

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSEM IDE FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02358-2

CONTA: 000010051393-X

Nr. da Autenticação 04AF5307AD0C930A

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180590761 **Cidade:** Rio Branco
Vítima: ASSEM IDE FILHO **Data do acidente:** 08/09/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de cabeça de radio e processo coronoide do cotovelo direito.

Descrição do exame médico pericial: conservador com imobilização gessada e fisioterapia.
Alta: Dezembro de 2018

Resultados terapêuticos: conservador com imobilização gessada e fisioterapia.
Alta: Dezembro de 2018

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo com comprometimento da flexo extensão conforme descrito no exame físico, e redução da força muscular do membro.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/01/2019

Conduta mantida:

Observações: PAGO DANO FUNCIONAL DE COTOVELO DIREITO 50% EM CONFORMIDADE COM ANALISE TÉCNICA, DOCUMENTAL E DA AVALIAÇÃO CLINICA DESCrita.

Médico examinador: JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS

CRM do médico: 1822

UF do CRM do médico: RO

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

Médico revisor: ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

CRM do médico: 77146

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180590761 **Cidade:** Rio Branco
Vítima: ASSEM IDE FILHO **Data do acidente:** 08/09/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de cabeça de radio e processo coronoide do cotovelo direito.

Descrição do exame médico pericial: conservador com imobilização gessada e fisioterapia.
Alta: Dezembro de 2018

Resultados terapêuticos: conservador com imobilização gessada e fisioterapia.
Alta: Dezembro de 2018

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo com comprometimento da flexo extensão conforme descrito no exame físico, e redução da força muscular do membro.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/01/2019

Conduta mantida:

Observações: PAGO DANO FUNCIONAL DE COTOVELO DIREITO 50% EM CONFORMIDADE COM ANALISE TÉCNICA, DOCUMENTAL E DA AVALIAÇÃO CLINICA DESCrita.

Médico examinador: JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS

CRM do médico: 1822

UF do CRM do médico: RO

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

Médico revisor: ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

CRM do médico: 77146

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411

DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00 USUARIO: CELMA BEZERRA
CNS: SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

Sobral

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO
 IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968
 ENDERECO....: RUA 6 DE AGOSTO
 COMPLEMENTO...:
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO
 NOME PAI/MAE.: FRANCISCO ASSEM IDE
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO
 PROCEDENCIA...: XAVIER MAIA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM
 DOC...: SEXO...: MASCULINO
 NUMERO:
 BAIRRO: 6 DE AGOSTO
 UF: AC CEP...:
 /MARIA CONCEICAO IDE
 TEL...: 999261292

PA: [] mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Dor no joelho + ente logo
 aps acidente de trânsito



ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Contusao HS

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Asymo + contuso local.
 (2) Rx joelho (1) + ente logo (1),
 (3) pomo l. 104
 (4) Doloroso Tsy (1)

Racaosse
 Dr. Renan Meira
 CRM-AC 7700
 CORE-MAC 20012
 Especialista

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

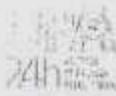
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Renan Meira
 Médico
 CRM-AC 7700



ALERGIAS MED.

UPA FRANCO SILVA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO) CLÍNICO
) ODONTO
) PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE								IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL								COMORBIDADES	
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR								Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :	%	P脉:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dl
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		Glasgow:	Alterado () Não alterado ()	
RECLASSIFICAÇÃO								HORÁRIO:	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ 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 () Jelico nº ____ () Scalp nº ____;
 Medicação sublingual;
 Medicação subcutânea, local ____;
 Outros ____

Anotações/intercorrências:

Assinatura/COREN

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____



MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

NO. DO BE: 563411

DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00 USUARIO: CELMA BEZERRA
CNS: SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

CD-10

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO
 IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968
 ENDERECO....: RUA 6 DE AGOSTO
 COMPLEMENTO...:
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO
 NOME PAI/MAE..: FRANCISCO ASSEM IDE
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO
 PROCEDENCIA...: XAVIER MAIA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....:
 SEXO...: MASCULINO
 NUMERO:
 BAIRRO: 6 DE AGOSTO
 UF: AC CEP...:
 /MARIA CONCEICAO IDE
 TEL...: 999261292

PA: [] X mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Dor no joelho + entebre
 aps acidente de moto

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 30 OUT 2018

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Contusao HS

CID:

PRESCRICAO

| HORARIO DA MEDICACAO

(1) Atenção + curativo local.
 (2) Rx joelho (1) + entebre (1),
 (3) paracetamol 500mg
 (4) Naldeparac 75mg (1)

