

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jalderson da Costa Machado,

RG nº 381616, data de expedição 13/03/17, Órgão SSP/AC,

CPF nº 719.415842-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R 3</u>
Número	<u>31</u>
Apto / Complemento	<u>Lava</u>
Bairro	<u>Chico Paulo</u>
Cidade	<u>Senador Guimarães Santos</u>
Estado	<u>MT</u>
CEP	<u>69.925-000</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 09/08/2018

Assinatura do Declarante:

Jalderson da Costa Machado



Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0414807-0

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares									
Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado			
19/06/2018	23/05/2018	25/06/2018	21/07/2018	33	25/06/2018	06/2018			
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Posto	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD			
1.1.1.2	Residencial	Bifásica		Normal					
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo Faturado	NPL	Consumo Medido	Consumo Faturado		
		733	509	1,00000	5	224	224		
Consumo	BIF17207500								

		Tar. sem impostos		Valor
		0,548895		165,05
				6,76
				13,95
Composição de Tarifa		Tar. sem impostos		
		0,548895		
05/2018	373			
04/2018				
03/2018				
02/2018				
01/2018				
12/2017				
11/2017				
10/2017				
09/2017				
08/2017				
07/2017				
06/2017				
05/2017				
04/2017				
03/2017				
02/2017				
01/2017				
12/2016				
11/2016				
10/2016				
09/2016				
08/2016				
07/2016				
06/2016				
05/2016				
04/2016				
03/2016				
02/2016				
01/2016				
12/2015				
11/2015				
10/2015				
09/2015				
08/2015				
07/2015				
06/2015				
05/2015				
04/2015				
03/2015				
02/2015				
01/2015				
12/2014				
11/2014				
10/2014				
09/2014				
08/2014				
07/2014				
06/2014				
05/2014				
04/2014				
03/2014				
02/2014				
01/2014				
12/2013				
11/2013				
10/2013				
09/2013				
08/2013				
07/2013				
06/2013				
05/2013				
04/2013				
03/2013				
02/2013				
01/2013				
12/2012				
11/2012				
10/2012				
09/2012				
08/2012				
07/2012				
06/2012				
05/2012				
04/2012				
03/2012				
02/2012				
01/2012				
12/2011				
11/2011				
10/2011				
09/2011				
08/2011				
07/2011				
06/2011				
05/2011				
04/2011				
03/2011				
02/2011				
01/2011				
12/2010				
11/2010				
10/2010				
09/2010				
08/2010				
07/2010				
06/2010				
05/2010				
04/2010				
03/2010				
02/2010				
01/2010				
12/2009				
11/2009				
10/2009				
09/2009				
08/2009				
07/2009				
06/2009				
05/2009				
04/2009				
03/2009				
02/2009				
01/2009				
12/2008				
11/2008				
10/2008				
09/2008				
08/2008				
07/2008				
06/2008				
05/2008				
04/2008				
03/2008				
02/2008				
01/2008				
12/2007				
11/2007				
10/2007				
09/2007				
08/2007				
07/2007				
06/2007				
05/2007				
04/2007				
03/2007				
02/2007				
01/2007				
12/2006				
11/2006				
10/2006				
09/2006				
08/2006				
07/2006				
06/2006				
05/2006				
04/2006				
03/2006				
02/2006				
01/2006				
12/2005				
11/2005				
10/2005				
09/2005				
08/2005				
07/2005				
06/2005				
05/2005				
04/2005				
03/2005				
02/2005				
01/2005				
12/2004				
11/2004				
10/2004				
09/2004				
08/2004				
07/2004				
06/2004				
05/2004				
04/2004				
03/2004				
02/2004				
01/2004				
12/2003				
11/2003				
10/2003				
09/2003				
08/2003				
07/2003				
06/2003				
05/2003				
04/2003				
03/2003				
02/2003				
01/2003				
12/2002				
11/2002				
10/2002				
09/2002				
08/2002				
07/2002				
06/2002				
05/2002				
04/2002				
03/2002				
02/2002				
01/2002				
12/2001				
11/2001				
10/2001				
09/2001				
08/2001				
07/2001				
06/2001				
05/2001				
04/2001				
03/2001				
02/2001				
01/2001				
12/2000				
11/2000				
10/2000				
09/2000				
08/2000				
07/2000				
06/2000				
05/2000				
04/2000				
03/2000				
02/2000				
01/2000				
12/1999				
11/1999				
10/1999				
09/1999				
08/1999				
07/1999				
06/1999				
05/1999				
04/1999				
03/1999				
02/1999				
01/1999				
12/1998				
11/1998				
10/1998				
09/1998				
08/1998				
07/1998				
06/1998				
05/1998				
04/1998				
03/1998				
02/1998				
01/1998				
12/1997				
11/1997				
10/1997				
09/1997				
08/1997				
07/1997				
06/1997				
05/1997				
04/1997				
03/1997				
02/1997				
01/1997				
12/1996				
11/1996				
10/1996				
09/1996				
08/1996				
07/1996				
06/1996				
05/1996				
04/1996				
03/1996				
02/1996				
01/1996				
12/1995				
11/1995				
10/1995				
09/1995				
08/1995				
07/1995				
06/1995				
05/1995				
04/1995				
03/1995				
02/1995				
01/1995				
12/1994				
11/1994				
10/1994				
09/1994				
08/1994				
07/1994				
06/1994				
05/1994				
04/1994				
03/1994				
02/1994				
01/1994				
12/1993				
11/1993				
10/1993				
09/1993				
08/1993				
07/1993				
06/1993				
05/1993				
04/1993				
03/1993				
02/1993				
01/1993				
12/1992				
11/1992				
10/1992				
09/1992				
08/1992				
07/1992				
06/1992				
05/1992				
04/1992				
03/1992				
02/1992				
01/1992				
12/1991				
11/1991				
10/1991				
09/1991				
08/1991				
07/1991				
06/1991				
05/1991				
04/1991				
03/1991				
02/1991				
01/1991				
12/1990				
11/1990				
10/1990				
09/1990				
08/1990				
07/1990				
06/1990				
05/1990				
04/1990				
03/1990				
02/1990				
01/1990				
12/1989				
11/1989				
10/1989				
09/1989				
08/1989				
07/1989				
06/1989				
05/1989				
04/1989				
03/1989				
02/1989				
01/1989				
12/1988				
11/1988				
10/1988				
09/1988				
08/1988				
07/1988				
06/1988				
05/1988				
04/1988				
03/1988				
02/1988				
01/1988				
12/1987				
11/1987				
10/1987				
09/1987				
08/1987				
07/1987				
06/1987				
05/1987				
04/1987				
03/1987				
02/1987				
01/1987				
12/1986				
11/1986				
10/1986				
09/1986				
08/1986				
07/1986				
06/1986				
05/1986				
04/1986				
03/1986				
02/1986				
01/1986				
12/1985				
11/1985				
10/1985				
09/1985				
08/1985				
07/1985				
06/1985				
05/1985				
04/1985				
03/1985				
02/1985				
01/1985				
12/1984				
11/1984				
10/1984				
09/1984				
08/1984				
07/1984				
06/1984				
05/1984				
04/1984				
03/1984				
02/1984				
01/1984				
12/1983				
11/1983				
10/1983				
09/1983				
08/1983				
07/1983				
06/1983				
05/1983				
04/1983				
03/1983				
02/1983				
01/1983				
12/1982				
11/1982				
10/1982				
09/1982				
08/1982				
07/1982				
06/1982				
05/1982				
04/1982				
03/1982				
02/1982				
01/1982				
12/1981				
11/1981				
10/1981				
09/1981				
08/1981				
07/1981				
06/1981				
05/1981				
04/1981				
03/1981				
02/1981				
01/1981				
12/1980				
11/1980				
10/1980		</		

