

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

CLAUDINEI COSER brasileiro, Divorciado, Representante Comercial, inscrito no CPF sob o nº317.365.309-25e no RG sob o nº212601SSP/AC, residente e domiciliado na Rua: Humberto Vasconcelos Oliveira, Nº212, Bairro: Loteamento Santo Afonso, CEP:69908-872, Rio Branco- Acre,pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui suas procuradoras as advogadas **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906 e **Danielle Lima da Silva**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 5317, com endereço profissional na Rua Hugo Carneiro, n.º 543, sala 06, Cep:69900-565,na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 23 De Abril 2019.

CLAUDINEI COSER

Rua Hugo Carneiro nº543, CEP 69900-565, Bairro: Bosque, Rio Branco-Ac - E-mails:
stelamarisadv@hotmail.com;

DECLARAÇÃO

CLAUDINEI COSER brasileiro, Divorciado, Representante Comercial, inscrito no CPF sob o nº317.365.309-25e no RG sob o nº212601SSP/AC, residente e domiciliado na Rua: Humberto Vasconcelos Oliveira, Nº212, Bairro: Loteamento Santo Afonso, CEP:69908-872, Rio Branco- Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

Por ser expressão da verdade firma o presente na forma e termos da lei.

Rio Branco – Acre, 23 de Abril 2019.

CLAUDINEI COSER

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CLAUDINEI COGER

DOC. IDENTIDADE / CIVIL. BRAS. / UF
212601 SSP AC

CPF
317.365.369-25

DATA DO NASCIMENTO
28/04/1949

FUNÇÃO
OSVALDO COGER

TERCEIROS DE JESUS

ASSINELA COGER

FORMADO **ACC** **CREMIA**
ASSINELA **ASSINELA** **ACC**

Nº PASSAPORTE **01404518280** **VALIDADE** **12/04/2021** **EXPIRAÇÃO** **14/05/1981**

COMPROVAÇÃO
A

ASSINATURA DO TITULAR
JOÃO DE ALMEIDA CARVALHO
DETERAN - RO

DATA DO TITULAR
15/04/2016

ASSINATURA DO DETRAN
JOÃO DE ALMEIDA CARVALHO
DETERAN - RO

DETRAN - RO (RONDONIA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1222442504

PROVIDO PLASTIFICAR
1222442504

COMPREV
COMPREV PROVIDÊNCIA S/A
20 MAR 2019
PROTOCOLO
AS. RIO BRANCO

CLAUDINEI COSER
R HUMBERTO VASCONCELOS OLIVEIRA 212
LOTEAMENTO SANTO AFONSO
69908 - 872 RIO BRANCO AC

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

2ª Via de Fatura
Número do seu Claro 68 99237 1503
Período de Uso de 21/11/2018 a 20/12/2018
Vencimento 10/01/2019
Total a Pagar R\$ 47,99

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais	R\$	59,99
Oferta Conjunta Claro MIX		-
Aplicativos Digitais		-
Controle Mais 3,5GB + Minutos Ilimitados (146)		-
Desconto promocional	R\$	0,00
Descontos	R\$	-12,00
Total do Mês	R\$	47,99

Total a Pagar

R\$ 47,99

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco



Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente CLAUDINEI COSER	Código Débito Automático 117865552 Claro CO DDD 61 a 69	Período de Uso 21/11/18 a 20/12/18	Total R\$ 47,99	Vencimento 10/01/19
----------------------------	---	---------------------------------------	--------------------	------------------------

84890000000-2 | 47990160201-9 | 90110117865-0 | 55200316122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000109/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/01/2019 10:08 Data/Hora Fim: 02/01/2019 10:20
 Origem: Polícia Judiciária
 Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional
 Data/Hora do Fato: 16/12/2018 20:00