Roxane
 Dr. Renan
 CRM-AC-776

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Renan
 Medico
 CRM-AC-776

NOME DO PACIENTE							IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES	
FLUXOGRAMA								
DISCRIMINADOR							Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :	%	P脉:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:
	() 10	() 8-9	() 7	() 5-6	() 11-4	() 0	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

As _____ 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: _____
- Outros: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As _____



04/10/2018 29/5531

OK
AUS EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2587618 DATA: 04/10/2018 HORA: 10:45 USUARIO: OTERVAL
CNS: 708108127875340 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO DOC...: CNH
 IDADE.....: 49 ANOS NASC: 08/12/1968 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA 06 DE AGOSTO NUMERO: 773
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: 06 DE AGOSTO
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA DA CONCEICAO IDE
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO COMPRAV TELINQAS 8929-7051
 PROCEDENCIA...: 06 DE AGOSTO
 ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO 3^o GUT TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [X mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 []

EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TEC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Defeito tímico no colo do vaso 150 + 260 /—/
 fez a borda da vasa - Dofe que era de
 dor no estomago. VASO: MM 7700*

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

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

DA FZ com D 1000.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*P TAC S**P 10 grs do colo de lata ent.**+ MAS*

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

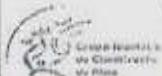
*SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL*

ORTOPEDIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTÓCOLO DE MANCHESTER

ALERGIAS NED.

NÃO

CLÍNICO
ODONTO
PEOCLASSIFICAÇÃO
não

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL	Danada de moto há 20 dias, com trauma em cotovelo d.						COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA	Problemas nos extremitados						NÃO		
DISCRIMINADOR	nao recente						Peso:		
PARÂMETROS	PA: 145 x 80 mmHg	Temp.: °C	Sat. O ₂ : %	Peso:	Pulse: 92 bpm		Glicemia: mg/dL		
	ESCALA DE DOR	(10) insensível (18-9) insensível (17) insensível (15-6) insensível (5-4) leve (10) sensível					Glasgow: Alterado ()		
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	Catiaela Shiva Enfermeira COREN/SC 433.819	HORÁRIO DA CR: 11:48 Tempo máximo: 3 minutos	<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA <input type="checkbox"/> EVASÃO	Assinatura:			HORÁRIO:		
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ 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: _____;
 NBB: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As _____:

SAME / HUERB

CONFORME ORIGINAL

COPIA



Rodolfo



Novo Acre
Governo paciente, para amanhã.

Governo do Estado do Acre

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

04-10-18

Unidade:

Adm IR

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: RS

Para: Hospital do Amor

Nome do paciente: Anamaria PDLHO

Hipótese diagnóstica: Fx de CABG e NO
RÁDIO

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

DT: 08/10/18

Companheira Apz 26 dez.

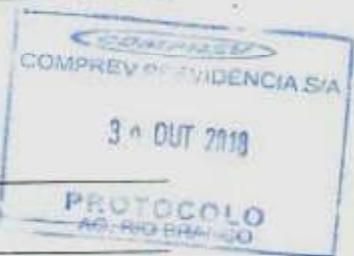
No HUSAN

Do Amb em 15 dez

*DR Italo Mata Vieira
CRM Odontologia
000740-1500*

DATA: 04/10/18

ASSINATURA



NOME DO PACIENTE				IDADE				
QUEIXA PRINCIPAL				COMORBIDADES:				
FLUXOGRAMA								
DISCRIMINADOR				Peso:				
PARÂMETROS	PA:	X mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :			
	ESCALA DE DOR							Peso:
	(110)	(18-9)	(17)	(15-6)	(14-4)	(10)	Glicemia:	mg/dL
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)			HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO		HORÁRIO: Assinatura:		
RECLASSIFICAÇÃO								

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ 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 n°: ____ () Scalp-n°: ____
- Medicação sublingual;
- Medicação subcutânea, local: _____
- NBZ: _____

Anotações/Intercorrelações:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____:

CONTEÚDO
Jn. PCT 2019
PROTÓCOLO

Nome: ASSEM IDE FILHO

Idade: 49 A

Exame: TC COTOVELO DIREITO

Atendimento: 87270

Data: 04/10/2018

TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

RELATÓRIO:

Fratura cominutiva da cabeça do rádio com componentes longitudinais obliquos nas porções central e dorsal que se estendem para a superfície articular, notando-se pequeno infradesnívelamento da sua superfície articular da porção central, estimada em 0,2 cm.