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Keila da Silva Araújo,

RG nº 951675, data de expedição 24/06/16, Órgão SSP/RO,

CPF nº 906421472-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Nações Unidas</u>
Número	<u>719</u>
Apto / Complemento	<u>Box 03</u>
Bairro	<u>Bosque</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 17/08/2018

Assinatura do Declarante: Keila da S. Araújo



Para contato com a
Eletronics, informe
este NÚMERO.

SEU CÓDIGO

0394141-8

001871001

CONTA MFS	VENCIMENTO	CONSUMO (L/M3)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	11/08/2018	226	187,66

KELIS REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA
AV NACOES UNIDAS 719 BOX 03 BOSQUE
CPF: 00056333196215
CEP: 60.900-463 - R

ROT: 4.001.04.03.002190

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Nome	3883	Nome	25/07/2018
A. Total	3579	Assinatura	27/06/2018
Consumo de água (litros)	1.000	Tempo de leitura	22/08/2018
Consumo de energia	226	Procedimento	24/07/2018
Consumo de gás	226	Assinatura	25/07/2018

Sistema de Falsarometria	NORMAL	Código de irregularidade	28
--------------------------	--------	--------------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Código Tributário	Segmento	Identificação	Estado	Código-Fin.	Medida Fiscal
COMERCIAL	BI	BIF16205233		3.6.1.2	246

HISTÓRICO ANL		DESCRIÇÃO DA CÔNTA	
JUN/18	191	CON: LIMO 226 A R\$ 0,766606 =	173,25
MAI/18	255	CONF. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,59
ABR/18	293	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,73
MAR/18	278	MULTA POR ATRASO 05/18-00	4,81
FEV/18	171	JURIS DE MORA DE IMPO 05/18-00	1,28
JAN/18	90	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	11,28
DEZ/17	319		
NOV/17	231		
OUT/17	267		
SET/17	312		
TARIFA GDM TRIBUTOS:			
0 A 229 = 8.5659903			

MESSAGGI IMPORTANTI / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS		***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Mes/Ano	Valor R\$	Informamos existirem debitos vencidos no valor de R\$
06/2018	154,30	*****54,30 (sem acrescimos legais ate esta data. Caso o(s) debito(s) ja tenha(m) sido recebido(s), cancelar uma (ou) de atendimento de Eletronovas Distribuicoes do Pore com o(s) com argument(s) de pagamento.

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

INTERV42Q 40 FREQ

6089, FD4B, 2FFA, 22EC, C1BD, CED0, 59C2, 9F1E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Salário	56,9;	Imposto de Renda	173,25
Diária	45,4;	Imposto ICM	25,00%
Transporte	1,5;	Imposto ICMS	43,31
Aluguel	22,6;	Imposto IPTU	0,60
Outros	46,6;	Imposto IPI	2,78

INDICADORES DE CONTINUIDAD

	Income			Expenses			Net Income	
	Income	Expenses	Net Income	Income	Expenses	Net Income	Income	Expenses
Income	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
Expenses	0,00			0,00			0,00	
Net Income								
Company	SAO FRANCISCO						05/2018	81,65

ROT: 4.001.04.03.002190

NEW COBALT

TOTAL & F204K = 85

Eletrobras
Distribuição Acre

0304141-8

187.66

地址：上海南京路100号

REFERENCES

07/2018

13/08/2018

© 1994 by John Wiley & Sons, Inc.

601571001 FCAM

001471001 ECAM

83640000001 1 87360045000 4 00000000394 7 14180718008 0



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keila da Silva Araújo inscrito (a) no CPF 906.421.472, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jalderson da Costa Machado inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.435.842, 68 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Jalderson da Costa Machado, inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.435.842, 68 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou-se Renda: Recusou-se e apresento os documentos comprobatórios:

Recusou-se

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Av. Nações Unidas</u>		Número	<u>719</u>	Complemento	<u>Box 03</u>	
Bairro	<u>Bosque</u>	Cidade	<u>Rio Branco</u>	Estado	<u>Acre</u>	CEP	<u>69.900-2163</u>
Email			Telefone comercial (DDD)	<u>(68) 3301-8871</u>		Telefone celular (DDD)	<u>(68) 99919-5644</u>

Rio Branco, 17 de Agosto de 2018
Local e Data

Keila da S. Araújo
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jalderison da Costa Machado,
RG nº 381616, data de expedição 13/03/2017
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 719.415.842-68 com
domicílio na cidade de Senador Guiomard no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R 3, 31 Chico Paulo, nº 31,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jalderison da Costa Machado cujo o condutor era
Jalderison da Costa Machado

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda NXR150 Bros ESb
Ano: 2007
Placa: W 255173
Chassi: 9C2KB03107R015387
Data do Acidente: 26/08/2017
Local e Data: Rio Branco 08/08/2018



x Jalderison da Costa Machado
Assinatura do Declarante

x Jalderison da Costa Machado
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório
martins
Ricardo de Vasconcelos Martins
Tabelião e Registrador
www.cartoriomartins.com
Rua Três de Maio, 1770 - Centro
Fone (68) 3212 3549 - Senador Guiomard - AC
e-mail: cartoriomartins.ac@hotmail.com

Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: (1) JALDERSON DA COSTA MACHADO

O referido é verdade e dou fe. Total: R\$ 3,30. Selo de Fisc. nº AG248778-43 - PCB6-BC28-9218-3655

Senador Guiomard - Acre, 08 de agosto de 2018.

Jardlene Simão Amâncio
Escrivente Autorizada



Cartório
martins
Ricardo de Vasconcelos Martins
Tabelião e Registrador
www.cartoriomartins.com
Rua Três de Maio, 1770 - Centro
Fone (68) 3212 3549 - Senador Guiomard - AC
e-mail: cartoriomartins.ac@hotmail.com

Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: (1) JALDERSON DA COSTA MACHADO

O referido é verdade e dou fe. Total: R\$ 3,30. Selo de Fisc. nº AG248779-41 - PCB6-BC28-9218-3655

Senador Guiomard - Acre, 08 de agosto de 2018.

