 01: 00000000
11: 49: 3 a = 06: 01: 00000000
12: 50: 3 a = 07: 01: 00000000
13: 51: 3 a = 08: 01: 00000000
14: 52: 3 a = 09: 01: 00000000
15: 53: 3 a = 10: 01: 00000000

```

[illegible]

```

v0: 1.000 0 1.000 0.000
v1: 0 0 1
v2: 2 0 4 1
v3: 1 0
v4: 0 0 1 0
v5: 1 0 0 0
v6: 50 0 04 0
v7: 1* 0 11 0
v8: 0 0 0 0
v9: 0 0 1 0

```

Case 1:13-cv-00001 Document 1-1 Filed 07/13/14 Page 1 of 1

RECEIVED 11 MAR 2014

[illegible][illegible]

ANALYST: C. H. Menzies
 3010-100

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. PADRE JOAQUIM DE SA, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP: 69005-20 - Tel: (12) 223-1080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: CLAUDINETA GOMES DA COSTA (EME)
Requisicao: 14.PC.2.005987
N. do BE: 02083240

Idade.: 33A
Requis.: 26/04/2014

Origem.: HUERB/PS
Solicitante: ROGERIO BELTRAO TEIXEIRA
Labor.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

Cons. Regional: 14373

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemoglobina (em milhões)..... 1,12 mm3
Hemoglobina..... 9,45 g/dL
Hematócrito..... 29,60 %
Hematócrito..... 89,14 dL
Hemoglobina..... 18,50 g/dL
Hemoglobina..... 22,10 g/dL

VR: 81,4 a 83,4 a 85,4 milhões/mm3
VR: 11,3 a 16,3 a 18 g/dL
VR: 34,2 a 52,0 a 57 a 60 %
VR: 72 a 95 dL
VR: 18 a 24 g/dL
VR: 21 a 26 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucócitos (em milhões)..... 8,400 /mm3
Linfócitos..... 2 %
Linfócitos Absolutos..... 2 mm3
Monócitos..... 2 %
Monócitos Absolutos..... 2 mm3
Neutrófilos..... 2 %
Neutrófilos Absolutos..... 2 mm3
Eosinófilos..... 0 %
Eosinófilos Absolutos..... 0 mm3
Basófilos..... 0 %
Basófilos Absolutos..... 0 mm3
Plaquetas..... 17 %
Plaquetas Absolutas..... 1,178 mm3
Plaquetas..... 3 %
Plaquetas Absolutas..... 412 mm3
Plaquetas..... 1 %
Plaquetas Absolutas..... 0 mm3
Plaquetas..... Anomalia Plquetária

VR: 3.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 1 %
VR: 20 a 40 %
VR: 20 a 30 %
VR: 1 a 3 %
VR: 0 a 1 %

DE VALORES DE REFERÊNCIA ADULTOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS

Elaborado por: ALEXANDRE PARRIS DA SILVA-REF BO/AC 1 26/04/14 às 12:43 Colocar: 26/04/14 às 12:43 V.e. Impressão: 26/04/14

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento..... 7 minutos 30 segundos
Tempo de Coagulação..... 9 minutos 10 segundos
Tempo de Fibrinólise..... 214,000 /mm3

VR: 0 a 10 minutos
VR: 0 a 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

Elaborado por: ALEXANDRE PARRIS DA SILVA-REF BO/AC 1 26/04/14 às 13:12 Colocar: 26/04/14 às 13:12 V.e. Impressão: 26/04/14

Recebido 11 Ago 2014
Alexandre Parris da Silva
Farmacêutico Responsável
CRFAC 009

HUERB

I: CLAUDINEIA S. DA COSTA
 Post: Sorb
 Net:
 Acter:
 Q:

Género:
 NRM:
 Env de:

Idade:

Tipo sang:
 Zone:
 Priord: Não

ID amov: 59
 Nº leto: 2025-07

Nome completo	Concentrac	Unidade	Result	Anotação	Referência
GLICOSE	149	mg/dL	h	RPM	60-99
URÉIA	22	mg/dL	Normal		15-45
CREATININA BIOCLIN	0.82	mg/dL	Normal		0.40-1.40

Data teste: 26/04/2014 13:52:11
 Data env: 26/04/2014 13:52:11
 Data impr: 26/04/2014 14:40:24

Testador:
 Revis. por:
 Resultados somente para esta amostra

RECEBIDO 11 AGO 2024

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. SAUDE UNIDA, 700, ESC002 - 310 BRANCO CEP.8900800 - FONE (41) 333.1111
CGC - 04.034.526/0002-24

Pág.: 30

Paciente.: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA (EME)
Idade.: 14.FC.2.005121
do BE: 02083240

Idade.: 137
Requis.: 10/04/2014

Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA
Or.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

Cons. Regional:

HEMOGRAMA COMPLETO

CRITROGRAMA

Hemoglobina, g/dl	11,10	g/dl	VR1: 11,10 ± 0,014 g/dl
Hematócrito, %	33,00	%	VR1: 33,00 ± 0,012 %
Hemácias, /mm³	37,97	/mm³	VR1: 37,97 ± 0,012 /mm³
Hemoglobina, g/dl	34,82	g/dl	VR1: 34,82 ± 0,012 g/dl
Hemoglobina, g/dl	32,30	g/dl	VR1: 32,30 ± 0,012 g/dl

LEUCOGRAMA

Leucócitos, /mm³	10,210	/mm³	VR1: 10,210 ± 0,012 /mm³
Neutrófilos, %	5	%	VR1: 5 ± 0,012 %
Linfócitos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Monócitos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Eosinófilos, %	395	%	VR1: 395 ± 0,012 %
Plaquetas, /mm³	0	/mm³	VR1: 0 ± 0,012 /mm³
Neutrófilos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Linfócitos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Monócitos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Eosinófilos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Plaquetas, /mm³	0	/mm³	VR1: 0 ± 0,012 /mm³
Neutrófilos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Linfócitos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Monócitos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Eosinófilos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Plaquetas, /mm³	0	/mm³	VR1: 0 ± 0,012 /mm³
Neutrófilos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Linfócitos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Monócitos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Eosinófilos, %	0	%	VR1: 0 ± 0,012 %
Plaquetas, /mm³	0	/mm³	VR1: 0 ± 0,012 /mm³

VALORES DE REFERENCIA ADULTOS

PARA PACIENTES ADULTOS

DE: DANY GOMES OLIVEIRA DE FOLHA 200/2014 DE: DANY GOMES OLIVEIRA DE FOLHA 200/2014 DE: DANY GOMES OLIVEIRA DE FOLHA 200/2014

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

10,210 /mm³

DE: DANY GOMES OLIVEIRA DE FOLHA 200/2014 DE: DANY GOMES OLIVEIRA DE FOLHA 200/2014 DE: DANY GOMES OLIVEIRA DE FOLHA 200/2014

RECEBIDO 11/04/2014

162

CCB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 FUNDO DE APOIO IMAGIOLÓGICO - F.A.I.

Paciente: 1144 CINTRA, MARIA DA ROSA Cad. base: 200411

1000000000

1000000000

DATA	TIPO DE EXAME	VALOR	UNID. DES.	REFERENC.
01/01	EXAME	512	MG. DL	50 - 50
02/01	EXAME	512	MG. DL	50 - 140
03/01	EXAME	40	MG. DL	50 - 50

RECEBIDO 17 AGO 2022

NOME COMPLETO:

PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: Chudmênia Gomes da Costa
Data de Nascimento: 14.10.1980 Gênero: ☐ M ☒ F Nº Registro: 71494
Clínica/Enterraria: C.20 Leito: 162 Nº SUS: 20358514024005

2. INFORMAÇÕES DO HEMOCOMPONENTE LIBERADO

TIPO DE HEMOCOMPONENTE	ABO/RH	NÚMERO DA BOLSA			
		020ml CH			
		O+	68812014226	68812014227	
PF					
CP					
OUTROS					

INSPEÇÃO VISUAL ☐ Coágulo ☐ Coloração Anormal ☐ Turvação ☐ Outros (informar quais):
☐ Sistema Violado ☐ Rótulo Não Integro ☒ Normal

3. MONITORAMENTO DO PACIENTE / RECEPTOR

3.1 REGISTRO DOS SINAIS VITAIS NO DECORRER DA TRANSFUSÃO

REGISTRO	HORA	BOLSA Nº 68812014226				HORA	BOLSA Nº 68812014227			
		P.A.	T. AXILAR	F.R.	F.C.		P.A.	T. AXILAR	F.R.	F.C.
Início	14h	120/80	36	95	65	14h	120/80	36		
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2hs										
Término										

REGISTRO	HORA	BOLSA Nº				HORA	BOLSA Nº			
		P.A.	T. AXILAR	F.R.	F.C.		P.A.	T. AXILAR	F.R.	F.C.
Início										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2hs										
Término										

Bolsas Não Utilizadas:

O monitoramento do Paciente durante a transfusão e as demais informações são exigências de Port. MS 1.303/2011 e essenciais de checagem nas inspeções da VS e ANVISA.

