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: 28/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000015093-8

Nr. da Autenticação 694DABCCDB2F6D9E

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150871643
Cidade: Rio Branco
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO
Data do acidente: 24/03/2015
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DE TÍBIA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DOR, HIPOTROFIA MUSCULAR E DEFORMIDADE EM ROTAÇÃO EXTERNA DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO COM FIXADOR EXTERNA E POSTERIORMENTE IMOBILIZAÇÃO GESSADA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/10/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

CRM do médico: 373/AC

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	$4,725.00
		Total	**35 %**	**$4,725.00**

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:

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: ***3150871643 - 1***

Nome do(a) Examinado(a): ***JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA SAO JOSE II nº 75 - BOA VISTA - RIO BRANCO/AC***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 458803 - SSP***

Data local do exame: ***21/10/2015 RIO BRANCO/AC***

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA ESQUERDA

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

[X] 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?

[X] SIM [ ] NÃO

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

REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO COM FIXADOR EXTERNA E POSTERIORMENTE IMOBILIZAÇÃO GESSADA

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

[X] 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, HIPOTROFIA MUSCULAR E DEFORMIDADE EM ROTAÇÃO EXTERNA DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO

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 acometico.

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

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

[ ] Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

[ ] Sem sequela permanente

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

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

Região Corporal(Sequela)

MIE

[ ] 10% [ ] 25% [X] 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 enquaramento 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, 21/10/2015

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

JOSÉ ROBERTO P. OLIVEIRA
CRM 373 AC

Assinatura do perito Examinador - CRM

Nº Ocorrência: 1503248117 24/03/2015 11:05:44 Apelido: QUEDA DE MOTO 1 Vítima

Comprovação de ato declaratório

0005

DADOS INICIAIS

MOISES , DO TELEFONE (68) - 99519194, SENDO ** NÃO INFORMADO ** A VITIMA. FEZ UMA LIGAÇÃO DO TIPO ATENDIMENTOS E A LIGAÇÃO ORIGINOU-SE DE VIA PÚBLICA.

A QUEIXA ERA : QUEDA DE MOTO

ATRIBUIU-SE À ESTA OCORRÊNCIA O APELIDO: QUEDA DE MOTO ; O TIPO DA OCORRÊNCIA FOI CLASSIFICADO COMO CAUSA EXTERNA E O MOTIVO DA OCORRÊNCIA FOI QUEDA DE MOTO. INICIOU-SE EM 24 03 2015 11:05:44 E FOI FINALIZADA EM 24 03.2015 11:48:54.

RISCO PRESUMIDO: VERDE(BAIXO RISCO) RISCO COMPROVADO: VERDE(BAIXO RISCO)

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA

ESRADA DA SOBRAL ESRADA DA SOBRAL ,

SOBRAL - RIO BRANCO - AC

CEP :

PONTO DE REFERÊNCIA : EM FRENTE A DISTRIBUIDORA DM

Não foi solicitado apoio.

ENDEREÇO DO SOLICITANTE - IGUAL

RUA ESRADA DA SOBRAL ,

SOBRAL - 120040AC

PONTO DE REFERÊNCIA :EM FRENTE A DISTRIBUIDORA DM

VÍTIMAS

Paciente 1JOSE DOMINGOS SILVA Classificação:

IDADE : 36 ANO(s) SEXO : Masculino

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

OPERADOR	AVALIAÇÃO	DATA/HORA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	PACIENTE LOTE,DEFORMIDADE NA PERNA-ESCORIAÇOES	24/03/2015 11:40:53
DULCE SOUZA	SOLICITANTE INFORMA QUE HOUVE COLISAO COM 1 VITIMA AO SOLO, ESCORIAÇÕES E POSSIVEL FRATURA NO PÉ.	24/03/2015 11:08:16

DECISÃO TÉCNICA

DECISÃO TÉCNICA	DESTINO	INTERCORRÊNCIA	OBS.	SIT.
ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA (MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA) (24/03/2015 11:48:41)	HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO (MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA) (24/03/2015 11:48:41)			F
ENVIO DE VEÍCULO (MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA) (24/03/2015 11:48:01)	LOCAL DA OCORRÊNCIA (MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA) (24/03/2015 11:48:01)			F

CONDUTA

Vítima sem Decisão Gestora.