Jardlene Simão Amâncio
Escrivente Autorizada



MS/DATASUS

HOSPITAL DR ARY RODRIGUES

No. DO BE: 213553
CNS: 706405176109581DATA: 26/08/2017 HORA: 11:58
SETOR: 01-EMERGENCIA/TRAUMA

USUARIO: ALBANITA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JALDERSON DA COSTA MACHADO
IDADE: 34 ANOS NASC: 03/10/1982
ENDERECO: RUA PADRE TIAGO MATIOLLE
COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: 18 DE SETEMBRO
MUNICIPIO: SENADOR GUIOMARD UF: AC
NOME PAI/MAE: MANOEL ALVES MACHADO
RESPONSAVEL: O PROPRIO
PROCEDENCIA: DEZOITO DE SETEMBRO
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: NAO
ACID. TRABALHO: NAO

DOC....: S
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:
CEP....: 69925-000
TEL....: 99574783

TRAUMA: NAO

PA: 100 X 70 mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) SANGUE EM 1500 SANGUE E.V.
2) ANTIPIRICO 1g E.V.
3) SOLU RX: DORXO, analgesico
MEMBRO INF (3).

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

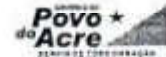
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Transferido



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Unidade: _____

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA 26/08/17 HORA: _____ MUNICIPIO DE REFERENCIA Rio Branco.

NOME DO PACIENTE: Jalclerson Da Costa Machado.

UNIDADE SOLICITADA

- () ASSIS BRASIL () XAPURI () CRUZEIRO DO SUL () MANOEL URBANO
() SENA MADUREIRA () ACRELÂNDIA () MÂNCIO LIMA () RODRIGUES ALVES
(x) SENADOR GUIOMARD () BUJARI () FEIJÓ () JORDÃO
() BRASILEIA () PLÁCIDO DE CASTRO () TARAUAÇA () OUTROS

Dr. Edilson A. de Oliveira
Médico Clínico Geral
CRM - MT 9426

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____

DIAGNÓSTICO Trauma de membros inferiores (D)

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Falta de especialista - Ortopedista.

PRESSÃO ARTERIAL: 120 x 80 - F. CARDÍACA: 90 bpm F. RESPIRATÓRIA: 22 bpm TEMPERATURA: 36,5 °C

MOTORISTA: _____

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+ + + + + + + +)	SIM	NÃO	(+ + + + + + + +)
		DESIDRATADO			CIANOTICO
		DESNUTRIDO			ICTERICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

(x) ALERTA () VERBAL () SONOLENTO () CONFUSO () SEM RESPOSTA GLASGOW

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

() DIABETES () HAS () ICC () SEQUELA AVC () DPOC () OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO USO	DOSAGEM
<u>SEL DINIZOL 125mg</u>	<u>500mg</u>		
<u>Aspirina 100mg</u>	<u>1gr</u>		
<u>Rx e cirurgias prévias</u>			

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG () () TORAX
() RX ABDOMEN
() RX OUTRO

() TOMOGRAFIA

LABORATORIAL	HT	LEUCO	TGP	AMILASE	URINA I
HB					

GASOMETRIA	PCO2	GLICEMIA
P02		

HOSPITAL DE DESTINO: () PRONTO SOCORRO () SASMC () FUNDHACRE () HC () SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO _____ MÉDICO REGULADOR _____

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE

NOME: _____ FUNÇÃO: _____

CRM _____ COREM - AC _____

Dr. Eduardo Kneip
Cz. Geral e Laboratório
CRM/AC 959

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 85900
Numero do CNS...: 706405176109581
Nome...: JALDERSON DA COSTA MACHADO
Documento...: 381616RG Tipo :
Data de Nascimento: 3/10/1982 Idade: 34 anos
Sexo...: MASCULINO
Responsavel...: MANOEL ALVES MACHADO
Nome da Mae...: MARIA FRANCISCA DA COSTA MACHA
Endereco...: RUA 02 26 VEIO NO SAMU
Bairro...: CHICO PAULO Cep.: 69900-000
Telefone...: 999515054
Município...: 1200450 - - AC
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

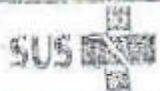
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2482854
Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito...: 040.0152
Data da Internacao: 26/08/2017
Hora da Internacao: 15:14
Medico Solicitante: 512.547.512-20 - JUAN MIGUEL LIMA CALDERON
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico...: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA

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



HUER
CÓPIA
CONFORME



Sistema Ministério
Único de da
Saúde 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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

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

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CÓPIA

CONFORME

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 85900
No. DO BE: 2482854 DATA: 26/08/2017 HORA: 13:46 USUARIO: OLIVIA
CNS: 706405176109581 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JALDERSON DA COSTA MACHADO DOC...: 381616RG
IDADE...: 34 ANOS NASC: 03/10/1982 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO...: RUA 02 NUMERO: 26
COMPLEMENTO...: VEIO NO SAMU BAIRRO: CHICO PAULO
MUNICIPIO...: SENADOR GUIOMARD UF: AC CEP...: 69900-000
NOME PAI/MAE...: MANOEL ALVES MACHADO /MARIA FRANCISCA DA COSTA MACH
RESPONSÁVEL...: ESPOSA-MARIA JOSE TEL...: 999515054
PROCEDENCIA...: MUNICIPIO SENADOR GUIOMARD
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[84] X[66] mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[112] SPO2[] 100%

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Acid. ventr. de colisão com o solo, tendo sido
sem, sem color. azul, em membros rígidos, membros
de inclinação (de 15°). após 10 min de compressão, após
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

*1/ SAT 1000ml (F)
2/ fraco 100g + 100ml 909 (F)
3/ fraco 2ul + 2ul 8ul (F)
4/ fraco do antídoto*



DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: :

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

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

CÓPIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

CONFORME

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Paciente admitido em SET, trazido pelo SAMU em maca e em prancha rígida
45 Colúmbia Mota com corcova, membro inferior direito imobilizado, encontra-
se lúcido, eupneico. Procedente do município de Senador Guiomard. AVP em membro su-
perior direito, encaminhado ao RX e a ultrassom.
SPO2-100% Ao de enfermagem.*

Atropido - trauma de ombro e de mto
na el sigilo de ome sucedi b grande
duplexe e (exacção mterado (sc)
Pr furo n ci fa pleneta hmore

an: 1mmh

Intervenção pr net. cer.

retorno à ser pr Revu en act.

Hos. do Val. de A. 11
Ortopedia Traumatologia
R. 051 / AC



HUER

18.