Local do Fato

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

Bairro: Santa Helena

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(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: CLAUDINEI COSER (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PR - Jandaia do Sul Sexo: Masculino Nasc: 28/04/1960
 Profissão: Representante Comercial
 Estado Civil: Divorciado(a)
 Nome da Mãe: Trezinha de Jesus Amorim Coser Nome do Pai: Osvaldo Coser

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 317.365.309-25

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: Rod. AC-40
 Bairro: Santa Helena
 Telefone: (68) 99234-1503 (Celular)

Nº: 2267



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 317.365.309-25	Placa NDY6018
Renavam 00164329811	Número do Motor NC43E1A018120
Número do Chassi 9C2NC4310AR018120	Ano/Modelo Fabricação 2010/2009
Cor AMARELA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CB 300R



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
 Impresso por: Cinthia Silveira Santana Dantas
 Data de Impressão: 02/01/2019 10:21
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

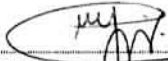
Nº: 000109/2019

Modelo HONDA/CB 300R	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/12/2018	Restrições REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Claudinei Coser	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima(CLAUDINEI COSER) que trafegava na sua motocicleta, placa NDY6018, e que ao reduzir para entrar em sua propriedade, uma camionete bateu no seu guidon e o fez perder o equilíbrio da referida motocicleta e caiu, fraturando seu antebraço esquerdo, conforme Declaração de Acidente de Trânsito nº 01/2019.

ASSINATURAS


Cinthia Silveira Santana Dantas
Responsável pelo Atendimento


Claudinei Coser
Vítima / Comunicante

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





Declaração de Acidente de Trânsito Nº 01/2019

**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: 16/12/2018 HORA: 20:00
LOGRADOURO: ROD. AC-40
BAIRRO: SANTA HELENA CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO REFRIGERANTE DYDIO

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NDY6018 MARCA: HONDA MODELO: CB 300R ESPÉCIE: MOTOCICLO
RENAVAM: 00164329811 CHASSI: 9C2NC4310AR018120 COR: AMARELO UF: AC
PROPRIETÁRIO: CLAUDINEI COSER CPE: 317.365.309-25
ENDEREÇO: ROD. AC-40 KM 04 N 2267 CIDADE: RIO BRANCO

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE
NOME: CLAUDINEI COSER ESTADO CIVIL: DIVORCIADO
SEXO: MASCULINO NASCIMENTO: 28/04/1960 PROFISSÃO: REPRESENTANTE COMERCIAL
CPF: 317.365.309-25 RG: 212601 ORG.: SSP/AC COMPREV EF. AGÊNCIA S/A
NATURALIDADE: JANDAIA DO SUL NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO
REGISTRO DA CNH: 01404518290 CATEGORIA: AC VALIDADE: 12/04/2021 UF: AC
ENDEREÇO: ROD. AC-40 KM-04 N 2267 CIDADE: RIO BRANCO

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito - BPTRAN, o Sr. CLAUDINEI COSER, ele relata que no dia, local e horário supramencionados o mesmo trafegava em sua motocicleta quando ao chegar em frente a sua residência ao reduzir a marcha para entrar em sua propriedade uma caminhonete bateu no seu guidom e o fez perder o equilíbrio da referida motocicleta e caiu e fraturou o antebraço esquerdo. Que nesse momento foi socorrido por terceiros que o conduziu ao PS, de acordo com BE n 2602234.

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: B ANDRADE RG: 3491
POSTO/GRAD: SGT/PM MATRÍCULA: 9121480-1 OPM: BPTRAN
DATA: 02/01/2019 HORA: 09:10
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.**