HIPÓTESE DIAGNOSTICO

Vítima sem Hipotese de Diagnostico Preenchida.

VEICULO(S)

VEICULO	EQUIPE	ENVIO EQUIPE	SAIDA BASE	CHEGADA LOCAL	SAIDA LOCAL	CHEGADA DESTINO	RETORNO DESTINO	CHEGADA BASE
USB 08 RB BASE	AGLEISON SOARES (AUXENF) BELINE (MOTORISTA)	24/03/2015 11:09:42	24/03/2015 11:09:57	24/03/2015 11:22:20	24/03/2015 11:31:51	24/03/2015 11:47:28	24/03/2015 11:47:35	

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
24 03 2015 11:07:05	DULCE SOUZA (M)	DULCE SOUZA	DULCE SOUZA
24 03 2015 [illegible]	PRICILA OLIVEIRA LOPES (R)	PRICILA OLIVEIRA LOPES	PRICILA OLIVEIRA LOPES
24 03 2015 [illegible]	DULCE SOUZA (M)	DULCE SOUZA	EM FILA
[illegible]	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA (M)	EM FILA	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA
[illegible]	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA (M)	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
24 03 2015 [illegible]	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA (M)	EM FILA	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA

Documentação médica hospitalar
0008

MS DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NR. DO BE: 220489' DATA: 24.03.2015 HORA: 11:53 USUARIO: AMALIA
TMP: 1134171235727112 SETOR: 34-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO DOC..:
IDADE.....: 36 ANOS NASC: 19.03.1979 SEXO..: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA PRIMAVERA NUMERO: 29
COMPLEMENTO...: BAIRRO. BAHIA NOVA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 99999-999
NOME PAI/MAE..: JOAO GOMES DE AZEVEDO /GUIOMAR VEIRA DA SILVA
RESPONSAVEL...: ESPOSA - FRANCINETE SOUZA TEL...: 9945-4535
PROCEDENCIA...: JOAO PAULO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[120 X 80 mmHg] PULSO[74] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[74]

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__
paciente sofreu queda de moto, o moto caiu sobre sua perna Esquerda. Deformidade (sim), muito inchado.

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
veja bloqueio e medicação
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]
avaliar c/ Do ortopedista.

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
Tabela 40 mg IV.	12:00
tramal 100 mg IV.	
35 ml 9% 100 →	

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

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 69223
Numero do CNS.....: 703402123572703
Nome.....: JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO
Documento.....: CON VERBAL Tipo :
Data de Nascimento: 19/03/1979 Idade: 36 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOAO GOMES DE AZEVEDO
Nome da Mae.....: GUIOMAR VEIRA DA SILVA
Endereco.....: RUA JOAO JOSE II 00075
Bairro.....: BOA VISTA Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000099844259
Municipio.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada..: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2204891
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0009
Data da Internacao: 24/03/2015
Hora da Internacao: 12:00
Medico Solicitante: 542.544.772-87 - ROGER MILAN CHAVEZ PEREZ
Proced. Solicitado: 04.08.05.060-8
Diagnostico.....: S82.7
Identif. Operador.: MARINA CLAUDIA

INFORMACOES DE SAIDA

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

COD. 12990802 2
N. AIH. 1215100113339-9

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE — 2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE — 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE — 6 - NOME PROVISÓRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) — 8 - DATA DE NASCIMENTO 190379 — 9 - SEXO Masc. X Fem. 3 — 10 - RAÇA/COR — 11 - ETNIA

12 - NOME DA MÃE Simonar [illegible] da Silva — 13 - TELEFONE DA CENTRAL DE LEITOS DDD NÚMERO