CÓPIA

CONFORME



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

NovoAcre



HU

COPIA

UNIDADE:

NOME:

Salomon do Costa

IDADE:

B.E.:

OBSERVAÇÃO

LEITO:

1602

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

26/08/12

ome geral D
ci física

2 RI 500ml EV 818h

18:30h exame físico
estável - ve c. 13
de peso e eurgulha
de de boa estado
BUD: 1000g/155cm

tx pirorelto físico

3 hidr 20mg EV 1218h
4 amprol 400mg EV 1418h

32 10
93/12/2012

5 dipirona 1ap EV 016h

24/08/12 - 10h - 10h
de de boa estado
BUD: 1000g/155cm

6 Terrenal 30mg EV 016h 5N
8F 150ml

24/08/12 - 10h - 10h
de de boa estado
BUD: 1000g/155cm

+ placid 1ap EV 1118h 5N

24/08/12 - 10h - 10h
de de boa estado
BUD: 1000g/155cm

8. CCA

Receita de
Diluição de
Medicamento
para uso em
Infusão



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

HUER

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LBTO
JALDERSON DA COSTA AMCHADO 34 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 152

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORARIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO
DDO 28/09/17
DR RODRIGO VICK

1. DIETA VO LIVRE
2. SCAIP SALINIZADO
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8H
4. TRAMAL 100MG - 100ML SF0.9% EV 8H 3H
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H 3H
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA
7. CURATIVO 1X DIA
8. CUIDADOS GERAIS
9. CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA
10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12H 12HRS
11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1X AO DIA

10-16-2017
10-20-2017

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedista
CRM 2106

Às 07:00 recebido
pelo enfermeiro, comunicado
comunicado, enfermeiro
acompanha o paciente alguns
momentos, monitorando os
vital, o paciente está
bem, apresenta dor
moderada, mantendo-se
psicologicamente bem, com
auxílio de familiares
trazido em uma cadeira
de rodas.

Rec. Enf. Izabela
Carmen 023181

Às 17:00 pelo enfermeiro
não houve alteração no
paciente, mantendo-se bem,
comunicado.

Rec. Enf. Izabela
Carmen 023182

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

HUER
CÓPIA
CONFORME



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

digitado e impresso em: 28/08/2017 às 07:52:20

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE
34

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO	1. DIETA VO LIVRE SND 2. SCALP SALINIZADO 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H(SN) 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS(SN) 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CURATIVO 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA 10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12HRS 11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1 X AO DIA		
07/01/26/08/2017			
DR RODRIGO VICK			
26/08/2017			
PACIENTE EM REGULAR ESTADO GERAL			
QUEIXAS 7LGICAS EM JOELHO DIREITO			

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 2106

COMPREV
COMPREV PROVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

HUER
CÓPIA
CONFORME

07:00 - Pac. em
leito, ate aug.
afine comen
luto, realizando
curativo, mede
aprox. 2cm, mede
04:00 paciente em
leito supino, afine,
sem queixas, melhora
do CPM. Tem 635215

PATIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORAÍRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/DA: 26/08/2017

DR RODRIGO WICK

29/08/2017

PACIENTE	EM	REGULAR	ESTADO
GERAL			

QUEIXAS JURÍDICAS EM JOELHO DIREITO

PULSOS PALPÁVEIS EM MEMBROS INFERIORES DIREITO

1. DIETA VO LIVRE

2. SCALP SALINIZADO

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 60ml/h

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 808H SIN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/8 HRS S/N

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CURATIVO 1X/DIA — 7/5

8. CUIDADOS GERAIS

9. CLEKXANE 40 MG SC 1 X AQ DIA

10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12HRS

11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1 X AO DI

12 MEMBRO INFERIOR DIRETO ELEVADO

~~Private & Confidential
Do Not Circulate Outside
CIVIC 2100~~

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

HUEB

CÓPIA

CONFORME

[illegible]



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

digitado e impresso em: 30/08/2017 às 07:30:16

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE

34

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO	1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SCALP SALINIZADO SVD 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG - 100ML SFC 9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CURATIVO 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA 10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12HRS 11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1 X AO DIA 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.	HUER CÓPIA CONFORME	Das 01:00 as 19:00 paciente acordado, estável, sem quei- sas alérgicas, fun- ções fisiológicas presente, saída de Ta operada pele SVD? em a ali- ente, realizado higiene pessoal auxílio do car- palpato. SVD? PA = 120x80mmHg? Pulso = 88 bpm.
------------------------------	--	---------------------------	--

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2106





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

digitado e impresso em: 31/08/2017 às 07:19:01

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE 34

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO 152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO	1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SCALP SALINIZADO 3. DIPYRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SAN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SAN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CURATIVO 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA 10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12HRS. 11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1 X AO DIA 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.	HUER CÓPIA CONFORME	Das 07:00 às 18:00 paciente recebeu esta real, sem queixa, deito direito, ali mi nação fisiológica indicando com re fome 635218 109/17 as 16:00h paciente recebeu deito direito no seu quarto a 16h a 17h 20x 80mm muito bem caixa 30x15/16
31/08/2017 PACIENTE EM REGULAR ESTADO GERAL QUEIXAS: "LIGAS" EM JOELHO DIREITO PULSOS PALPÁVEIS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO			

Felipe Henrique de M. Daltro
RM Otorrinolaringologista e fonoaudiólogo
CRM/AC 2196





HUEB

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICĂ MEDICĂ CIRURGICĂ - B

LEITO

152

1100A010

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

500

DT/BI.26/D8/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

PACIENTE	SEM	QUEIXAS	DE
DOR.COM	EDEMA		DE

1+1/4+, PERFUSAO DISTAL MANTIDA

FERIDAS CROSTOSAS NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO DIREITO, E DORSO DO PE DIREITO.

1. DIETA VO LIVRE

500

2. SCALP SALINIZADO

3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 5/5M

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N

5 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CURATIVO IX/DIA

A. CIDADANOS GERAIS

9 CLEXXANE 40 MG SC 1 X AD DIA

MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO

Dr. Azizul Javed
R.M. Speede & Associates
T/M/NC 2057

HUER

CÓPIA

CONFORME

8:00h, ouve baulho
de avaros e fucado
levei de couro +
peleira paulatim.
Realizado curativo no
m. III. Te. Recorrido 41345
17:00h Cheio de poeira de
bui, vermelhada. Sem
lesões menente, que
pode ser puerila. B.
No com mte. 413453

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO



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

digitado e impresso em 02/09/2017 às 08:34:50

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA ANCHADO

IDADE 34

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/ID: 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

PACIENTE SEM QUEIXAS DE
DOR, COM EDEMA
++/++ PERFUSAO DISTAL MANTIDA.