REGISTRO DE INTERCORRÊNCIAS

REAÇÃO TRANSFUSIONAL?

☐ Não ☐ Sim

Caso opte indicar: a) Número da Bolsa:

b) Tipo do Componente:

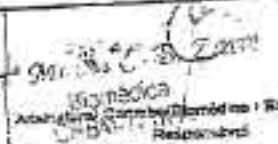
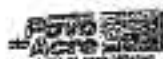
c) Parâmetros Capilares:

Data do Procedimento:

Assinatura de Responsável
Carimbo de Controle de Classe



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde



REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO - RT

1. UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

2. DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO: Claudineia Gomes da Costa

REGISTRO Nº: 15.134 CARTÃO SUS Nº: 15.134

GÊNERO: ☒ MASCULINO ☒ FEMININO PESO (kg): 55 IDADE: 33 DN: 15/11/11

ETNIA: ☒ INDIO ☒ NEGRO ☐ BRANCO ☐ MULATO ☐ AMARELO

SECTOR DE INTERNAÇÃO: 3003 ENFERMARIA: 102

TRANSFUSÃO DE SANGUE ANTERIOR? ☒ NÃO ☐ SIM QUANDO: 10/11/11

ANTECEDENTE GESTACIONAL: ☐ GESTANTE ☐ PARTO PARA: 10/11/11 ☐ MULTÍPARA ☐ ABORTO

REAÇÃO TRANSFUSIONAL PREVIA? ☒ NÃO ☐ SIM QUANDO: 10/11/11 QUAL?: 10/11/11

NOME COMPLETO DA MÃE: Antônia

INDICAÇÃO CLÍNICA (CÓDIGO DO CID): A-2-2

IMPRESSIONE DIAGNÓSTICA (CÓDIGO DO CID): A-2-2

EXAMES LABORATORIAIS DO PACIENTE	DATA	EXAME	RESULTADO	DATA	EXAME	RESULTADO
	26.4	Hb (g/dL)	9.44		TTPA	
		Ht (%)	29.00		FIBRINOGENIO	
		TP (s, INR)			PDF	
		Plaquetas x 1000 / mm ³			D-DÍMEROS	

3. TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA ☐ DATA: 29/11/11 ☒ URGENTE ☐ EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

TRANSFUSÃO URGENTE: Deve ser feita em até 30 minutos após a solicitação.

TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA: Deve ser feita em até 15 minutos após a solicitação.

3.1. DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome Completo / Assinatura / Número do CRM: Dr. A. P. P.

Data da solicitação: 29/11/11

Hora da Solicitação: 15h00min.

4. DADOS DO (S) HEMOCOMPONENTE (S) SOLICITADO (S)

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)	VOLUME (ml)	DE BOLSA	OBSERVAÇÕES
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)	<u>600</u>	<u>02</u>	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE (CPA)			
CRIOFRECIPITADO (CRIO)			

4.1. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

☐ CH LAVADO ☐ IRRADIADO

☐ DEFUCOCITADO ☐ FENOTIPADO

☐ ST RECONSTITUÍDO VOLUME ☐ OUTROS: 10/11/11

5. AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

Autorizo a liberação dos hemocomponentes solicitados, sem a finalização dos testes Pré Transfusionais, justificando o risco de morte do paciente, caso a hemotransfusão não ocorra imediatamente. Estou ciente que a unidade hemoterápica (AT/HUERB) estará isenta de qualquer responsabilidade, em eventuais intercorrências clínicas com o paciente que possa decorrer da prática assim autorizada. Portanto, assumo todas as consequências advindas desta conduta.

Assinatura e CRM legível / carimbo: Dr. A. P. P.

6. ENTRADA DA REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO NA AGENCIA TRANSFUSIONAL (AT)

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU A REQUISIÇÃO: AMOSTRA

NOME: Dr. A. P. P. DATA: 29/11/11

Nota: Conforme RDC 50/2002 e port. MS 3.253/2011, o Serviço de Hematologia não deve aceitar Requisição de Transfusão sem preenchimento integral das informações.

* Não é de Aplicação

Assinatura: Dr. A. P. P.

Assinatura: Dr. A. P. P.

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DO HOSPITAL:	
	
DADOS DO PACIENTE	NOME: <u>CLAUDINEIA GOMES OLIVEIRA</u> ABO/RHD: <u>O+</u> REGISTRO: <u>326.475</u> ENFERMARIA: <u>CLIN</u> LEITO: <u>122</u>
DADOS DO HEMOCOMPONENTE	Nº HEMOCOMPONENTE: <u>68512014216</u> ABO/RHD: <u>O+</u> VOLUME: <u>250</u> ml. PROVA DE COMPATIBILIDADE: ☒ Compatível ☐ Incompatível ☐ Não Realizada RESPONSÁVEL: <u>[assinatura]</u>
DATA DO ENVIO: <u>28/04/19</u> <u>Mabel C. B. Leite</u> RESPONSÁVEL: <u>[assinatura]</u> <u>Biotécnica</u>	
INSTRUÇÕES AO TRANSFUSIONISTA: 1-identificar adequadamente o receptor; 2-transfundir somente mediante prescrição médica; 3-conferir os resultados dos exames que aparecem no rótulo da bolsa; 4-utilizar equipo de infusão específico para transfusão; 5-não adicionar e nem infundir conjuntamente a medicamentos ou soluções isotônicas; e 6-verificar e informar o serviço de hemoterapia sobre qualquer efeito adverso imediato.	

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DO HOSPITAL:	
	
DADOS DO PACIENTE	NOME: <u>CLAUDINEIA GOMES OLIVEIRA</u> ABO/RHD: <u>O+</u> REGISTRO: <u>326.475</u> ENFERMARIA: <u>CLIN</u> LEITO: <u>122</u>
DADOS DO HEMOCOMPONENTE	Nº HEMOCOMPONENTE: <u>68512014216</u> ABO/RHD: <u>O+</u> VOLUME: <u>250</u> ml. PROVA DE COMPATIBILIDADE: ☒ Compatível ☐ Incompatível ☐ Não Realizada RESPONSÁVEL: <u>[assinatura]</u>
DATA DO ENVIO: <u>28/04/19</u> <u>Mabel C. B. Leite</u> RESPONSÁVEL: <u>[assinatura]</u> <u>Biotécnica</u>	
INSTRUÇÕES AO TRANSFUSIONISTA: 1-identificar adequadamente o receptor; 2-transfundir somente mediante prescrição médica; 3-conferir os resultados dos exames que aparecem no rótulo da bolsa; 4-utilizar equipo de infusão específico para transfusão; 5-não adicionar e nem infundir conjuntamente a medicamentos ou soluções isotônicas; e 6-verificar e informar o serviço de hemoterapia sobre qualquer efeito adverso imediato.	

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNAÇÃO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

g. Definitivo...: 71494
 mero do CNS...: 203585189240005
 me...: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
 umento...: CART.SUS Tipo :
 ta de Nascimento: 11/10/1980 Idade: 33 anos
 o...: FEMININO
 sponsavel...: SEVERINO DOS PRATERES DA COSTA
 me da Mãe...: CLEONICE GOMES COSTA
 ndereço...: RUA DA SANACRE 0051 Cep.: 99999-499
 airo...: SANTA INES
 elefone...: 0000000322.2961
 unicipio...: 1200401 - - AC
 acionalidade...: BRASILEIRO
 aturalidade...: ACRZ

DADOS DA INTERNAÇÃO

orma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. d. EE: 1763047
 linica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA EL "B"
 eito...: 999.0018
 ata da Internacao: 23/04/2014
 ora da Internacao: 11:30
 edico Solicitante: 352.897.245-91 - PAULO HENRIQUE SAMPAIO VALADARES
 roced. Solicitado: NAO INFORMADO
 iagnostico...: NAO INFORMADO
 dentif. Operador: ANGELINA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
 Dt.Hr Saída: 17/05/2014 13:30
 Especialidade:
 Tipo de Saída:
 CID Principal:
 CID Secundario:
 Principal:
 Secundario:
 Outros:

RECEBIDO 11 AGO 2014

1 2/20

Sistema SUS
Unidade de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HUERB

Identificação do Estabelecimento de Saúde
Código do Estabelecimento Solicitante

2 - CIES

4 - CIES

1 - NOME DO ESPECIALISTA SOLICITANTE

Identificação do Paciente
Nome do Paciente

5 - N.º DO PRONTUÁRIO

Cláudia Maria Gomes da Silva

73494

6 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

11/10/80

Mes

Por

9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

Leomir Gomes Costa

10 - TELEFONE DE CONTATO

33272961

11 - ENDEREÇO DA ATENDIMENTO

Rua da Sma. n.º 511 Santa Inês

12 - CID - CID-10

13 - CID - CID-10

14 - CID

15 - CID

Rio Branco

HC 69900000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

17 - EXAME DE LAUDO DE INTERNAÇÃO

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

19 - DIAGNÓSTICO NÍVEL

20 - CID - CID-10 PRINCIPAL

21 - CID - CID-10 SECUNDÁRIO

22 - CID - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E SEU ESTADO

25 - CID-10

26 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - N.º DOCUMENTO (CONDIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE)

1048

1048

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

23/08/8

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - CID - CID-10 DA SEGURANÇA

33 - N.º DO B.O.