14 - NOME DO RESPONSÁVEL — 14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 99[illegible]255

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua. José José II nº 75 Bos[illegible]

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Rio Branco — 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO — 18 - UF — 19 - CEP 69900000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL — 24 - CID 10 PRINCIPAL — 25 - CID 10 SECUNDÁRIO — 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO — 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA — 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO — 31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF — 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE — 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/03/15 — 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO — 39 - CNPJ DA SEGURADORA — 40 - Nº DO BILHETE — 41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO — 42 - CNPJ EMPRESA — 43 - CNAE DA EMPRESA — 44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR — 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF — 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 17037623855000

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / — 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Méd. Rui Pinto
CPF: 737.571.877-68
Revisor de Prontuário

Código 129908022

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante: HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO — CNES: [illegible]

Município Regulador: CENTRAL ESTADUAL - AC

Unidade Desejada: HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO — CNES: 2171578

Data Desejada

Dados do Paciente

Unidade Referencia: Não Informado — CNES:

Nome do Paciente: JOSE DOMINGOS [illegible] VA DE AZEVEDO — CNS: 7[illegible]

Data de Nascimento: 19.03.1979

Sexo: Masculino

Telefone: (68) [illegible]

Nome do Mãe: [illegible] DA SILVA

Naturalidade: CRUZEIRO DO SUL - AC

Logradouro: Jereço, Nº , Complemento, Bairro

UF: AC

Município: RIO BRANCO

CEP: 69903710

Nome do Responsável: Não Informado

Telefone do Responsável: Não Informado

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante: 4[illegible]3268

Nome do Médico Solicitante: FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

Diagnóstico Inicial - CID: [illegible] LAS MULTIPLAS DA PERNA - S827

Classificação de Risco: [illegible] - urgência, atendimento o mais rapido possivel.

Caráter: [illegible] - Urgência

Clínica: ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Clínica Complementar: Nenhuma

Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA

Código: 0408050608

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM FRATURA DE FIBULA/TIBIA ESQUERDA,APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FISICO
EXAME CLINICO

Condições que Justificam a Internação:

AS ACIMA CITADAS
PACIENTE COM ENTRADA 24/03/2015

Natureza da lesão

Parecer

Situação: Pendente

Operador Solicitante: SOL.HUERB-INGRID

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

CRM

Data: 25.03.2015 - 10:03:29

Nova Solicitação Imprimir

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

163

NOME: José Domingos Silva IDADE 36 REGISTRO ENFERMARIA 6-6A LEITO 6A01-B

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
29/03/17	Dor + Limitação Funcional + Deformidade do Membro I. Esquerdo RX. Fx Fíbula / Tíbia Esquerda	(1) Dieta livre (2) SF0,9% 500 ml 8/8h EV (3) Dipirona 1g 6/6h EV (4) Omeprazol 40mg/dia EV (5) Clexane 40mg SC/dia (6) Cuidados gerais	livre 8/8h 6/6h dia dia diário	36a, admitido na CCP procedente da sala de urgência, consciente por orientado em uso de acompanhado por familiares, com histórico de acidente de trânsito por queda de moto, em grave, normocorado, normoidratado. Apresenta: LOTE, pele íntegra A.V P MSD mapeado anti braço, apresenta ulceração no M.S.E e lesão de grau no M.I.E pós procedimento ortopédico. Refere dor no MIE, recebeu analgesia em MSD mapeado dígito. SVD. Diurese ausente desde a admissão em CCP. PA: 140x80 mmHg TAX: 36,8°C. Rivaldo Araújo Enfermeiro COREN-AC

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

digitado e impresso em: 24/03/2015 às 11:02:51

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	CARLOS ALBERTO CASSINO DE SOUZA	51	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	163