Fratura transversal completa do processo coronoide da ulna, delimitando fragmento ósseo de 1,5 cm com mínimo desalinhamento cranial.

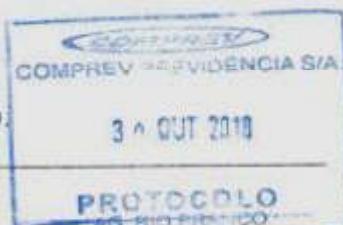
Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal, de 0,3 cm (corpo estranho?).

Sinais de moderado derrame articular no cotovelo.

Borramento da tela subcutânea posterior do cotovelo.

Demais estruturas ósseas e espaços articulares preservados.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva e intra-articular da cabeça do rádio.

Fratura no processo coronoide da ulna.

Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal (corpo estranho?).

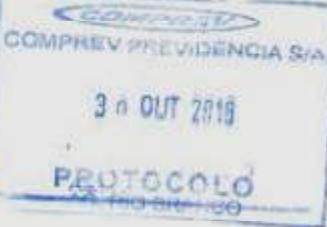
Sinais de moderado derrame articular no cotovelo.

DR. MARCOS PARENTE

MÉDICO RADIOLÓGISTA

CREF-AC 1102 RQE-AC 512

MEMBRO TITULAR DO COLEGIOS BRASILEIRO DE RADIOLÓGIA



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

LAUDO MÉDICO

NOME:

Assun Jde Filho

O paciente supracitado apresenta Fratura. crânio
Lado direito + processo coronoide a partir de 08/09/10
ou há _____, tendo sido tratado com Tratamento
conservador.
No momento, encontra-se com parcialmente anisti-
tar, evitando a fazer fisioterapeu-
ticamente com sessões de consolidação

CID: S52.1

30/10/10

[Handwritten signature]
Médico

Rio Branco - AC



Patient ID:
Age:

Patient Name
Sex:





3DREH 110° FLURO
Exz. 041 04 2018



3DREH 110° FLURO
Exz. 041 04 2018



MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411
CNS:DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00 USUARIO: CELMA BEZERRA
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO
 IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968
 ENDERECO....: RUA 6 DE AGOSTO
 COMPLEMENTO...:
 BAIRRO: 6 DE AGOSTO
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE.: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA CONCEICAO IDE
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 999261292
 PROCEDENCIA...: XAVIER MAIA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM
 TRAUMA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Dor no joelho + ente. hipo (1)
 aps acidente de trânsito

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Contusao HS

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Asym + contuso local.

(2) Rx joelho (1) + ente. hipo (1),

(3) paracetamol 1500mg

(4) Deltaparacetamol 750mg (1)

Rx analgesico

Paracetamol 1500mg

CORSAKOFF 2000mg

BID

DATA DA SAIDA:

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :

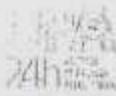
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Renan Meira
 Medico
 CRM-AC 7700



ALERGIAS MED.

UPA FRANCO SILVA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE								IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL								COMORBIDADES	
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR								Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :	%	P脉:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemias:	mg/dl
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos				() DESISTÊNCIA	
RECLASSIFICAÇÃO							() EVASÃO	Assinatura:	HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ 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 () Jelico nº ____ () Scalp nº ____;
 Medicação sublingual;
 Medicação subcutânea, local: ____;
 Outros: ____

Anotações/intercorrências:

Assinatura/COREN

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____



MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411

DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00 USUARIO: CELMA BEZERRA
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO DOC...:
 IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA 6 DE AGOSTO NUMERO:
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: 6 DE AGOSTO
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE.: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA CONCEICAO IDE
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 999261292
 PROCEDENCIA...: XAVIER MAIA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [] X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____ / ____ / ____

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Confucius HS

CIP:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(i) Axonio + Caudino local

② Rx. gelée (1) + entehago (1),

CB paper 1 + 100

(4) Nellejane 78, (5W)

Roxanne

~~1000~~ 1000

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

CONCESSIONÁRIA (UNIDADE DE SAÚDE):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
ENTRE [] E NTE 48HS [] APÓS 48HS

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Dr. Renan Mele
Medico
CRM-AC-771

NOME DO PACIENTE							IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES	
FLUXOGRAMA								
DISCRIMINADOR							Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :	%	P脉:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:
	(1) 10	(2) 8-9	(3) 7	(4) 5-6	(5) 1-4	(6) 0	Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos			() DESISTÊNCIA () EVASÃO		HORÁRIO: Assinatura:		
RECLASSIFICAÇÃO								