34 - DATA

35 - ACIDENTE DE TRÁFICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CID - CID-10 DA EMPRESA

39 - CID-10

40 - ACIDENTE DE TRABALHO

41 - VÍNCULO COM A EMPRESA

42 - EMPREGADO

43 - EMPREGADOR

44 - ALTERNADO

45 - DESEMPREGADO

46 - INAPTO

47 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - CID - CID-10 DO ÓRGÃO EMISSOR

50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - DOCUMENTO

52 - N.º DOCUMENTO (CONDIÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

1048

1048

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

LEITO: 162

30/04/2014

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MFC: TRAUMATOLÓGICA • NEGA HAS E DM SOLICITO EXAMES E AGUARDAR PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SINAIS DE QUEIMAS ALÉRGICAS BOM LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR	1. DIETA ZERO 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. CEFALOTINA 1G IV 6/6H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SG5% EV 1X/DIA 5. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 6. TIANAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H - SN 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 - SN 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 9. CURATIVO 1X/DIA 10. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 G/D PAIS > 110mmHg 12. CUIDADOS GERAIS 13. MEMBRADO ELEVADO 14. ESTIMULOTÓRICA E RESPIRATORIA	16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00	08:00 - 16:00: Paciente acordou bem, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Curativo em bom estado. Membrado elevado. Estímulo respiratório adequado. Sinais de queimadas alérgicas ausentes. 16:00 - 18:00: Paciente acordou bem, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Curativo em bom estado. Membrado elevado. Estímulo respiratório adequado. Sinais de queimadas alérgicas ausentes. 18:00 - 20:00: Paciente acordou bem, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Curativo em bom estado. Membrado elevado. Estímulo respiratório adequado. Sinais de queimadas alérgicas ausentes. 20:00 - 22:00: Paciente acordou bem, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Curativo em bom estado. Membrado elevado. Estímulo respiratório adequado. Sinais de queimadas alérgicas ausentes. 22:00 - 24:00: Paciente acordou bem, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Curativo em bom estado. Membrado elevado. Estímulo respiratório adequado. Sinais de queimadas alérgicas ausentes.

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

LEITO: 162
01/05/2014

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HISTÓRICO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MEC. TRILIMBA [SIC] - • NEGA HAS E DM SOLICITO EXAMES E AGUARDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QUEIXAS AGÜICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR	1. DIETA LIVRE 2. SE 0,9% SOLUÇ. IV 8/8/H 3. CEFALOTINA 1G EV 6/8/H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SG5% EV 1X/DIA 5. DIFENIDRAMA 1GR EV DILUÍDO 6/6/H 6. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8/H - S/N 7. PLASIL 10MG IV DILUÍDO 8/8 - S/N 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 9. CURATIVO 1X/DIA 10. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg 12. CUIDADOS GEMAS 13. MEMBRID LLEVADO 14. PST MOTORA E RESPIRATÓRIA	31/05/2014	RECEBIDO 01/05/2014 Dr. Marcelo A. A. Pimenta Médico 17326 RN/ CPF 005 903 864-08 376 - 162 - 162

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

33 ANOS

LEITÖ:462

02/05/9

Prescrição Médica

INDICAZIONI

AND OTHERS IN THE ENTERTAINMENT INDUSTRY

MEC. THALINIA (SIC)

NEGATIVE DM

SOLICITO EXAMES E AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SEM QUEIXAS ALÉRGICAS
HEG LOTE
SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR

1. DIETA LIVRE.....
2. SE 0,9% 500ML IV 8/24H.....
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H.....
4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SGSS EV 1X/DIA.....
5. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H.....
6. TRABAOL 100MG + 100ML SFG 9% EV 8/8H 4 S/N.....
7. FLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 - S/N.....
8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA.....

OU

OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER FV).....

9. CURATIVO 1X/DIA.....
10. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE.....
11. CAPTOPRIL 75MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg.....
12. CUIDADOS GERAIS.....
13. MEDICADO ELEAVADO.....
14. EST MOTORA E RESPIRATÓRIA.....

Dr. Marcelo H. A. Pimenta

Medico 326 Bk

CPF-705-003,004-00

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR

LEITO: 162

03/05/2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HECÍARIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 3. CEFALOTRIM 1G EV 6/6H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SGSS EV 1X/DIA 5. DIFENHIDRAMINA 1GR EV DILUÍDO 6/6/H 6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8/H - S/N 7. ILASIL 10MG EV DILUÍDO 8/8 - S/N 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	Em 23/04/2014, a paciente foi submetida à cirurgia de fixação do planalto tibial e da patela com o uso de parafusos e placas. A cirurgia foi realizada com sucesso e a paciente está em recuperação pós-operatória. A dor é controlada com medicação analgésica. A mobilização é iniciada com auxílio de fisioterapia. A dieta é livre. A medicação prescrita está sendo administrada conforme o esquema. A evolução clínica é satisfatória.
SEM QUEIXAS ATUAIS SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR	9. CURATIVO 1X/DIA 10. DIAZEPAM 5 MG, 1COMPR VO À NOITE 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>120mmHg 12. CUIDADOS GERAIS 13. MEMBRO ELEVADO 14. PST MOTORA E RESPIRATÓRIA	✓	Em 24/04/2014, a paciente continua em recuperação pós-operatória. A dor é controlada com medicação analgésica. A mobilização é iniciada com auxílio de fisioterapia. A dieta é livre. A medicação prescrita está sendo administrada conforme o esquema. A evolução clínica é satisfatória.

Dr. Marcelo A. A. Pimenta
Médico - 2826 RN
CPF: 383.303.984-68

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR)

RECEBIDO
Nº 162
06/07/2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HISTÓRICO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR	1. DIETA LIVRE _____ 2. SE 0,9% 500ML IV 8/8/H _____ 3. CLAMOTINA 1G EV 6/6/H _____ 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML 50% EV 1X/DIA _____ 5. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H _____ 6. TRAMAL 100MG + 100ML S/O 0,9% EV 8/8/H (S/N) _____ 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8/H (S/N) _____ 8. FVMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA _____ DU CINEFRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) _____		
• SEM QUEIXAS ALGICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR	9. CURATIVO 1X/DIA _____ 10. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE _____ 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg _____ 12. CUIDADOS GERAIS _____ 13. MEMBRO ELEVADO _____ 14. PST MOTORA E RESPIRATORIA _____		

Dr. Marcelo A. Albuquerque
Médico - ORTOPEDIA

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR

06/05/2014

LETO: 162

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

AMBIENTE DA ENFERMAGEM

23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL +
FIXAÇÃO TRANSARTICULAR

MEC. TRAUMA ISUI

• MEGA HAS E DM

SOLICITO EXAMES E AGILIZO PROGRAMAÇÃO
CIRÚRGICA

SEM QUEIXAS ALGICAS
BEG LOTE
SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR

1. DIETA LÍMFE
2. SE 0,5% 500ML IV 8/8/H
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H
4. GENTAMICINA 240MG + 300ML 5G5% EV 1X/DIA
5. DIFENOXIA 1GR EV DILUIDO 6/5/H
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H < 5/N
7. PARAL 10MG EV DILUIDO 8/8 - 5/N
8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
- OU
- OMEPIAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)
9. CURATIVO 1X/DIA
10. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE
11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg
12. CUIDADOS GERAIS
13. AGENIRO ELEVADO
14. FST MOTORA E RESPIRATÓRIA

S.S.V

06/05/2014

8h. Paciente em repouso, sem dor, sem febre, sem alterações vitais. Exame físico: membro inferior direito com ferida aberta, com curativo, sem sinais de infecção. Membros superiores sem alterações. Mucosas sem alterações. Ausculta pulmonar sem alterações. Ausculta cardíaca sem alterações. Ausculta abdominal sem alterações. Exame neurológico sem alterações. Exame de membros superiores sem alterações. Exame de membros inferiores: membro inferior direito com ferida aberta, com curativo, sem sinais de infecção. Membros superiores sem alterações. Mucosas sem alterações. Ausculta pulmonar sem alterações. Ausculta cardíaca sem alterações. Ausculta abdominal sem alterações. Exame neurológico sem alterações. Exame de membros superiores sem alterações. Exame de membros inferiores: membro inferior direito com ferida aberta, com curativo, sem sinais de infecção.