FERIDAS CROSTOSAS NA REGIAO
ANTERIOR DO JOELHO DIREITO, E
DORSO DO PE DIREITO, PERFUSAO
DISTAL MANDITA E SEM EDEMA

1. DIETA VO LIVRE

2. SCALP SALINIZADO

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H SEM

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SEM

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CURATIVO 1X/DIA

8. CUIDADOS GERAIS

9. CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA

12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Dr. Aluizio Junior
R. L. M. de Moraes e Torres
CRM/AC 2060

HUER

CÓPIA

CONFORME

21/9/2017

2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º, 101º, 102º, 103º, 104º, 105º, 106º, 107º, 108º, 109º, 110º, 111º, 112º, 113º, 114º, 115º, 116º, 117º, 118º, 119º, 120º, 121º, 122º, 123º, 124º, 125º, 126º, 127º, 128º, 129º, 130º, 131º, 132º, 133º, 134º, 135º, 136º, 137º, 138º, 139º, 140º, 141º, 142º, 143º, 144º, 145º, 146º, 147º, 148º, 149º, 150º, 151º, 152º, 153º, 154º, 155º, 156º, 157º, 158º, 159º, 160º, 161º, 162º, 163º, 164º, 165º, 166º, 167º, 168º, 169º, 170º, 171º, 172º, 173º, 174º, 175º, 176º, 177º, 178º, 179º, 180º, 181º, 182º, 183º, 184º, 185º, 186º, 187º, 188º, 189º, 190º, 191º, 192º, 193º, 194º, 195º, 196º, 197º, 198º, 199º, 200º, 201º, 202º, 203º, 204º, 205º, 206º, 207º, 208º, 209º, 210º, 211º, 212º, 213º, 214º, 215º, 216º, 217º, 218º, 219º, 220º, 221º, 222º, 223º, 224º, 225º, 226º, 227º, 228º, 229º, 230º, 231º, 232º, 233º, 234º, 235º, 236º, 237º, 238º, 239º, 240º, 241º, 242º, 243º, 244º, 245º, 246º, 247º, 248º, 249º, 250º, 251º, 252º, 253º, 254º, 255º, 256º, 257º, 258º, 259º, 260º, 261º, 262º, 263º, 264º, 265º, 266º, 267º, 268º, 269º, 270º, 271º, 272º, 273º, 274º, 275º, 276º, 277º, 278º, 279º, 280º, 281º, 282º, 283º, 284º, 285º, 286º, 287º, 288º, 289º, 290º, 291º, 292º, 293º, 294º, 295º, 296º, 297º, 298º, 299º, 300º, 301º, 302º, 303º, 304º, 305º, 306º, 307º, 308º, 309º, 310º, 311º, 312º, 313º, 314º, 315º, 316º, 317º, 318º, 319º, 320º, 321º, 322º, 323º, 324º, 325º, 326º, 327º, 328º, 329º, 330º, 331º, 332º, 333º, 334º, 335º, 336º, 337º, 338º, 339º, 340º, 341º, 342º, 343º, 344º, 345º, 346º, 347º, 348º, 349º, 350º, 351º, 352º, 353º, 354º, 355º, 356º, 357º, 358º, 359º, 360º, 361º, 362º, 363º, 364º, 365º, 366º, 367º, 368º, 369º, 370º, 371º, 372º, 373º, 374º, 375º, 376º, 377º, 378º, 379º, 380º, 381º, 382º, 383º, 384º, 385º, 386º, 387º, 388º, 389º, 390º, 391º, 392º, 393º, 394º, 395º, 396º, 397º, 398º, 399º, 400º, 401º, 402º, 403º, 404º, 405º, 406º, 407º, 408º, 409º, 410º, 411º, 412º, 413º, 414º, 415º, 416º, 417º, 418º, 419º, 420º, 421º, 422º, 423º, 424º, 425º, 426º, 427º, 428º, 429º, 430º, 431º, 432º, 433º, 434º, 435º, 436º, 437º, 438º, 439º, 440º, 441º, 442º, 443º, 444º, 445º, 446º, 447º, 448º, 449º, 450º, 451º, 452º, 453º, 454º, 455º, 456º, 457º, 458º, 459º, 460º, 461º, 462º, 463º, 464º, 465º, 466º, 467º, 468º, 469º, 470º, 471º, 472º, 473º, 474º, 475º, 476º, 477º, 478º, 479º, 480º, 481º, 482º, 483º, 484º, 485º, 486º, 487º, 488º, 489º, 490º, 491º, 492º, 493º, 494º, 495º, 496º, 497º, 498º, 499º, 500º, 501º, 502º, 503º, 504º, 505º, 506º, 507º, 508º, 509º, 510º, 511º, 512º, 513º, 514º, 515º, 516º, 517º, 518º, 519º, 520º, 521º, 522º, 523º, 524º, 525º, 526º, 527º, 528º, 529º, 530º, 531º, 532º, 533º, 534º, 535º, 536º, 537º, 538º, 539º, 540º, 541º, 542º, 543º, 544º, 545º, 546º, 547º, 548º, 549º, 550º, 551º, 552º, 553º, 554º, 555º, 556º, 557º, 558º, 559º, 560º, 561º, 562º, 563º, 564º, 565º, 566º, 567º, 568º, 569º, 570º, 571º, 572º, 573º, 574º, 575º, 576º, 577º, 578º, 579º, 580º, 581º, 582º, 583º, 584º, 585º, 586º, 587º, 588º, 589º, 590º, 591º, 592º, 593º, 594º, 595º, 596º, 597º, 598º, 599º, 600º, 601º, 602º, 603º, 604º, 605º, 606º, 607º, 608º, 609º, 610º, 611º, 612º, 613º, 614º, 615º, 616º, 617º, 618º, 619º, 620º, 621º, 622º, 623º, 624º, 625º, 626º, 627º, 628º, 629º, 630º, 631º, 632º, 633º, 634º, 635º, 636º, 637º, 638º, 639º, 640º, 641º, 642º, 643º, 644º, 645º, 646º, 647º, 648º, 649º, 650º, 651º, 652º, 653º, 654º, 655º, 656º, 657º, 658º, 659º, 660º, 661º, 662º, 663º, 664º, 665º, 666º, 667º, 668º, 669º, 670º, 671º, 672º, 673º, 674º, 675º, 676º, 677º, 678º, 679º, 680º, 681º, 682º, 683º, 684º, 685º, 686º, 687º, 688º, 689º, 690º, 691º, 692º, 693º, 694º, 695º, 696º, 697º, 698º, 699º, 700º, 701º, 702º, 703º, 704º, 705º, 706º, 707º, 708º, 709º, 710º, 711º, 712º, 713º, 714º, 715º, 716º, 717º, 718º, 719º, 720º, 721º, 722º, 723º, 724º, 725º, 726º, 727º, 728º, 729º, 730º, 731º, 732º, 733º, 734º, 735º, 736º, 737º, 738º, 739º, 740º, 741º, 742º, 743º, 744º, 745º, 746º, 747º, 748º, 749º, 750º, 751º, 752º, 753º, 754º, 755º, 756º, 757º, 758º, 759º, 760º, 761º, 762º, 763º, 764º, 765º, 766º, 767º, 768º, 769º, 770º, 771º, 772º, 773º, 774º, 775º, 776º, 777º, 778º, 779º, 780º, 781º, 782º, 783º, 784º, 785º, 786º, 787º, 788º, 789º, 790º, 791º, 792º, 793º, 794º, 795º, 796º, 797º, 798º, 799º, 800º, 801º, 802º, 803º, 804º, 805º, 806º, 807º, 808º, 809º, 810º, 811º, 812º, 813º, 814º, 815º, 816º, 817º, 818º, 819º, 820º, 821º, 822º, 823º, 824º, 825º, 826º, 827º, 828º, 829º, 830º, 831º, 832º, 833º, 834º, 835º, 836º, 837º, 838º, 839º, 840º, 841º, 842º, 843º, 844º, 845º, 846º, 847º, 848º, 849º, 850º, 851º, 852º, 853º, 854º, 855º, 856º, 857º, 858º, 859º, 860º, 861º, 862º, 863º, 864º, 865º, 866º, 867º, 868º, 869º, 870º, 871º, 872º, 873º, 874º, 875º, 876º, 877º, 878º, 879º, 880º, 881º, 882º, 883º, 884º, 885º, 886º, 887º, 888º, 889º, 890º, 891º, 892º, 893º, 894º, 895º, 896º, 897º, 