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ 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: _____;
 Outros: _____

Assinatura/COREN:

Anotações/Intercorrências:

ADMISSION NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As _____



04/10/2018 22:29 / 5531

OK
AUS EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2587618 DATA: 04/10/2018 HORA: 10:45 USUARIO: OTERVAL
CNS: 708108127875340 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO DOC...: CNH
 IDADE.....: 49 ANOS NASC: 08/12/1968 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECHO....: RUA 06 DE AGOSTO NUMERO: 773
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: 06 DE AGOSTO
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA DA CONCEICAO IDE
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO COMPRAV TELINQAS 8929-7051
 PROCEDENCIA...: 06 DE AGOSTO
 ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [X mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 []

EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TEC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Piefane tma no cotovelo 150 + 200 / —
 foia dandina na vaa - doce queixa de
 dor no cotovelo - VAM: MM 7700*

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

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

DA FR com D 1000.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*D TAC S**D 10 grs do colute lo entro. f**+ MAS*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

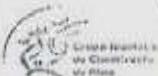
*SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL*

ORTOPEDIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTÓCOLO DE MANCHESTER

ALERGIAS NED.

NÃO

CLÍNICO
ODONTO
PEDCLASSIFICAÇÃO
não

NOME DO PACIENTE							IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Danada de moto há 20 dias, com trauma em cotovelo d.						COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA	Problemas nos extremidades						NÃO	
DISCRIMINADOR	nao recente						Peso:	
PARÂMETROS	PA: 145 x 80 mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :	99 %	P脉:	92 bpm	
	ESCALA DE DOR	(110)	(18-5)	(17)	(15-6)	(X 4)	(10)	Glicemia: mg/dL
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	Cabral, Silveira Enfermeira COREN-AC 433.819	HORÁRIO DA CR: 11:48 Tempo máximo: 3 minutos			<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA	<input type="checkbox"/> EVASÃO	HORÁRIO: Assinatura:	
RECLASSIFICAÇÃO								

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ 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

As _____:

SAME / HUERB

CONFORME ORIGINAL

CÓPIA



Recebido



Novo Acre

Governo acerense, para sempre!

Governo do Estado do Acre

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

04-10-18

Unidade:

Adm IR

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: RS

Para: Hospital do Amor

Nome do paciente: Anamaria PDLHO

Hipótese diagnóstica: Fx de CABGZ no
RÁDIO

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

DT: 08/10/18

Companheira Apz 26 dez.

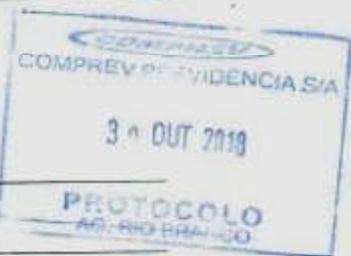
No HUSAN

Do Adm em 15 dez

*DR Italo Maia Vieira
RM Ortopedia Traumatologia
CRM 140 1500*

DATA: 04/10/18

ASSINATURA





NOME DO PACIENTE				IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL				COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA					
DISCRIMINADOR				Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :
	ESCALA DE DOR	Insensível leve moderado forte muito forte	() 10 () 9 () 8 () 7 () 6 () 5 () 4 () 3 () 2 () 1 () 0	P脉搏: bpm	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	Glicemia: mg/dL	
RECLASSIFICAÇÃO					Glasgow: Alterado () Não alterado ()
HORÁRIO:					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
- Medicação Intramuscular – IM, local: _____
- Medicação Endovenosa – EV, punctionado em () MSE () MSD, local: _____ com () Jelco n°: ____ () Scalp-n°: ____
- Medicação sublingual;
- Medicação subcutânea, local: _____
- NBZ: _____

Anotações/Intercorrelações:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____:

CONFIRMADO
J. P. R. 2019
PROTÓCOLO

Nome: ASSEM IDE FILHO

Idade: 49 A

Exame: TC COTOVELO DIREITO

Atendimento: 87270

Data: 04/10/2018

TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

RELATÓRIO:

Fratura cominutiva da cabeça do rádio com componentes longitudinais obliquos nas porções central e dorsal que se estendem para a superfície articular, notando-se pequeno infradesnívelamento da sua superfície articular da porção central, estimada em 0,2 cm.

Fratura transversal completa do processo coronoide da ulna, delimitando fragmento ósseo de 1,5 cm com mínimo desalinhanamento cranial.

Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal, de 0,3 cm (corpo estranho?).