Prescrita por
R. S. V.

Marcos A. Pimenta
Médico
Cep: 718 903 584-58

[illegible]

STUDIOS 035 11-10-2014 12:24

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

LE Nº 162

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR)

09/03/2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MEC. TRAUMA (SIC): MEGA HAS E DIM COLICITO EXAMES E AGUARDAR PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QUEIXAS ÁLGICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU MELHORAR PARTES MOLES PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A MELHORA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO MEMBRO LESIONADO.	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SG5% EV 1X/DIA 5. DILIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 6. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8/H 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 - (S/N) 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPIAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 9. CURATIVO 1X/DIA 10. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg 12. CUIDADOS GERAIS 13. MEMBRO ELEVADO 14. FST MOTORA E RESPIRATÓRIA	12:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00	8:30h - paciente transferido para o leito de observação no bloco de cirurgia. 10:00h - paciente em observação. 11:00h - paciente em observação. 12:00h - paciente em observação. 13:00h - paciente em observação. 14:00h - paciente em observação. 15:00h - paciente em observação. 16:00h - paciente em observação. 17:00h - paciente em observação. 18:00h - paciente em observação. 19:00h - paciente em observação. 20:00h - paciente em observação. 21:00h - paciente em observação. 22:00h - paciente em observação. 23:00h - paciente em observação.

Marcelo A. Pereira
Médico
CRM 133-RR
CPF: 036.893.891-68

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

LEITO: 162

10/05/2014

EVALUATION	PREScription MEDICAL	HORARIO	ANOTACOES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLACATO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MEC. TRAUMA (SIC): • NEGA HAS E DM SOLICITO EXAMES E AGUARDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QUEIXAS ALGICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU MELHORAR PARTES MOLES PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A MELHORIA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO MEMBRTO LESIONADO.	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 3. CEFALOTRINA 1G EV 6/6/H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SG5% EV 1X/DIA 5. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8/H 6. TRIAMPA 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8/H - 6/N 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8/H - 5/N 8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 9. CLEXANE 400MG SC 1X DIA OU 10. LIQUEMININE 500UI SC 12/12H 11. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE 12. CURATIVO 1X/DIA 13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg 14. CUIDADOS GERAIS 15. MEMBRTO ELEVADO 16. PST MOTORA E RESPIRATORIA	15-2004 OK OK OK	830hrs por enfermeiro co. Quedo vil e repa lido o camado x nuar tranho de asp mão tescado tra de laura + udatat MP modo sfog-1. + culo qrebas Te clon cam 3887874c 17.00 hrs pac. utpu lica qelouit refere dar lele no mte, a culha o dulta obseuido Mo ueato + micção pa Nunla Pa 120 x 80 am taoc 36,8 e Te Clov cam 3887874c

Marcelo A. A. Pimenta
Médico - CRM 326-RN
CPF 853.603.884-68

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

IDADE: 33 ANOS

LEI10:167

11/05/2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	AÇÕES NA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLACATO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR NEC. TRAUMA (SIC): • NEGA HAS E DM SOLICITO EXAMES E AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QUEIXAS ÁLGICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU MELHORAR PARTES MOLES PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A MELHORIA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO MEMBRO LESIONADO.	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV B/A/H 3. CEFALOTIMA 1G EV 6/6H 4. GENTAMICINA 200MG + 300ML 565% EV 1X/DIA 5. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO [SE NÃO TIVER EV] 7. CLEXANE 40MG SC 1X DIA OU 8. LIQUEMINE 5000UI SC 12/12H 9. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE 10.	8h00 16h00 18h00 20h00 22h00 24h00	18:00 - banho de esponja + trocar da fralda da cama + cuidados ge- nerais. Deixar em re- poso. Não fumar. 17:00 - banho regular após o procedimento, sem queixas de dor ou de outro desconforto.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

IDADE: 33 ANOS

LEAD: 162

0572014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	APONTAÇÕES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANTAO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MEC. TRAUMA (SIC): • MEGA HAS E DM SOLICITO EXAMES E AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QUEIXAS ALGICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU MELHORAR PARTES MOLES PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A MELHORIA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO MEMBRO LESIONADO. Dr. Cleiton Silva Aguiar Fisioterapia B30. Ortopedia CRISTIANE DOS SANTOS Fisioterapia B30 Reserva B30 Marcelo A. A. Pimenta Médico - CRM 1326-RN CPF 1785803-88-168	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML SG5% EV 1X/DIA 5. DIFENIDRA 1GR EV DILUIDO 8/8H 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU 7. OMEPRAZOL 20MG VO ISE NÃO TIVER EM 7. CLEXANE 40MG SC 1X DIA - OU 8. UQUEMININE 5000UI SC 12/12H 9. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE 10.	1. 10:00 2. 10:00 3. 10:00 4. 10:00 5. 10:00 6. 10:00 7. 10:00 8. 10:00 9. 10:00 10. 10:00	Apontações da enfermagem 1. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 2. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 3. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 4. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 5. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 6. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 7. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 8. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 9. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas. 10. 10:00. Paciente consciente, orientado, sem queixas.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

IDADE: 33 ANOS

LEITON 1683

13/05/2017

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
29/04: FIXAÇÃO DO PLANTALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MEC TRAUMA(SICI) * NEGA HAS E DM SOLICITO EXAMES E AGUARDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QUEIXAS ALGICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU MELHORAR PARTES MOLES PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A MELHORA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO MEMBRO LESIONADO.	- DIETA LIVRE - SF 0,9% 500ML IV B/B/H - CEFALOTIMA 1G EV 6/H - GERTAMICOINA 240MG + 300ML SGG% EV 1X/DIA - DIPYRONA 3GR EV DILUIDO 8/8H - OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER PERDA GÁSTRICA) OU CLEXANE 40MG SC 1X DIA - LIQUEURINE 500DUJ SC 12/12H - DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE	20:07 20:07 20:07 20:07 20:07 20:07 20:07 20:07	O paciente foi orientado quanto ao uso da medicação e do plantalto. Foi realizado o curativo de ferida cirúrgica com antisséptico apropriado. O membro lesionado está em posição funcionalizada com gesso. Não há sinais de infecção local ou sistêmica. Paciente bem-orientado e sem dor significativa.

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR

EVOLUÇÃO

23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL +
FIXAÇÃO TRANSARTICULAR

MEC. TRAUMA (SIC)

• NITCA HAS E DM

SOLICITO EXAMES E AGUARDO PROGRAMAÇÃO
CIRÚRGICA

SEM QUEIXAS ALGICAS
BEG LOTE
SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR

CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU
MELHORAR PARTES MOLES

PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A
MELHORIA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO
MEMBRO LESIONADO.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HISTÓRICO

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

1. DIETA LIVRE
2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H
3. GENTRACINA 1G EV 8/8/H
4. GENTRACINA 240MG + 300ML 565% EV 1X/DIA
5. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8/H
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. OMEPRAZOL 20MG VO/SE NÃO TIVER ESI
8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA
9. LIQUEMINE 500MG SC 12/12H
10. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE

PRESCRIÇÕES S.O.S

11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg
12. TRAMAL 100MG + 300ML SF0,9% EV 8/8/H
13. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8

CUIDADOS GERAIS

FST MOTORA E RESPIRATORIA

14. MEMBRO ELEVADO

15. CURATIVO 1X/DIA

LEITURA
34/04/2014

Atenção: Paciente comunicativa, afável, suprimida. Tomar banho de aspersão. Estudada com. Sem queixas no membro. Tm. Flare - As 17:00hs. Paciente segue estável. Sem queixas. Abgives no momento. Meditado com. Sem maiores intercorrências. Tm. Flare 15/05/2014
v: 50 - paup
sem queixas de
ben. Purgado. Pacie
muito de reanimada
Carmen 360673

Marcelo A. M. M. M.
Médico -
CPT 18333-8
CPT 18333-8

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR)

LE Nº 162
15/08/2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	NOTAS DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MEC. TRAUMA (SICI): • NEGA HAS E DM SOLICITO EXAMES E AGUARDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QUEIXAS ALGICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU MELHORAR PARTES MORES. PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A MELHORIA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO MEMBRO LESIONADO.	1. DIETA LIVRE 2. SE 0,9% 500ML IV 8/8/H 3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H 4. GENTAMICINA 240MG + 300ML 565% EV 1X/DIA 5. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CLEXANE 40MG SC 1X DIA OU 8. LIQUEMINE 5000UI SC 12/12H 9. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE 10.	2nd 500 + 500 + 500 de aspirar com auxílio + troca de roupa de cama e de lençol 16:00h, Pac não refreia queixas no período, acalor e incontinência fluxos fisiológicos urinários Te maxia 4:30h - Pac dormiu bem, não evaluation no período diuresis variou 1800ml PR: 130 x 60 mmHg, Te: 36,5 Resolvida com/sem lesões	
CUIDADOS GERAIS FST MOTORA E RESPIRATORIA FSV 14. MEMBRO ELEVADO 15. CURATIVO 1X/DIA			
MEDICAÇÕES S.O.S 11. CARPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg 12. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% EV 8/8H 13. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8			

Marcelo A. T. Pereira
Médico Residente
C.R.C. 173.668-8

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

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

LEITO 62

16/08/2014

alter

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

AÇÕES DA ENFERMAGEM

23/08: FIXAÇÃO DO PLANALTO TIBIAL +
FIXAÇÃO TRANSARTICULAR

MEC. TRABALHA (SIC)

• NEGA HAS E DM

SOLICITO EXAMES E AGUANDO PROGRAMAÇÃO
CIRÚRGICA

SEM QUEIXAS ALGUMAS
BEG LOTE

SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR

CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU
MELHORAR PARTES MOLES

PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A
MELHORIA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO
MEMBRO LESIONADO.