898º, 899º, 900º, 901º, 902º, 903º, 904º, 905º, 906º, 907º, 908º, 909º, 910º, 911º, 912º, 913º, 914º, 915º, 916º, 917º, 918º, 919º, 920º, 921º, 922º, 923º, 924º, 925º, 926º, 927º, 928º, 929º, 930º, 931º, 932º, 933º, 934º, 935º, 936º, 937º, 938º, 939º, 940º, 941º, 942º, 943º, 944º, 945º, 946º, 947º, 948º, 949º, 950º, 951º, 952º, 953º, 954º, 955º, 956º, 957º, 958º, 959º, 960º, 961º, 962º, 963º, 964º, 965º, 966º, 967º, 968º, 969º, 970º, 971º, 972º, 973º, 974º, 975º, 976º, 977º, 978º, 979º, 980º, 981º, 982º, 983º, 984º, 985º, 986º, 987º, 988º, 989º, 990º, 991º, 992º, 993º, 994º, 995º, 996º, 997º, 998º, 999º, 1000º, 1001º, 1002º, 1003º, 1004º, 1005º, 1006º, 1007º, 1008º, 1009º, 1010º, 1011º, 1012º, 1013º, 1014º, 1015º, 1016º, 1017º, 1018º, 1019º, 1020º, 1021º, 1022º, 1023º, 1024º, 1025º, 1026º, 1027º, 1028º, 1029º, 1030º, 1031º, 1032º, 1033º, 1034º, 1035º, 1036º, 1037º, 1038º, 1039º, 1040º, 1041º, 1042º, 1043º, 1044º, 1045º, 1046º, 1047º, 1048º, 1049º, 1050º, 1051º, 1052º, 1053º, 1054º, 1055º, 1056º, 1057º, 1058º, 1059º, 1060º, 1061º, 1062º, 1063º, 1064º, 1065º, 1066º, 1067º, 1068º, 1069º, 1070º, 1071º, 1072º, 1073º, 1074º, 1075º, 1076º, 1077º, 1078º, 1079º, 1080º, 1081º, 1082º, 1083º, 1084º, 1085º, 1086º, 1087º, 1088º, 1089º, 1090º, 1091º, 1092º, 1093º, 1094º, 1095º, 1096º, 1097º, 1098º, 1099º, 1100º, 1101º, 1102º, 1103º, 1104º, 1105º, 1106º, 1107º, 1108º, 1109º, 1110º, 1111º, 1112º, 1113º, 1114º, 1115º, 1116º, 1117º, 1118º, 1119º, 1120º, 1121º, 1122º, 1123º, 1124º, 1125º, 1126º, 1127º, 1128º, 1129º, 1130º, 1131º, 1132º, 1133º, 1134º, 1135º, 1136º, 1137º, 1138º, 1139º, 1140º, 1141º, 1142º, 1143º, 1144º, 1145º, 1146º, 1147º, 1148º, 1149º, 1150º, 1151º, 1152º, 1153º, 1154º, 1155º, 1156º, 1157º, 1158º, 1159º, 1160º, 1161º, 1162º, 1163º, 1164º, 1165º, 1166º, 1167º, 1168º, 1169º, 1170º, 1171º, 1172º, 1173º, 1174º, 1175º, 1176º, 1177º, 1178º, 1179º, 1180º, 1181º, 1182º, 1183º, 1184º, 1185º, 1186º, 1187º, 1188º, 1189º, 1190º, 1191º, 1192º, 1193º, 1194º, 1195º, 1196º, 1197º, 1198º, 1199º, 1200º, 1201º, 1202º, 1203º, 1204º, 1205º, 1206º, 1207º, 1208º, 1209º, 1210º, 1211º, 1212º, 1213º, 1214º, 1215º, 1216º, 1217º, 1218º, 1219º, 1220º, 1221º, 1222º, 1223º, 1224º, 1225º, 1226º, 1227º, 1228º, 1229º, 1230º, 1231º, 1232º, 1233º, 1234º, 1235º, 1236º, 1237º, 1238º, 1239º, 1240º, 1241º, 1242º, 1243º, 1244º, 1245º, 1246º, 1247º, 1248º, 1249º, 1250º, 1251º, 1252º, 1253º, 1254º, 1255º, 1256º, 1257º, 1258º, 1259º, 1260º, 1261º, 1262º, 1263º, 1264º, 1265º, 1266º, 1267º, 1268º, 1269º, 1270º, 1271º, 1272º, 1273º, 1274º, 1275º, 1276º, 1277º, 1278º, 1279º, 1280º, 1281º, 1282º, 1283º, 1284º, 1285º, 1286º, 1287º, 1288º, 1289º, 1290º, 1291º, 1292º, 1293º, 1294º, 1295º, 1296º, 1297º, 1298º, 1299º, 1300º, 1301º, 1302º, 1303º, 1304º, 1305º, 1306º, 1307º, 1308º, 1309º, 1310º, 1311º, 1312º, 1313º, 1314º, 1315º, 1316º, 1317º, 1318º, 1319º, 1320º, 1321º, 1322º, 1323º, 1324º, 1325º, 1326º, 1327º, 1328º, 1329º, 1330º, 1331º, 1332º, 1333º, 1334º, 1335º, 1336º, 1337º, 1338º, 1339º, 1340º, 1341º, 1342º, 1343º, 1344º, 1345º, 1346º, 1347º, 1348º, 1349º, 1350º, 1351º, 1352º, 1353º, 1354º, 1355º, 1356º, 1357º, 1358º, 1359º, 1360º, 1361º, 1362º, 1363º, 1364º, 1365º, 1366º, 1367º, 1368º, 1369º, 1370º, 1371º, 1372º, 1373º, 1374º, 1375º, 1376º, 1377º, 1378º, 1379º, 1380º, 1381º, 1382º, 1383º, 1384º, 1385º, 1386º, 1387º, 1388º, 1389º, 1390º, 1391º, 1392º, 1393º, 1394º, 1395º, 1396º, 1397º, 1398º, 1399º, 1400º, 1401º, 1402º, 1403º, 1404º, 1405º, 1406º, 1407º, 1408º, 1409º, 1410º, 1411º, 1412º, 1413º, 1414º, 1415º, 1416º, 1417º, 1418º, 1419º, 1420º, 1421º, 1422º, 1423º, 1424º, 1425º, 1426º, 1427º, 1428º, 1429º, 1430º, 1431º, 1432º, 1433º, 1434º, 1435º, 1436º, 1437º, 1438º, 1439º, 1440º, 1441º, 1442º, 1443º, 1444º, 1445º, 1446º, 1447º, 1448º, 1449º, 1450º, 1451º, 1452º, 1453º, 1454º, 1455º, 1456º, 1457º, 1458º, 1459º, 1460º, 1461º, 1462º, 1463º, 1464º, 1465º, 1466º, 1467º, 1468º, 1469º, 1470º, 1471º, 1472º, 1473º, 1474º, 1475º, 1476º, 1477º, 1478º, 1479º, 1480º, 1481º, 1482º, 1483º, 1484º, 1485º, 1486º, 1487º, 1488º, 1489º, 1490º, 1491º, 1492º, 1493º, 1494º, 1495º, 1496º, 1497º, 1498º, 1499º, 1500º, 1501º, 1502º, 1503º, 1504º, 1505º, 1506º, 1507º, 1508º, 1509º, 1510º, 1511º, 1512º, 1513º, 1514º, 1515º, 1516º, 1517º, 1518º, 1519º, 1520º, 1521º, 1522º, 1523º, 1524º, 1525º, 1526º, 1527º, 1528º, 1529º, 1530º, 1531º, 1532º, 1533º, 1534º, 1535º, 1536º, 1537º, 1538º, 1539º, 1540º, 1541º, 1542º, 1543º, 1544º, 1545º, 1546º, 1547º, 1548º, 1549º, 1550º, 1551º, 1552º, 1553º, 1554º, 1555º, 1556º, 1557º, 1558º, 1559º, 1560º, 1561º, 1562º, 1563º, 1564º, 1565º, 1566º, 1567º, 1568º, 1569º, 1570º, 1571º, 1572º, 1573º, 1574º, 1575º, 1576º, 1577º, 1578º, 1579º, 1580º, 1581º, 1582º, 1583º, 1584º, 1585º, 1586º, 1587º, 1588º, 1589º, 1590º, 1591º, 1592º, 1593º, 1594º, 1595º, 1596º, 1597º, 1598º, 1599º, 1600º, 1601º, 1602º, 1603º, 1604º, 1605º, 1606º, 1607º, 1608º, 1609º, 1610º, 1611º, 1612º, 1613º, 1614º, 1615º, 1616º, 1617º, 1618º, 1619º, 1620º, 1621º, 1622º, 1623º, 1624º, 1625º, 1626º, 1627º, 1628º, 1629º, 1630º, 1631º, 1632º, 1633º, 1634º, 1635º, 1636º, 1637º, 1638º, 1639º, 1640º, 1641º, 1642º, 1643º, 1644º, 1645º, 1646º, 1647º, 1648º, 1649º, 1650º, 1651º, 1652º, 1653º, 1654º, 1655º, 1656º, 1657º, 1658º, 1659º, 1660º, 1661º, 1662º, 1663º, 1664º, 1665º, 1666º, 1667º, 1668º, 1669º, 1670º, 1671º, 1672º, 1673º, 1674º, 1675º, 1676º, 1677º, 1678º, 1679º, 1680º, 1681º, 1682º, 1683º, 1684º, 1685º,