Sinais de moderado derame articular no cotovelo.

Borramento da tela subcutânea posterior do cotovelo.

Demais estruturas ósseas e espaços articulares preservados.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva e intra-articular da cabeça do rádio.

Fratura no processo coronoide da ulna.

Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal (corpo estranho?).

Sinais de moderado derame articular no cotovelo.

DR. MARCOS PARENTE

MÉDICO RADIOLÓGISTA

CRO-AC 1102 RQE-AC 512

MEMBRO TITULAR DO COLEGIOS BRASILEIRO DE RADIOLÓGIA



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

LAUDO MÉDICO

NOME:

Assun Jd Filho.

O paciente supracitado apresenta Fratura. crânio
Lado direito + processo coroide a partir de 08/09/10
ou há _____, tendo sido tratado com Tratamento
conservador.
No momento, encontra-se com parcialmente anisti-
tar, curvado a fazer fisioterape-
úx controlé com sessões de fisioterapi-

CIP: S521

30/10/10

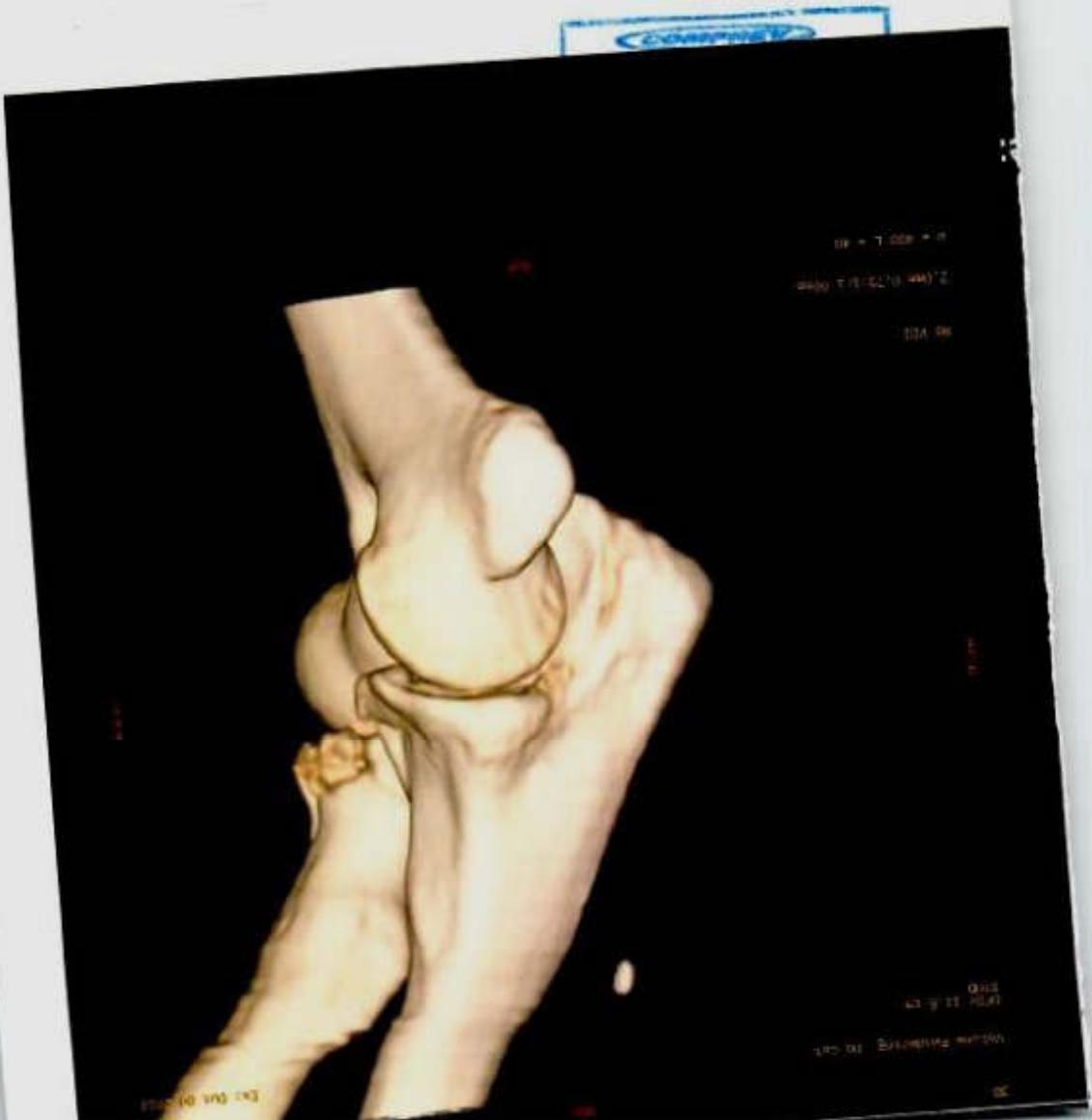
Médico

Rio Branco - AC



Patient ID:
Age:

Patient Name
Sex:





viewer 3DC FILMO
Ex: Sat 04.04.2018



viewer 3DC FILMO
Ex: Sat 04.04.2018





RECEITUÁRIO

COMPREV - DÉNCIA S/A

14 DEZ 2018

PACIENTE:

LAVIO

PROTOCOLO

Atento que o Sr. ASSEM IDE FILHO sofreu
acidente de trânsito no dia 08/09/2018
apresentando fratura de clavícula do
radio e fratura de processo coronal
de cotovelo direito. foi submetido
a tratamento conservador.

Evolui com grande limitação
funcional cotovelo (flexão 90°/extensão
30°) e redução da força muscular
do membro.
portanto é portador de sequelas
definitivas no membro ^{sup} direito
e de alterações.

DATA 06/12/18

ASSINATURA DO MÉDICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 02.048.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608

*Cost L. J. Soárez C.
Médico Ortopedista*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

ASSEM IDE FILHO

DOC. IDENTIDADE: 005 EMISSOR / UF
166549 SSP AC

CPF: **196.697.712-34** DATA NASCIMENTO: **08/12/1968**

FILIAÇÃO:
FRANCISCO ASSEM IDE
MARIA DA CONCEICAO IDE

PERMISSÃO: **AC** CAT. NAR: **AB**

Nº REGISTRO: **02513660597** VALIDADE: **01/11/2022** HABILITAÇÃO: **21/02/1989**

O TERRITÓRIO NACIONAL
1483672356

VALIDEZ EM TODO

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **RIO BRANCO, AC** DATA EMISSÃO: **01/11/2017**

Pedro Luiz Lomagodó - Administrador de Cidade

ACRE

55205952890
AC407820930



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

3º OUT 2018

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

196.697.719-34

Nome completo da vítima

Assem de Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Assem de Filho		196.697.719-34	autônomo
Endereço	Rua 06 de agosto	Número	Complemento
Bairro	Seis de Agosto	Cidade	Estado
Email	CEP 69.905-684		
		Telefone (DDD) (68)9326-1292	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2358	2	61393	8

(Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO NOME	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>				

(Informar dígito se existir)

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

Rio Branco - Acre 24 de outubro de 2018

Local e Data

Assem de Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 032109/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2018 08:41 Data/Hora Fim: 24/10/2018 09:15

Origem: Polícia Judiciária Data: 24/10/2018

Delegado de Policia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Policia da 5ª Regional

Data Hora do Fato: 06/09/2018 16:10

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Placas

Logradouro: Estrada Jarbas Passarinho

Complemento: Em frente a escola Gloria Perez

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
1085-Auto lesão - Acidente de trânsito	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ASSEM IDE FILHO (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 08/12/1968

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição Ide

Nome do Pai: Francisco Assem Ide

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 106549

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 196.697.712-34

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nº 022

Logradouro: rua Sanhassu

Complemento: conj. Ouricuri

Bairro: Apolonio Sales

Telefone: (68) 99626-1292 (Celular)



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Outros	Subgrupo: Outros - tipos de objetos
Descrição: LESÃO	Situação: Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Assem Ide Filho	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta delegacia para comunicar que na data do fato transitava em sua motocicleta honda CB 250F Twister placa QLV 5980, branca, Chassi 9C2MC4400GR023371, renavam 01108064083 quando de repente uma mulher saiu rapidamente de um comércio, em uma bicicleta, com várias sacolas, que ao tentar desviar a mesma a vítima veio a cair. Que o mesmo sofreu várias escoriações pelo corpo. Que o ele foi levado a UPA da Sobral pelo Samu. Que foi atendido e liberado. Que dias depois a vítima a vítima começou a sentir fortes dores no braço direito. Ao procurar o Pronto-Socorro.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 032109/2018

após realização de tomografia, constatou-se que houve algumas fraturas na região do mesmo braço

ASSINATURAS

Francisco Alberto da Costa Mendes
Responsável pelo Atenção

Assem Ide Fihri
(Comunicante - Informante)

Declaro sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil que o(a) Delegado(a) Francisco Alberto da Costa Mendes, nome assinado(a) e constante no Boletim de Ocorrência, é o(a) titular da Delegacia de Polícia Civil que expediu o documento mencionado. Conforme previsto na Antiga Lei de Contabilidade Civilizada e na Constituição Federal do Brasil, o Delegado(a) é o(a) autorizado(a) a assinar o documento.