MIS/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO	
No. DO BE: 2606128		DATA: 06/01/2019	HORA: 10:21
UNS: 702509766428340		USUARIO: NEIDE RAMOS	
		SETOR: 06-SALA DE GESSO	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	CLAUDINEI COSER		DOC...: SUS
IDADE	58 ANOS	NASC: 28/04/1960	SEXO...: MASCULINO
ENDERECO	RUA HUMBERTO VASCONCELOS DE OLIVEIRA		NUMERO: 217
COMPLEMENTO	BAIRRO: SANTO AFONSO		
MUNICIPIO	RIO BRANCO	UF: AC	CEP....: -
NOME PAI/MAE	OSVALDO COSER	/TEREZINHA DE JESUS AMORIM COSER	
RESPONSAVEL	FILHO - CLAUDINEI COSER JUNIOR		TEL....: 992371503
PROCEDENCIA	SANTO AFONSO		
ATENDIMENTO	CONSULTA/PRESCRICAO		
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE	NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA	NAO
TRAUMA	NAO		
PA [X mmHg]	PULSO []	TEMP. []	PESO [] FC [] SPO2 []
EXAM.COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA []			
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___	
Fam. com aneurisma @		10/12/18	
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]			
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]			
DIAGNOSTICO: Fam. com aneurisma @		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
Fam. com aneurisma			
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 / HUERP
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

Novo Acre

Destina-se para uso, para emissão de laudo.

JA

UN

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2. CHES	
1.1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				3. CHES	
2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				4. N.º DO PROFISSIONÁRIO	
3.1. NOME DO PACIENTE				94897	
3.2. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				5. DATA DE NASCIMENTO	
70125091664128340				28/04/1960	
6. NOME DA MÃE				7. SEXO	
Terezinha de Jesus Amorim cose				1. F, 2. M, 3. O	
8. NOME DO RESPONSÁVEL				9. TELEFONE DE CONTATO	
				N.º DO TELEFONE	
10. ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				11. TELEFONE DE CONTATO	
Rua Humberto Vasconcelos de Oliveira 217 Santo Afonso				N.º DO TELEFONE	
12. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				13. C.Ó. DO MUNICÍPIO	
Rio Branco				AC 699000	
14. JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Na data 14/12/18 sofreu acidente de trânsito imobilizado e permaneceu em repouso por um dia e meio.					
15. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Rx: Fmt. oss. antebraço					
16. DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fratura oss. antebraço (E)					
17. PROCEDIMENTO SOLICITADO					
TMT - C/INCLUIÇÃO					
18. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
19. CLÍNICA					
20. CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
21. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. SIMONE					
22. DATA DA SOLICITAÇÃO					
06/01/19					
23. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					
JOSÉ VIEIRA MENDES					
24. PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
25. CNPJ DA SEGURADORA					
26. CNPJ EMPRESA					
27. CATEGORIA DA EMPRESA					
28. CATEGORIA					
29. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
30. EMPREGADOR					
31. AUTÔNOMO					
32. DESEMPREGADO					
33. APOSENTADO					
34. NÃO SEGURO					
35. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
36. C.Ó. ORGÃO EMISSOR					
37. N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
38. DOCUMENTO					
39. N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
40. DATA DA AUTORIZAÇÃO					
41. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					

SAME / HUERR
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 94897
Numero do CNS.....: 702509766428340
Nome.....: CLAUDINEI COSER
Documento.....: SUS
Data de Nascimento: 28/04/1960
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: OSVALDO COSER
Nome da Mae.....: TEREZINHA DE JESUS AMORIM COSE
Endereco.....: RUA HUMBERTO VASCONCELOS DE OLIVEIR 217
Bairro.....: SANTO AFONSO
Telefone.....: 992371503
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

Tipo :
Idade: 58 anos

Cep.: 00000-000

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0091
Data da Internacao: 06/01/2019
Hora da Internacao: 11:00
Medico Solicitante: 509.036.162-20 - JOSE LUIZ SILVERIO CABANILLAS
Proced. Solicitado: 04.08.02.020-2
Diagnostico.....: S52.3
Identif. Operador.: DE PAULA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