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
#FEMUR CABEÇA DE DIREITA PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, ORIENTADO E LUCIDO, COM TALA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO FIXADA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO	1.DIETA LIVRE ---------- SND 2.SF 0,9% 500ML IV 24H ---------- 50/h 3. DIPIRONA 1G IV 6/6H ---------- 10-16- 4. OMEPRAZOL 40MG IV DIA ---------- 1x 5. CLEXANE 40MG SC 1X DIA ---------- 10 OU HEPARINA 5000 UI SC 12/12H ---------- MEDICACOES S.O.S ---------- 10.PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N ---------- 11.CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg ---------- CUIDADOS GERAIS 12.CURATIVO 1X/DIA ---------- X Alta por Indicação Dr. Fernusleí		8h- Realizado banho de aspiração Traqueo Ausculta de cama func. f. presentes, quadro clínico estável, T.E. Mantido com ~~45/16~~ Hb, seguindo com hospitalidade. Fab Gomes COREN

Dr. Leonardo Silva Ramos
Fisioterapeuta NASF
Esp Ortopedia e Traumatologia
CREFITO 19/112 - F

- Elevação do membro;
- exerc. isométrico;
- Orientar acompanhamento.

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

Exame Físico: DEFORMIDADE DO ACETABULO

Diagnóstico Provisório: FX cabeça Radio (E)

Diagnóstico Definitivo: O MESMO

Motivo da Cobrança: 12 /

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

51-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
52-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
53-ÓBITO S/ NECROPSIA APÓS 248 HS DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/ NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO

[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible] Bosque
CEP [illegible] – Rio Branco – AC
Tel.: [illegible]; Fax: [illegible]

Eu, José Domingos [illegible]

De Nacionalidade: Bra[illegible] Estado Civil: [illegible]

Portador de RG nº [illegible] e CPF: [illegible]

Residente e domiciliado: [illegible]

Na cidade de [illegible]

Venho REQUERER:

(X) Prontuário de atendimento no Hospital,
( ) Relatório da cirurgia realizada,
( ) Exames que eventualmente [illegible] em seu poder,
( ) 2ª Via da Carteira de Vacina
( ) Declaração para Planejamento Familiar,
( ) Outros:

Obs. [illegible]

Prontuário: 12339 Médico: [illegible]

Entrada: 30/03/15 Saída: [illegible]

Convênio: SUS Telefone: ( ) [illegible]

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) [illegible]

Nome do Paciente: [illegible]

Parentesco com Paciente: [illegible]

[illegible]
Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco – Ac, [illegible] Hora: [illegible]

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

José Domingo

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

703402123

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor + Deformidade no punho

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

23 - DIAGNÓSTICO

Fr Fibula / Tibia

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

32 - DOCUMENTO

CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - SÉRIE

44 - CBCR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA

CATETER NASAL
CATETER P/ PERIDURAL
COLETOR SISTEMA FECHADO
COLETOR UNIVERSAL
ELETRODOS Nº
FIO ORTO VAC nº
FIO NYLON nº
FIO PROLENE nº
FIO VICRIL nº
FORMOL A 10%
GUTARON
LAMINA BISTURI nº
LENTE INTRA-OCULAR nº
LINHO Nº
LUVA ESTERIL nº 8 · 0
LUVA PROCEDIMENTO
MALHA TUBULAR
MICROPORE
POVIDINE DEGERMANTE
POVIDINE TINTURA
POVIDINE TOPICO
SERINGA 10 ML
SERINGA 20 ML
SERINGA 3 ML
SERINGA 5 ML
SERINGA INSULINA
SONDA ASPIRAÇÃO nº
SONDA FOLLEY nº
SONDA NASOGÁSTRICA nº
TELA DE MARLEX
TUBO ENDOTRAQUEAL nº

[illegible]

[illegible] HORA: [illegible]

[illegible]

1	DIETA LIVRE	[illegible]			
2	[illegible] FISIOLÓGICO 0,9 [illegible] ML [illegible]	[illegible]			
3	[illegible] 1 G/7 ML INJ. C/2 ML [illegible]	[illegible]			
4	[illegible] C/AG [illegible] ML	[illegible]			
5	[illegible] DESTILADA 10 ML	[illegible]			
6	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL	[illegible]			
7	SERINGA C/AG 3 ML	[illegible]			
8	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100 ML (SISTEMA FECHA	[illegible]			
9	AGULHA C/AG 20 ML	[illegible]			
10	[illegible] DESTILADA 10 ML	[illegible]			
11	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML (SISTEMA [illegible]	[illegible]			
12	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEL	[illegible]			
13	SERINGA C/AG 20 ML	[illegible]			
14	AGUA DESTILADA 10 ML	[illegible]			
15	HOPALOTINA 1 G INJ (KEFLIN	[illegible]	1	[illegible]	6 X [illegible]
16	SERINGA C/AG 20 ML	[illegible]	1	[illegible]	6 X [illegible]
17	AGUA DESTILADA 10 ML	[illegible]	2	[illegible]	[illegible]
18	CURATIVO	[illegible]	1		

01/04/15 [illegible]

[illegible]

EVOLUÇÃO

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: [illegible]

Laudo:

É sem suspeita de [illegible] em tratamento de fratura de tíbia. Atualmente aguardando procedimento cirúrgico. Sem previsão de alta

CID: S82

DATA [illegible]

CARIMBO

ASSINATURA

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

UNIDADE: HUERB

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente José Domingo Silva de Azevedo

necessita de (15 quinze)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: S82.2

Rio Branco 24/03/15

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovados pelo Decreto Lei nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento de trabalho.

Seguradora Líder · DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento
00014

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, JOSÉ DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO,
PORTADOR(A) DO RG Nº 042375601 60 EXPEDIDO POR SSP/AC EM 24/05/2012 E
CPF 674.088.262-20 /CNPJ _____, PROFISSÃO pedreiro
E RENDA MENSAL DE R$ 1200 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0534-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15093-8

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

Rio Branco, 08 de Maio de 2015 — José Domingos Silva de Azevedo
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s 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 médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Boletim de Ocorrência
0001

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR
Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420 , Fone: 3225-6220.

OCORRÊNCIA Nº: 2409/2015 - Registrado em 14 de Maio de 2015 às 11:53h

FATO COMUNICADO Data/Hora do Fato: 24/03/2015 às 11:00hs, Terça-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradouro:	ESTRADA DA SOBRAL	Nº:	CEP: 69900-000
Bairro:	SOBRAL	Tp de Local:	VIA URBANA
Referência:	Proximo ao Colégio João Paulo		

ENVOLVIMENTO: **COMUNICANTE/VÍTIMA**

JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO (36), do sexo masculino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Pedreiro, em geral, RG Nº: 458803/SSPAC, CPF: 674.088.262-20, nascido em 19/03/1979, natural de Marechal Thaumaturgo - AC, PAI: JOAO GOMES DE AZEVEDO e MÃE: GUIOMAR VIEIRA DA SILVA, Endereço: R. LAGOINHA, 29 - TRAVESSA PRIMAVERA - Bairro: BAHIA NOVA - CEP: 69909-000 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9954-5408.

VEÍCULO(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
Placa: MZY-4696 Cor: LARANJA Modelo/Marca: CG 150 TITAN EX/HONDA	Apurar	

ENVOLVIMENTO: **AUTOR (A APURAR)**

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante veio nos informar que na data supramencionada, sentido bairro/centro e na altura do local próximo a Escola João Paulo, foi efetuar uma manobra de desviar de um servidor da SENSUR. Quando veio perder o controle após frenagem e deslizou, momento que caiu da motocicleta, chegando a lesionar a sua perna. O mesmo nos comunicou para que sejam tomadas as providências cabíveis.

THIAGO FERNANDES DUARTE
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EVERALDO DOS SANTOS ARAÚJO
ATENDENTE

Jose Domingos Silva de Azevedo
JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO
COMUNICANTE