No imp
Dandeli São
NPC - Port 590/18





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032109/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2018 07:02 Data/Hora Fim: 13/11/2018 07:02

Origem: Polícia Judiciária Data: 24/10/2018

Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 08/09/2018 16:10

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Logradouro: Estrada Jarbas Passarinho

Complemento: Em frente a escola Glória Perez

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Placas

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito

Outro(s)

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ASSEM IDE FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 08/12/1966

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição Ide

Nome do Pai: Francisco Assem Ide

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 166549

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 196 697 712-34

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: rua Sanhassu

Nº: 022

Complemento: conj. Ouricuri

Bairro: Apolônio Sales

Telefone: (68) 99926-1292 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Outros

Subgrupo: Outros - tipos de objetos

Descrição: LESÃO

Situação: Envolvido

Nome Envolvido:

Envolvidos:

Assem Ide Filho

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta delegacia para comunicar que na data do fato transitava em sua motocicleta honda CB 250F Twister placa QLW 5981, branca, Chassi 9C2MC4400GR023371, renavam 01106064083, quando de repente uma mulher saiu rapidamente de um comércio, em uma bicicleta, com várias sacolas, que ao tentar desviar a mesma a vítima veio a cair. Que o mesmo sofreu várias escoriações pelo corpo. Que o ele foi levado a UPA da Sobral pelo Samu. Que foi atendido e liberado. Que dias depois a vítima a vítima começou a sentir fortes dores no braço direito. Ao procurar o Pronto Socorro.

Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

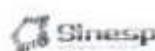
Página: 1 de 2

Impresso por: Francisco Albeno da Costa Mendes

Data de Impressão: 13/11/2018 07:03

Protocolo nº: Não disponível

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032109/2018-A01

após realização de tomografia, constatou-se que houve algumas fraturas na região do mesmo braço.

ASSINATURAS

Francisco Alberto da Costa Mendes
Responsável pelo Atendimento

Assem Ida Filho
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins da polícia que sou o(a) Assessor(a) Responsável pelas Informações Sobre Assentamentos e Casas que possuem habitação fixa e comunitária da comunidade de São José dos Pinhais, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Criminosos e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Vanderlei Scherer Thomas
Delegado de Polícia Civil





VTR 08

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº <input type="text"/>	DATA	08/09/18	HORA	16 h 30 min		
MOTIVO	MEDICINA/REGULADORES DI (a) DI CASTRO			CLÍNICO			
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAF		
	<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 20. FAB		
	<input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECIOSO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO: _____	<input checked="" type="checkbox"/> 17. QUEDA <i>Wg 10</i>	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA		
	<input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST	<input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXOG.		<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 24. OUTRO:		
PACIENTE	NOME COMPLETO <i>Assem IDE Filho</i>			25. MASC.	IDADE <input checked="" type="checkbox"/> 48 anos		
	ENDERECO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (AUA, N°, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA) <i>Placas estagnas MS Placas (uf pública)</i>			26. FEM.			
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AEREAIS	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	NEUROLOGICO	EXPOSIÇÃO		
	<input type="checkbox"/> 29. OBSTRUÍDAS	<input type="checkbox"/> 31. NORMAL	<input type="checkbox"/> 35. NORMAL	<input type="checkbox"/> 39. NORMAL	<input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO		
	<input type="checkbox"/> 29. PATC. OBSTR.	<input type="checkbox"/> 32. ALTERADA	<input type="checkbox"/> 36. CHOQUE	<input type="checkbox"/> 40. CONVULSAO	<input type="checkbox"/> 47. FRATURAS		
	<input type="checkbox"/> 30. LIVRE	<input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA	<input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> 43. COMA	<input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA		
		<input type="checkbox"/> 34. APNEIA	<input type="checkbox"/> 38. PCR	<input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES		
SINAIS VITais	HORA	P.A.	F.R.	FC	SP02	DEXTRO	GLASGOW
	INÍCIO	<i>16:15</i>	<i>130 x 70</i>	<i>101</i>	<i>98%</i>		
	FIM						
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	41. ADM. OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/> 53. RCP	<input type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO	<input type="checkbox"/> 65. CURATIVO		
	50. GUEDEL	<input type="checkbox"/> 54. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 58. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> 62. INTRACATH	<input type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA		
	51. ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> 55. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA	<input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> 67. <i>co</i> EVIDÊNCIA S/A		
	52. INTUBAÇÃO (OT. NT)	<input type="checkbox"/> 56. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> 60. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBRANOS	<input type="checkbox"/> 72.		
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG:						<i>30 OUT 2018</i>
	REPOSIÇÃO VOLEMICA/MEDICAMENTOS:						PROTÓCOLO <i>ADM. OXIGÉNIO</i>
TRANSP.	TIPO	ORIGEM	DESTINO			CONTATO NO DESTINO	
	<input type="checkbox"/> 69. SIMPLES <input type="checkbox"/> 70. MEDICALIZADO	<i>Via Pública</i>	<i>UPA F. Silveira</i>				
INCIDENTE	71. CANCELADO	<input type="checkbox"/> 73. ÓBITO	<input type="checkbox"/> 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> 77. OUTRO			
	<input type="checkbox"/> 72. FALSO	<input type="checkbox"/> 74. RECUSOU ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL				
OBSERVAÇÕES	<i>Última de queda de motocicleta, encontrada no solo, lucido, orientado, comunicativo, apresentando múltiplas escoriações na região superior e inferiores, em região de cotovelo e pulso, S/ sinais de fratura ou deformidade, conduzido a UPA F. Silveira, conforme regulagem médica</i>						
<i>D. RETALHADORES Médico CRM-AC. 2209</i>							
PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE <i>cond. Tony Tá Chayssou</i>							
MEDICO (A) INTERVENCIÓNISTA DI (a)				PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM			