CLAUDEINEI COSER

58

CLÍNICA
CMCB -

NICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
M10

HUEB
 The Hueb
 The Hueb

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI/DT: 06/01/19 FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO CD: INTERNAÇÃO PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRANSITO, OCASIONADO POR COLISÃO CARRO X MOTO. AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE E DOR EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, COM PRESERVAÇÃO DA PERFUSÃO E NEUROLÓGICO OK SOLICITO EXAMES PRE OP VISITADOR : DR ANTONIO ISSE-	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO Paulo Marcelino S. Jr. PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/MG 2217		8h-PS 16h- Medico do banho de higiene, cuidados com a dor 16h- Fico lidando com dor 437660

SAME / HUEB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: vítima de trauma h/d 16/12/18

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: fratura do osso de antebraço e

Motivo da Cobrança: _____

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

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

US DATUSUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

Nº DO BE: 1601302

DATA: 16/12/2018

HORA: 20:17

USUARIO: RANE

COD:

SETOR: 02 EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: CLAUDINEI COSER

DOC...: CNH

IDADE...: 58 ANOS

NASC: 28/04/1960

SEXO...: MAS

ENDEREÇO...: RAMAL BOM JESUS

NUMERO: 310

COMPLEMENTO...: APARTAMENTO 03

BAIRRO: VILA ACRE

MUNICIPIO...: ACRELANDIA

UF: AC

CEP...:

NOME PAI/MAE...: OSVALDO COSER

/Terezinha de Jesus Amorim

RESPONSÁVEL...: O PROPRIO

TEL...: 9993

PROCEDENCIA...: OUTROS

ACIDENTAMENTO...: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE...: NAO

TRAUMA: NAO

ACTID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA []
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

EXAMES CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Acidente com queda de bicicleta
causando trauma no subbraço
Do e deformidade*

AFECÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MED

*Paracetamol
Euc 75
Dor e Deformidade*

HORA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

AÇÃO: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTEN

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

TEMPO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA

ANAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Antonio Gilson Pereira
CRM 945

AS DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

Nº. DO BE: 1601302

DATA: 16/12/2018

HORA: 20:17

USUARIO: RANE

CBS:

SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLAUDINET COSER

DOC...: CNH

IDADE...: 58 ANOS NASC: 28/04/1960

SEXO...: MAS

ENDERECO...: RAMAL BOM JESUS

NUMERO: 310

COMPLEMENTO...: APARTAMENTO 03 BAIRRO: VILA ACRE

MUNICIPIO...: ACRELANDIA

UF: AC CEP...:

NOME PAI/MAE...: OSVALDO COSER

/TIREZINHA DE JESUS AMORIM

RESPONSAVEL...: O PROPRIO

TEL...: 9993

PROCEDENCIA...: OUTROS

ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE...: NAO

TRAUMA: NAO

ACTID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA []

[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Prévio citados de qual de
desprezível trauma no subtração
Dor e deformidade*

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CTD:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MED

*Paracetamol
Euc
Dolofreno 750 mg*

20:30

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

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

[] DESISTEN

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

SAÍTO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] ANAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Antonio Gilson Perello

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

LAURO

Atendo que o Sr. CLAUDINEI COSEN sofreu acidente de trânsito no dia 16/12/18 apresentando fratura do osso do antebraço esquerdo sendo submetido a cirurgia ortopédica com placa e parafusos no rádio e ulna. Sofreu infecção pós-operatória em osteomielite. Foi retirado as placas e substituído por fixadores internos no rádio.

Evolui com 2 cicatrizes curvadas de 15 cm no dorso antebraço e a borda ulnar do antebraço, deformidade em valgo do antebraço, aumento volume do antebraço e punho devido ao trauma e estresse do punho e punho de Aquiles deprimido no MSE (75%) e de alta incidência.

DATA: 05/04/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Silvio C.
Médico Ortopedista
CRM 483 AC

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263884

Vítima: CLAUDINEI COSER

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDINEI COSER

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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

Recebedor: CLAUDINEI COSER

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 00000135146-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