1. DIETA LIVRE

2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/24

3. GENTAMICINA 240MG + 300ML SG5% EV 1X/DIA

4. DIPIRONA 1GR EV ORALÍDO 8/8/24

5. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

OU

OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)

6. CLEXANE 400MG SC 1X DIA

OU

7. LIQUENINE 5000UI SC 12/12H

8. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO À NOITE

9.

MEDICAÇÕES S.O.S

10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110mmHg

11. TRANAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8/24

12. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8-5/24

CUIDADOS GERAIS

FST MOTORA E RESPIRATÓRIA

13. MEMBRO ELEVADO

14. CURATIVO 1X/DIA

Marcelo A. Pimenta
Médico - CRM 1326-RN
CPF 175.903.884-68

3:00 Enfermagem colocou
no membro, acendeu
dieta, ofereceu
alimento líquido. PA: 110x70mmHg. Te. 37,5°C.
muc. 22. Ref. verificadas PA:
120x80mmHg. Te. 37,2°C.
pressão com 16/15/14.
PA: 94:00 da tarde. Paciente
foi sedado com morfina 10mg
e sedado com morfina 10mg.
Paciente sedado com morfina
e sedado com morfina.

NOME: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

IDADE: 33 ANOS

LEITO: 162

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DA PATELA + FX PLANTALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR)

17/05/2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
23/04: FIXAÇÃO DO PLANTALTO TIBIAL + FIXAÇÃO TRANSARTICULAR MEC. TRAUMA (SIC): * NGA HASE DM SOLICITO EXAMES E AGUARDAR PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA SEM QUEIXAS ALGICAS BEG LOTE SEM ALTERAÇÃO NEUROVASCULAR CASO PASSADO AO DR. FRANCISLEI QUE INDICOU MELHORAR PARTES MOLES PACIENTE E FAMILIARES ORIENTADOS QUANTO A MELHORIA SE MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO MEMBRO LESIONADO.	1. DIETA LIVRE..... 2. SE 0,9% 500ML IV 8/8/H..... 3. GENTAMICINA 240MG + 300ML 565% EV 1X/DIA..... 4. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8/H..... 5. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA..... OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)..... 6. CLEXANE 40MG SC 1X DIA..... OU 7. LIQUENANE 500OU SC 12/12H..... 8. DIAZEPAM 5 MG, 1COMP VO A NOITE..... 9. <i>Alts Médica. Ao ambulatório do Dr. Francislei.</i> 10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg..... 11. TRAMAL 100MG + 100ML SFD, 9% EV 8/8/H - S/N..... 12. PLASIL 10MG EV DICHO 8/8 - S/N..... NEBULIZAÇÕES S.O.S	13.00h	paciente sou da alta terapêutica de acompanhamento de familiar com encaminhamento P/ ambulatório, deixando todos exames em dia, exames de diagnóstico + receito médica, foi para estado de saúde e em acompanhamento de medicamentação. Dr. S. Moura Enfermeira 17/05/2014
Marcelo A. A. Pimenta Médico - CRM 7326-RN CpF 186.903.903-68	CUIDADOS GERAIS FST MOTORA E RESPIRATÓRIA 13. MEMBRO ELEVADO 14. CURATIVO 1X/DIA.....		

HORA DE CHAGADA: 09:50 SALA: DATA: 30.04.14
NOME DO PACIENTE: Claudineia Gomes da Costa IDADE: 33 anos
PROCEDÊNCIA: EMERGENCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS (X) Enfermaria
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTRAS ()
CÍRCULO DA ANESTESIA: 30.00 TERMINO DA ANESTESIA:
PROCEDIMENTO REALIZADO:
CÍRCULO DA CIRÚRGIA: 10.16 TERMINO DA CIRÚRGIA:
CIRURGIÃO: DR. Francisco AUXILIARES:
ANESTESISTA: DR. Walfrido + DR. J. J. L. G. INSTRUMENTADOR: Claudete
CULANTE: Buriladora + Camêlo ENF: M. J. M. Monteiro

MATERIAL E MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
IVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA DESC. Nº 40X12-1	FIO VICRYL
IVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 200	FIO ALGODÃO
IVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
AGENASE	AGULHA P/ RAQUE 25-1	EFORMOL
MINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA
RONA	ASPIRADOR	GASES 150
EPAN	ATADURA GESSADA	GELFOAM
ENTE	ATADURA DE CREPON 10-11	GORRO 02
AMINA	ABOCATH Nº 181	INTRACATE Nº
EFRINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX Nº
TANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
OSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
OCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0
IN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
LAR	CATEFER NASAL T. ÓCULOS	LÂMINAS DE BISTURI 246ad
CAÍNA	CERA OSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS 04
CAÍNA GEL	CHUMACO	MALHA TUBULAR
TOL	C. TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
RONIDAZOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA 1
INA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
CON	COMPRESSA CIRÚRGICA 11	POVIDINE DEGERMANTE 200
OFOL	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE TINTURA 100
L	ELETRODOS 5	POVIDINE TÓPICO
TIGMINE	EQUIPO P/ SORO 1	PRO PÉ 021
ADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO 11	SCALP Nº
FISIOLÓGICO 0,9% 1	ESPARADRAPO	SWAB
GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPOREN	SERINGA DE 1 ML
RINGER LACTADO	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
NTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML
AL	FRALDA 1	SERINGA DE 10 ML
EN 5%	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 20 ML
	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE WERSCHNER	SONDA DE ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON 30-11 20-11	SONDA RETAL
	FIO GUTUPACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MAELEX

pl. lavagem: 10

11.04.2014

10:45
PA: 117 x 71
SP02: 98%
FC: 84 bpm

10:30:
115 x 69
98%
63 bpm

11:45
116 x 76
97%
80 bpm

11:30

PA: 130 x 79 mmHg
FC: 68 bpm
SP02: 98%

12:00 hrs
PA: 129 x 71
FC: 62 bpm
SP02: 99%

Placa um T-07 furos = 1

Parafuso expandido 70 = 11

Parafuso Cortical n° 36 = 1
P. — Ca. — n. 36 = 1

Parafuso cortical n° 34 = 1

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

UNIDADE: _____

RELATÓRIO
DE
CIRURGIANome do Paciente: Claudineia Gomes de Costa Registro: _____Idade: 35 Observação: _____Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta do plânquio + Patela
sem complexos joelho (10)Cirurgia proposta: Limpeza cirúrgica + Reconstrução joelho -
plânquioDiagnóstico definitivo: 100%Cirurgia realizada: A proposta

Data

30/03/2014

Cirurgião

Franco

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesiologista

Wagner/Vito Cesar

Anestesia

Acidentes durante o ato cirúrgico

☐ Sim☐ Não

Descrição

Biópsia de congelação

☐ Sim☐ Não

Diagnóstico patológico

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

☒ Enfermaria☐ UTI☐ Residência☐ Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- (1) Passo habitual + Anestesia do joelho
- (2) Limpeza cirúrgica exhaustiva
- (3) Reconstrução do plânquio + Fixação com placa de
15'
- (4) Sutura da pele

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

REC 21 / 10/2011

Data

Assinatura do Cirurgião

CRM



HOSPITAL

Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde - SEDACRE
Hospital de Urgência e Emergência do Rio Branco - HURB
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS - LAC

FOLHA DE ANESTESIA		HOSPITAL		Nº. PRONTUÁRIO	
DATA	NOME	Apt./Ent.		Conv.	
IDADE	SEXO	COR	ALTURA	PESO	GRUPO SANG
33A	F	Branca			PA
MACIAS	LEUCOC.	HT	HEMOG.	GLICEMIA	UREIA
				CREAT	BIL. DIR
					IND
RESP	ASMA	BRONQUITE	COMPLACÊNCIA	M. VES +	
CIRC. ECG				ALERGIA	
DIGESTIVO DENTES		PESCOÇO	PEÇAS DENT.		
ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO			
ARELHO URINÁRIO					
DIAGNÓSTICO PRÉ OP					
ANESTESIAS ANTERIORES	ASA		RISCO		
DIC. PRÉ-ANEST.	HORA		EFEITO		
RA	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00
ROGAS ADMINISTRADAS	TECNICA	Monitorização			
Enxerto de pele	Procuração + coação	+ Arte e Part			
Medicação	CIRURGIAS:	Ap. Resp.:			
Localização	CIRURGIÃO/AUXILIAR	Ap. CV:			
Deferência	Dr. Francisco	Ap. CV:			
OBS: - Paciente com 15-16, 160cm, 73kg					
- Ropivacaina 125g					
Anestesiologista (CRM e carimbo)		Médico - Anestesiologista			

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: DOA 700/60

História da Doença Atual: História de acidente motociclistico

História da Doença Anterior:

Exame Físico: DOA + FEMORAL + DETORMIDAÇÃO NO JOELHO (A)

Diagnóstico Provisório: Lesão Completa no JOELHO

Diagnóstico Definitivo: 100%

Motivo da Cobrança:

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

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/ PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
55-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. COMENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRÚRGIA
56-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
57-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
58-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
59-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
60-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
63-ALTA DA PARTURIENTE P/ OPERAÇÃO C/ PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
64-ALTA DA PARTURIENTE C/ PERMANÊNCIA C/ RECÉM-NASCIDO

Carimbo Hospitalar
Módulo Cobrança
Data: 10/07/2010
Assinatura: [Assinatura]

TERMO DE RESPONSABILIDADE

abaixo

assinado, declara que se responsabiliza pela internação do paciente _____ dando plena autorização aos médicos deste hospital para assistirem, levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade, transferirem para outro hospital, no caso de emergência intervirem cirurgicamente e empreenderem todas as investigações que julgarem necessárias para complementação do diagnóstico.

Ainda se responsabiliza pela retirada do paciente após a alta médica, tão logo lhe seja comunicado.

_____-AC._____-de_____-de 20_____-

Assinatura do responsável

Nº do RG _____

TERMO DE ALTA PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____

internado na Seção _____ Quarto _____ deste hospital, sem alta médica isento o Corpo Clínico e Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar, assumindo inteira responsabilidade. Assino

_____-AC._____-de_____-de 20_____-

Responsável: _____

Nº do RG: _____

Testemunha: 1 _____

2 _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido às disposições do Regulamento Interno deste Hospital, tomo conhecimento de minha ALTA HOSPITALAR.

_____-AC._____-de_____-de 20_____-

Responsável: _____

Nº do RG: _____

Testemunha: 1 _____

2 _____

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Fundação

2- CNES: 2001586

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Fundação

4- CNES: 2001586

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE: Claudio Carlos da Costa

6- Nº DO PRONTUÁRIO: 70.888

7- DATA NACIONAL DE SAÍDA (CNS): 20 3 5 8 3 1 8 9 2 4 0 0 0 5

8- DATA DE NASCIMENTO: 11.10.80

9- SEXO: Masc. 1 Fem. 2

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Eleonice Gomes da Costa

11- TELEFONE DE CONTATO: 6 8 9 9 8 4 7 5 9 2

12- ENDEREÇO (RUA, Nº, Bairro): Rua Senacore nº 511, São Inês

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Pio Xapeco

14- CÓD. 401: MUNICÍPIO: 20040

15- UF: AC

16- CEP: 6 9 9 0 0 9 2 0

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fraqueza excessiva por 10 dias

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Trauma

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Ex. físico

20- DIAGNÓSTICO INICIAL: Fraqueza excessiva por 10 dias

21- CID 10 PRINCIPAL: (2)

22- CID 10 SECUNDÁRIO: (2)

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: (2)

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Procedimento

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: (2)

26- CLÍNICA: (2)

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO: (2)

28- DOCUMENTO: (2)

29- Nº DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: (2)

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: (2)

31- DATA DA SOLICITAÇÃO: 01.06.14

32- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): (2)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- DATA DA SEGURADORA: (2)

37- Nº DO BILHETE: (2)

38- SÉRIE: (2)

39- CNPJ EMPRESA: (2)

40- CNAS DA EMPRESA: (2)

41- CBO: (2)

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: (2)

43- EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ INAD SECUNAR ☐

44- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Autorização

45- DOCUMENTO: (2)

46- Nº DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: (2)

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO: (2)

48- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): (2)

49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: (2)

CONFERE COM ORIGINAL

20/06/14

☐ H. FUNDHACRE
☐ H. DO IDOSO
☐ POLICLÍNICA TUCUMÃ
☐ H. DA CRIANÇA
☐ C. I. DA MULHER
☐ H. M. M. MONTE
☐ CACON

Clínica A
 Enfermaria _____
 Leito 18

MATRÍCULA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Data Nasc. 1 / 1 / _____ Sexo M ☐ F ☐
 Nome Cláudio Luiz Gomes Da Silva

☐ CIRURGIA ELETIVA
☒ URGÊNCIA

Realizada em 02/06/14

Hora do início: _____ Término _____ Duração _____

Cirurgia de ☐ Pequeno porte ☐ Médio porte ☐ Grande porte

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião Responsável (a) D. Francisco CRM 4000751

Equipe cirúrgica D. J. Leal da Silva

Anestesista(s) Dr.(s) _____

Instrumentador(a) _____ Sala de cirurgia _____

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Diagnóstico pré-operatório Lesão Complexa Jc 110 + Fnat. Planúcio

Relatório histopatológico Fixador Transilúcido

Achados per-operatórios _____

Cirurgia realizada Rotina Fixador Oxiado + Manipulador
JOELHO

☐ Cirurgia curativa ☐ Doença residual microscópica ☐ Doença residual macroscópica ☐ Patologia benigna

Intercorrência ☒ NÃO HOUVE Descrição das intercorrências _____

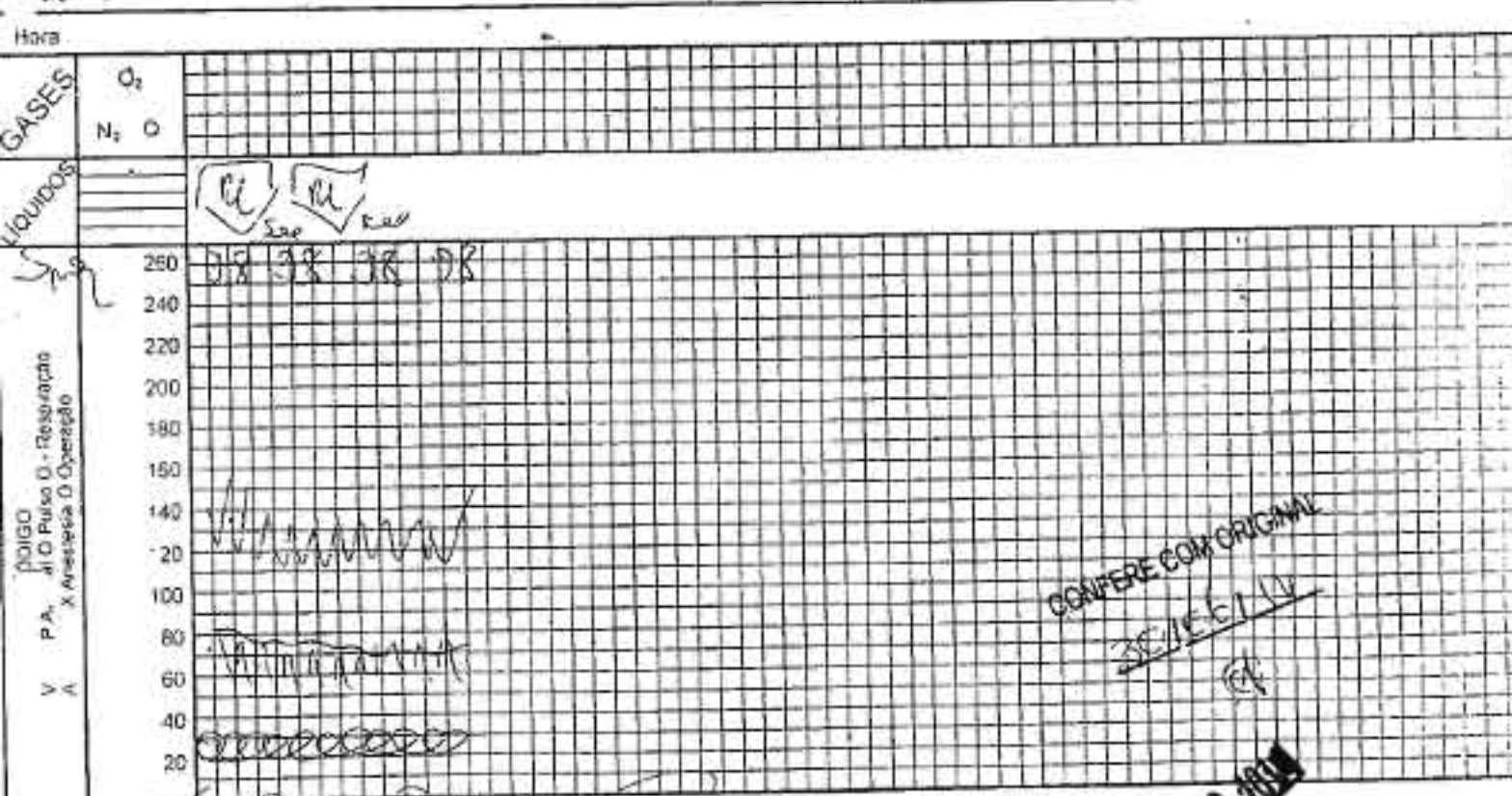
CONFERE COM ORIGINAL

30/06/14

Contaminação ☐ Cirurgia limpa ☐ Polidamente contaminada ☐ Contaminada ☐ Cirurgia limpa ☐ Suja

ITEMS	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA, tipo de acesso, achados, cirurgia realizada, material utilizado
(1)	PASSO HABIÇÃO 1 APROXIMAÇÃO DO CÂNCER
(2)	ROTINA DO FIXADOR +
3	MANIPULADOR DO JOELHO
(4)	TAC 1100 TUBO

Unidade do Sistema				MATRÍCULA: 7 0888			
Data 01/06/14		Enf.	Leito	Data Nasc. / /		Sexo M ☐ F ☒	
Idade	Gor	Altura	Peso	Claudineia Gomes da Costa			
Grupo Sang.		PA	Pulso				
Temp.	Rasp.	Hemácias	Leucoc	HT	Hemog		
Glicemia	Uréia	Creat.	Bi. Dr.	Ind	Tgo	Igp	
Ap. Resp. Asma		Bronquite	Complacência		M. Ves		
Ap. Circ. Ecg				Alergia			
Ap. Digestivo Dentes			Pescopo	Peça Dent.			
Estado mental			Drogas Em Uso				
Aparelho Urinário							
Diagnóstico Pré Op							
Anestesia Anteriores			Ass	Risco			
Zic. Pré-Anest.			Hora	Efeito			



SÍMBOLOS

DROGAS ADMINISTRADAS

- 1º Miloflan 5 mg
- 2º Fenil Leff
- 3º Clorid 500 mg
- 4º Ceftriaxona 1g
- 5º Ceftriaxona 1g
- 6º Kargin 1g
- 7º Kargin 1g
- 8º Kargin 1g
- 9º Kargin 1g
- 10º Kargin 1g
- 11º Kargin 1g
- 12º Kargin 1g
- 13º Kargin 1g
- 14º Kargin 1g
- 15º Kargin 1g

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIÕES

MONITORAÇÃO

OBS

RECEBIDO

ANESTESIOLOGISTA



SISTEMA
FUNDHACRE

FOLHA 1 DE
PERIOPERATORIO

☐ CIRURGIA ELETIVA

Clinica _____

☒ URGÊNCIA

Enfermaria _____

Leito _____

MATRÍCULA

7 0 8 8 - -

Data Nasc. 14/10/1980 Sexo M ☐ F ☐

Nome: Cláudia Gomes da Costa

Data 01.06.14

Hora 10.00h

Idade 34a

Cirurgia de

☐ Pequeno porte

☐ Médio porte

☐ Grande porte

CONSULTA PRÉ-OPERATORIA

Procedimento cirúrgico proposto: Remoção de Falta e Jato (B)

Aspectos relevantes do exame físico: Admitido neste hospital em companhia de seu esposo para o exame físico pelo Dr. Francisco de Sá. A paciente, apresentando afecção crônica de incontinência. Não há história de medicação. Refere-se importante perda em um de seus membros, segue em uso de prótese, porém, apresentando problemas de adaptação. Há uso de órtese.

Sinais vitais: PA: 120 x 80 mmHg

FC: _____

TAX: _____

Orientações

DATA 01.06.14

COREN

Contato

COREN IAC 94528

Sociedade de Anestesiologia

ASSINATURA

ENCAMINHAMENTO DENTRO CIRÚRGICO

ENFERMARIA: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ GERIATRIA ☐ UTI DATA ____/____/____ Hora ____

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

JEJUM: ☐ Sim ☐ Não TRICOTOMIA: ☐ Sim ☐ Não

PROTESE: ☐ Sim ☐ Não USO DE PRÉ-ANESTÉSICO: ☐ Sim ☐ Não

PRONTUÁRIO COMPLETO: ☐ Sim ☐ Não

SINAIS VITAIS: PA _____ mmHg T _____ °C P _____ b.p.m R _____ l.p.m

OBS: _____

DATA ____/____/____

COREN

Contato

COREN IAC 94528

Sociedade de Anestesiologia

ASSINATURA

CONFERE COM ORIGINAL
30/06/14

RECEBIDO 11 AGO 2014

RECEPCÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

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

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

INTEGRIDADE CUTÂNEA: ☐ Sim ☐ Não

ALERGIA: ☐ Sim ☐ Não

OBS: _____

DATA: ____/____/____

COREN

Carimbo

ASSINATURA

TRANSOPERATÓRIO

ESQUEMA: ☐ Não ☐ Sim Local: _____ Início: _____ h Término: _____ h

CARACTERISMO VESICAL: ☐ Não ☐ Sim Sonda N° _____ ☐ 2 VIA ☐ 2 VIA ENF: _____

HEMOTRANSFUSÃO: ☐ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____

LABORATÓRIO: ☐ Histopatológico ☐ Cultura ☐ Citologia

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

OBS: _____

ENCAMINHADO PARA:

CIRCULANTE:

NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

RECEBIDO NA RPA ÀS: 13:40h

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

HIDRATAÇÃO VENOSA: MSE 500ml Condições: perme

CURATIVO CIRÚRGICO: Local: MS D Condições: sem oclusão

DRENAGENS: Tipo: _____ Tipo: _____

HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____

ELIMINAÇÕES: ☒ Não ☐ Sim

EXTREMIDADES: Aquecidas: ☒ Frias: ☐ Cianóticas: ☐ Perfundidas: ☒

SINAIS VITAIS: PA: 99x60 mmHg T: _____ °C P: 63 b.p.m. 97 l./min 21 °C

OBS: POI de suturas de pele e pelo (D) + Retero do de giroscópio sobre o fecho de Diqui + sedação

HORA DA ALTA: 14:15 Acordado: ☐ Sonolento: ☐

ENCAMINHADO PARA: Sala A et 18

DATA: 02/06/2014

COREN

05059

Carimbo

ASSINATURA

Obs: anexo ficha CAC

CONFERE COM ORIGINAL
30/06/10

Nome _____

Matrícula

--	--	--	--	--

Clínica _____

Enf. / leito _____

Data / Hora

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

17:00h - disto lote, consecutiva, elipsoide
sem marcação PA - 120x80 mm Hg
A.C. - 11 de Fábio
As 22:00h - Pte evolui eufórica, apênd, comunicati
vidade parte da idia devida, sem queixas de
algia até o momento. PP: 100x80 mmHg. Tbx: 36,5°C. - Kc
Sra Claudia

CONFERE COM ORIGINAL
30/10/11
K

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

QUANTIDADE

RECEBIDO 11/10/2011



MÉDICĂ

H. FUNDHACRE

H. DO IDOSO

POLICLÍNICA TUCUMÁN

H. DA CRIANÇA

C. I. DA MULHER

H. M. M. MONTE R

CACON

Clinical A

Enferm. / leito _____ 11

UTI - letto 1X

MATRÍCULA

Data Nasc. 1 1

Sexo M ☐ F ☐

Nome Claudio Gime

Fraksi Tanya Patinggi Jember D

Observações

PRESCRIÇÃO PARA O DIA 02/06/14

ENS

DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS

VIA

HORÁRIOS

- D. Dietz Gerul. 3. 1. 1901

- da kompaktio implemēt

7) salt water for 8/8/21

- 51 SF 08% 100 mil

- Total no. of (✓)

- ples. napisa 78/86

7) copolymer of styrene & MMA

$D = p_1 - q_1$

Tulsa zone EV A2 A2W

5) Original group is

U) $C \subseteq V \rightarrow C \subseteq \emptyset$

2 June

Dr. J. Lazzarini Università
Napoleo di RM SBA - A.C.
Napoleo di RM SBA - A.C.

Walter R.

CONFERE COM ORIGINAL

201-561-1111

ए



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

MÉDICA

H. FUNDHACRE

H. DO IDOSO

POLICLÍNICA TUCUMÃ

H. DA CRIANÇA

C. I. DA MULHER

H. M. M. MONTE R

CACON

Clinica A

Enferm. / leito

UTI - leito 18

MATRÍCULA

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Data Nasc. 1/1 Sexo M ☐ F ☐

Nome Cláudia de Jesus Gomes da Costa

FEITO DE TAMBÉM MATRÍCULA 18/11/11

Observações

PRESCRIÇÃO PARA O DIA 03/06/11

TENS	DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
1	Dietz Geral		
2	SEL 500ml 9v 8/8 h		18.00
3	SFO 1000ml		SN
-	- Tumor 100mg EV		
-	- ples 10mg 8/8 h		
-	- S.H.		
4	curatium		18.00
5	cefazolin 1 g 2v EV 6/6 h		18.00
6	Dipirona 1000mg 8v 6/6 h		18.00
7	T. 12v 20mg EV 12/12 h		18.00
8	omeprazol 40mg EV 1x dia		04
9	CSL - TCG		
10	fisioterapia no braço + FA		
-	Alta médica com		
-	orientação de		
-	14.00		

CONFERE COM ORIGINAL
03/06/11

Cláudia Gomes de Costa



e-mail: cac.hc@ac.gov.br

DIVISÃO DE CENTRO CIRURGICO

CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC

AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRURGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE:

Fatura Patom + Planalto + 13 Baia
Lornes joelho

DIAGNÓSTICO (DX)

PROCEDIMENTO

CIRURGICO PROPOSTO:

Proximidade Patom + joelho (8)

NECESSIDADE DE
ANESTESIOLOGISTA ?

SIM (X)

NÃO ()

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

23.

DATA DA CIRURGIA

DATA DA INTERNAÇÃO

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ORTESES E PRÓTESES)

Caixa de LCP

SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATORIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PÓS OPERATORIA EM

DIAS

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

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: 1 / 1 / 20

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

CONFERE COM ORIGINAL

NÚMERO DO CARTÃO SUS

NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS CLÍNICA
(FUNDHACRE)

PACIENTE RESIDE EM: RB

TELEFONES PARA CONTATO:

FIXO

CELULAR

RECADO

9989-4592

9989-4104

Falar com:

Expo

Paciente

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

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC. 26/05/2014

02/06/2014

683223.3905

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



REPÚBLICA DE GUATEMALA					
MINISTERIO DE LA DEFENSA					
COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA NACIONAL GUATEMALA					
NOME CLAUDINEIA GOMES DA COSTA					
	DOC. EXTENSÃO / ORD. CREDENCIAR 0327638 SSP AC				
	CPF 100.988.183-53	DATA DE NASCIMENTO 11/10/1980			
	FILIAÇÃO SEVERINO DOS PRAXEDON DA COSTA CLEONICE GOMES DA COSTA				
	PERIODO 01/01/2018	ACE 00000000	CELEBR A11		
Nº REGISTRO 04109577138		LOCAL 01/04/2018		VALIDADEZ 27/08/2027	
OBSERVAÇÕES					
<i>Claudineia Gomes da Costa</i> ASSINATURA DO INTERESSADO					
LOCAL RIO BRANCO - ACRR		DATA DE EMISSÃO 17/03/2018			
Brasão de Armas do Brasil Brasão de Armas do Brasil Brasão de Armas do Brasil					
13310630658 AC405410718					

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

871722859

PRODIGIO PLASTIFICAR

871722859

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014655833 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA **Data do acidente:** 23/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FARTURA EM PATELA DIREITA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITACAO FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /JOELHO DIREITO: 75% DE 25% = 18,75%

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 intenso	18,75 %	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

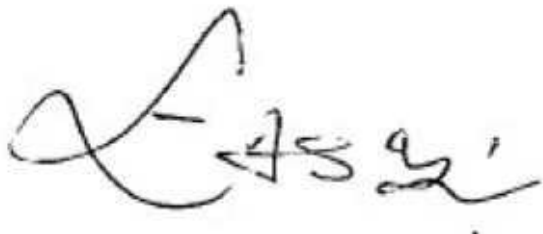
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014655833

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

Data do acidente: 23/04/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DA PATELA E PLANALTO TIBIAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO INTENSA DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO: EM 23/04/14 LIMPEZA CIRURGICA REDUÇÃO DAS FRATURAS, OSTEOSINTESE DE PATELA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR, 30/04/14 REALINHAMENTO DA FIXAÇÃO EXTERNA E EM 30/06/14 OSTEOSINTESE DA PRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO. ALTA MÉDICA COM ORIENTAÇÃO PARA RECUPERAÇÃO FUNCIONAL FISIOTERAPICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/08/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

CRM do médico: 373

UF do CRM do médico: AC

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 intenso	18,75 %	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

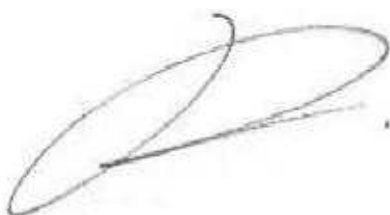
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Time horizon

Sociedade anônima

Boite à Embarcadere

Normal

NO. 40 Protocolo

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERIA

Último Argumento:

00003131301 - 18/12/2017

NINE: 33.3.0026879-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boletín(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-8033-7CC99430A9D4

Órgão	Calculado	Pago
Junta	570,00	570,00
DREI	21,00	21,00

**REQUERIMIENTO**

Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

Local	Nome:	 
	Assinatura:	
	Telefone de contato:	
Data	E-mail:	
	Tipo de documento:	Híbrido
	Data de criação:	24/01/2018
	Data da 1ª entrada:	



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pag. 2/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

1. DATA, HORA E LOCAL: Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

2. CONVOCAÇÃO: Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

3. PRESENÇA: Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

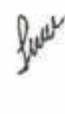
4. MESA: Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

6. DELIBERAÇÕES: Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 1 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E17B8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerjia.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pag. 3/13



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

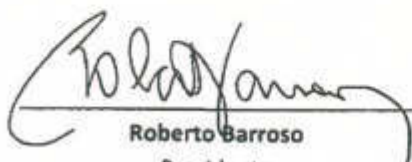
 

7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

8. ASSINATURAS: A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


Roberto Barroso
Presidente


Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

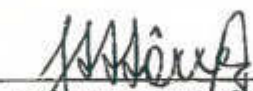
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDAB0E1FB6

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/13



12/10

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016



4996507

"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Artigo 1º – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Artigo 2º – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

Artigo 3º – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

Artigo 4º – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

Artigo 5º – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

Artigo 6º – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 7º – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 1 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4995508

ARTIGO 8º - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

Parágrafo Primeiro - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

Parágrafo Segundo - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

Parágrafo Terceiro - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

Parágrafo Quarto - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, $\frac{1}{4}$ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

Parágrafo Quinto - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

Parágrafo Sexto - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de $\frac{2}{3}$ (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

ARTIGO 9º - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

Parágrafo Segundo - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

Parágrafo Terceiro - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

12/4



4996509

Parágrafo Quarto – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo Quinto – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 10 – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

Parágrafo Segundo – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

Parágrafo Terceiro – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

ARTIGO 11 – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

ARTIGO 13 – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

Parágrafo Segundo - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

convocada.

13/4



4996510

Parágrafo Terceiro - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

ARTIGO 14 - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

Parágrafo Primeiro - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

Parágrafo Segundo - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou *e-mail* a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

Parágrafo Terceiro - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

ARTIGO 15 - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

13/4



4996511

- g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;
- h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;
- i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;
- k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;
- m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;
- n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;
- o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;
- p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;
- q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;
- r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;
- s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;
- t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.
- u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e
- v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

15/11

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.



4996512

ARTIGO 16 – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

Parágrafo Único – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

ARTIGO 18 - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

Parágrafo único - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

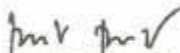
ARTIGO 19 - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

Parágrafo Primeiro – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

Parágrafo Segundo – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 6 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

10/7

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4996513

ARTIGO 20 – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

ARTIGO 21 - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

ARTIGO 22 – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

Parágrafo Primeiro – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

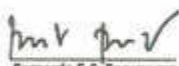
Parágrafo Segundo – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

ARTIGO 23 – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 8 de 10


Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996515

Parágrafo Primeiro – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

Parágrafo Segundo – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

ARTIGO 24 – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

ARTIGO 25 – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

ARTIGO 26 – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

Parágrafo Único – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

ARTIGO 27 – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

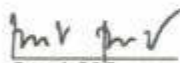
Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

ARTIGO 28 – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020183575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

12/11



4996516

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 29 - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

ARTIGO 30 - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

Parágrafo Único - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

ARTIGO 32 - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembleia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas DA CAPITAL	Tabelião: Carlos Alberto Firmino Oliveira Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9600	ADB2B690 088674
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: HELIO BITTON RODRIGUES e		
JOSE ISMAR ALVES TORRES (X00000524453)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.		
Em testemunho	da verdade.	Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.		Total
ECLP-54891 HDE, ECLP-54892 GRS		
Consulte em https://www3.tirijus.br/sitepublico		CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ Paula Cristina A. D. Gaspar Escrivente CTR-46062 série 06077 ME Aut. 2013 3ª Lei 8.936/94

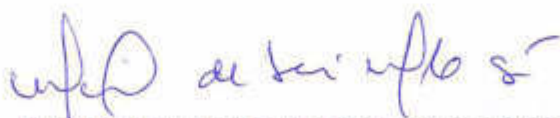
SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRABESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUMI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHAÍ SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato



anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, **ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS

OAB/RJ 135.132