SAMU 192	FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 10/09/2018 Hora Emissão: 10:24 Operador:
Nº da Ocorrência 1809080083	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Inicio: 08/09/2018 15:52 Dte/Hr Fim: 08/09/2018 15:45	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: GUARDA E STER/LAS Máx. Destr.: QUEDA DE MOTO

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Sócio/nte: JOSE
End: EST CRUJAMENTO JARBAS PASSOS/PIPO X AVENIDA PIABO
Bairro: PLACAS
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PRÓXIMO A ESCOLA GUDIYA PEREZ

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO
Telefone do Socorrista: (65) 999962910
Quais: Queda de Moto

**VITIMAS**

Vítima 1	Nome: ASEM IDE FILHO Classe/Série: 07/15 Endereço:	Data/Hora: 08/09/2018 15:52 Sexo: MASCULINO Documento:
--------------------	--	--

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Avaliação: PCT LOTE G-15 COM ENCORTE/DEZ MM E MM 15 EM CONDIÇÕES PA, 15/09/2018 10:15 FG-101 BPM	Data/Hora: 08/09/2018 15:54
Vítima 1	Profissional: ADRIANA CAN-IM BERNANDO ALBUQUERQUE Avaliação: SOLICITANTE REFERE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, O MESMO EM BOMA. ACORDADO COM DOR NO BRAÇO	Data/Hora: 08/09/2018 15:54

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 08/09/2018 15:15:18	Situação: F
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Decisão: UPA DA SERRA FRANCISCO SILVA	Data/Hora: 08/09/2018 15:15:18	Situação: F
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Decisão: UPA DA SERRA FRANCISCO SILVA	Data/Hora: 08/09/2018 15:15:18	Situação: F
			10/09/2018 10:40

INTEROcorrência
Observação:

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 16:15	Situação: F
	Decs/obs: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 16:16	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 16:16	Situação: F
	Identificação Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Vitória: USP DO RJ/00	Data/Hora Envio: Grupe: 08/09/2018 15:58
	Dr.Hr: Saída Base: 08/09/2018 16:08	Dr.Hr: Chegada: Local: 08/09/2018 16:16
	Dr.Hr: Saída Legal: 08/09/2018 16:16	Dr.Hr: Chegada: Destino: 08/09/2018 16:20
	Dr.Hr: Saída Destino: 08/09/2018 16:37	Dr.Hr: Chegada: Base: 08/09/2018 17:20

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo Profissional:	Data / Hora	Origem	Destino
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:52		TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:53	TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	EM FILA
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:54	TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	EM FILA
ADRIANA CATARIM BERNANDEZ ALBUQUERQUE	08/09/2018 15:54	ADRIANA CATARIM BERNANDEZ ALBUQUERQUE	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	08/09/2018 16:16	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA