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

34

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

152

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/DTL: 26/06/2017

DR RODRIGO WICK

31/08/2017

paciente atóbil anictérico, sem queixas de dor, com edema de 1+/4+

1. DIETA VOLVIRE 500g

2. SCALP SALINIZADO

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 606/H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV B/8H S/N

5 PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N/

6. OMEPRAZOL 40MAG EV 1X/DIA

7. CURATIVO 1X/DIA

B. CUIDADOS GERAIS

9. CLEAXANE 40 MG SC 1 X AO DIA

12. MEMBRO INFERIOR DIKEKILU ELEVAÇÃO

HUEA

CÓPIA

CONFORM

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

105 John's Dr. 16th
 opposite entrance of
 the West Colmo Building
 about 1000 ft from the
 1000 ft of the building
 the house of the
 the house of the
 the house of the



PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

34

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LETTER

152

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

D1/D1-26/D8/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

paciente febril, anictérico, sem queixas de dor com edema de $11/4+$, neurogastro e sensilvo preservado.

1 DIETA VO LIVRE \$1000

2. SCALP SALINIZADO

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 656/H 

4 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SAN

5. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA C-11

7. CURATIVO 1X/DIA ~~2x~~

8. CUIDADOS GERAIS

9. CLEAXANE 40 MG SC 1 X AQ DIA ☒ NO

12. MEMBRO INFERIOR DIRETO ELEVADO

Dr. Alvinio Junior
R.M. Ortopedia e Traumatologia
RBM/AC 2061

8. Rechnen 19

HUER

CÓPIA

CONFORME

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGU 2018
PROTÓCOLO
AG. RIO BRANCO

Rosângela Matos
Téc. de Enfermagem
COREN/AC - 2351161-2

[illegible]

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

34

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORAARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/BI-25/06/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

paciente afébril, anictérico sem queixas de dor, com edema de 1+/4+, neurologico e sensível preservado.

PACIENTE PRE AGENDADO PARA DIA
29/09/2017

1. DIETA VO LIVRE

2. SCALP SALINIZADO

3. DIFIRONA 1GR EV DILUÍDO 666/H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CURATIVO 1X/DIA

8. CUIDADOS GERAIS

9. CLEXXANE 40 MG SC 1 X AO DIA

12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO

Dr. Aluizio Junior
F.M. Osteopatia e Fisiopatologia
FMA/AC 2063

HUEB

CÓPIA

CONFORME

Jane Paula
Téc. em Enfermagem
COREN 635218 AC

COREN 6352 10 MW

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

06/05/2007
Realizado Otridi-
mento Psicodisica
Alexander
Alfonso de Souza Fernandes
Psicólogo
CRP 2018581 AC

Altamira de Souza Fernandes
Psicóloga
CRP-20126587 AC

CRF-20106587 AC



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

original e impressão em vigor até 05/08/2017

HUEB

REGISTRO
PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE
34

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/DI 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

PACIENTE PRE AGENDADO PARA DIA
29/09/2017

- 1. DIETA VO LIVRE SND
- 2. SCALP SALINIZADO
- 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 565H
- 4. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% EV 8/8H S/N
- 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N
- 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
- 7. CURATIVO 1X/DIA
- 8. CUIDADOS GERAIS
- 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA
- 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Assinatura do Médico
Dr. Rodrigo Vick
CRM/AC 2063

HUER
CÓPIA
CONFORME

20:00 paciente segue no
leito em repouso, dor
espúrica, opóide diluído
presente, realizou tra-
que de leite + H2O
de acordo de acordo
Fica: 20:00 94,5, 70,5, 100%
57:00 paciente segue
estável, dor, espúrica
opóide, diluído os-
pontal, segue segue
cuidados de enfer-
magem, segue

As 22:15 Pac. segue mal,
dor, espúrica, opóide diluído
presente, realizou tra-
que de leite + H2O
de acordo de acordo
Fica: 22:15 94,5, 70,5, 100%
22:15 Pac. segue mal,
dor, espúrica, opóide diluído
presente, realizou tra-
que de leite + H2O
de acordo de acordo
Fica: 22:15 94,5, 70,5, 100%



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

digitado e impresso em: 07/09/2017 às 09:45:39

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

34

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/DI: 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR DE
LEVE A MODERADA INTENSIDADE NA
REGIÃO DO JOELHO DIREITO. EDEMA
1++/4+

1. DIETA VOLVRE *SAD*
2. SCALP SALINIZADO *- eicvde*
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H *- 10:00*
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA *- 8*
7. CURATIVO 1X/DIA
8. CUIDADOS GERAIS
9. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.

*Ami 325 fuma
chem 25 61*



HUER

CÓPIA

CONFORME



PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

34

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

HUEB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRACTURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/D: 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

37108/2017

PACIENTE COM ORIFÍCIO COM SAÍDA
DE SECREÇÃO NA REGIÃO LATERAL
PROXIMAL DA COXA
DIRETO, AGUARDANDO CONDUTA.

1. DIETA VO LIVRE

2. SCALP SALINIZADO

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 5/5/H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SFD, 9% EV 8/8H S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N

6 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CURATIVO 1X/DIA

8. CUIDADOS GERAIS

MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO

10 CLEXANE 40MG 1 X DIA SC

11. *Senhovia* 29031-5

1x114

12. color blue

23/6/2018

HUER

CÓPIA

CONFORME

COMPREV
COMPREV PRTVIDENCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Jane Paula
Téc. em Enfermagem
COPEN 535218 AC

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDAIDE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITQ

152

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO DT/ID: 26/08/2017 DR RODRIGO VICK 31/08/2017 PACIENTE COM DOR DE LEVE INTENSIDADE NA REGIÃO DO QUADRIL DIREITO, NEUROLÓGICO E SENSITIVO PRESERVADO.	1. DIETA VO HIPOPROTEICA 5N3 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H - 500 + 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H - 100 + 4. TRAMAL 100MG - 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CURATIVO 1X/DIA - 10 8. CUIDADOS GERAIS 9. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 8/8 HRS. - 100 + 10. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 1 X AO DIA 12. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA - 100 + 13. NORIPURUM 1 AMPOLA + SG 250 ML EV 1 X AO DIA 14. DEXAMETASONA 1 AMP IV 12/12H - 100 + 15. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR	HUE CÓPIA CONFORME	8:30h - Fumou, banho no leito. Trocado lençol de couro e roupa. Pe dália: realizada cur tid no registro do cerca fumar e com presença de pessoas nessa área está + alcool 70%. 17:00h - Leite parouco, alívio, não indigestão. Sem dor no membro, dor no presente. PA - 110/60 normal. Rosângela Matos Tec. Enfermagem COREN-AC 412.458

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LETO

152

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO DT/DI: 26/08/2017 DR RODRIGO VICK 31/08/2017 paciente com queixas de dor de leve intensidade na região do quadril direito solicitado exame e rai x de controle	1. DIETA VO HIPERPROTEICA 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SIN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO SIN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CURATIVO 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS 9. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS. 10. GENTAMICINA 240 MG + SF0,9% 250 ML EV 1X AO DIA 12. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA 13. NORFLOXAZOL 1 AMPOLA + SG 250 ML EV 1 X AO DIA 14. DEXAMETASONA 1 AMP IV 12/12H 15. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR	HUE CÓPIA CONFORME	Mas João é João paciente em estado de leito como eu pareço q'eu não sei bem de de onde veio com esse rai x do quadril direito pois de fato não foi por trauma, em juízo foi uma queda, pois ele não se lembra mais de como aconteceu. E p.m.

工部局

1570
1572

AÇÕES DE ENFERMAGEM

can also 27/

o perbua

Penmanor

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 2/8 H 5N

9. SINAIS VITAIS

11. *gerke in uno 240g*

7 200 and 10

12. Clexon boy & dad's

13. Dixon et al. 10/12/24 - 80.

CÓPIA

30000 letters of Bul, including
 price, now worth 1000, in paper
 copies of letters, to men have
 be no little, well paid
 currency, change

Grand Center for Modern
Education
CORNELL 50833

RECEIVED
JAN 10 1967
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.

COMPREV
COMPREV PPFVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Mar 28:00 as 22:00 horas
Presente Estadual, comunitária,
cativa, orientado. Sem
res. Atendimento a diálise
ofensiva. Administração
medicamentos C.P.M. Fungo
Fisiológicas presente no
período. Segue aos cuidados
da enfermagem. PA: 130x80mmHg, TA: 35.6
AC. E.T.E. Lívia Gomes.

[Signature]
28/03/2018

04.00 - É feita a
atuação, dormiu
durante período, P.A. =
100x70 mmHg. Sem
queixas.

Unio Clínica O. do Nascimento
R. Frederico
Cidade: 14.00.000.000

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

REGISTRO PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

34

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

152

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/DI 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

PACIENTE COM DOR NO QUADRIL
DIREITO, NEUROLÓGICO E SENSITIVO
PRESERVADO, PERFUSÃO DISTAL
MANTIDA, EDEMA DE 1+4+

- 1 DIETA VO HIPERPROTEICA 50g
- 2 SF 0,9% 500ML IV 12/12H
- 3 DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H
- 4 TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N
- 5 PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N
- 6 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
- 7 CURATIVO 1X/DIA
- 8 CUIDADOS GERAIS
- 9 CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS
- 10 GENTAMICINA 240 MG + SF0,9% 250 ML EV 1 X AO DIA
- 12 CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA
- 13 NORIPURUM 1 AMPOLA + SG 250 ML EV 1 X AO DIA
- 14 DEXAMETASONA 1 AMP IV 12/12H
- 15 AMTRIPITILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR

Dr. Aluizio Junior
CRM/AC 2064



08:00 Paciente
exclui supino, o
abd, sem queixe
breita dieta, elimi
nação fisiológica
medicada (PM)
Dn 33:00h as 37:00h
paciente lucido, orientado,
comunicativo, euprico,
apetibil, aceitando a dieta
prescrita, realizado med
icação x. P.N. parcos
linológicos presentes no
bido segs aos ludo
dos da enfermagem. PA: 100
70 mmHg. Tax. 36,5%. ETE: Mem
da lops.

Enf. Xuxelly M. J. J. J.
COREN-AC 387 575

14/09/17 as u. 00 w. 00 c.
imp. n. 00 a. 00 d. 00
P. 00 c. 00 a. 00 c.
no p. 00 c. 00 a. 00 c.
em a. 00 c. 00 a. 00 c.
a. 00 c. 00 a. 00 c.
Téc. Enfermagem
COREN: 388762/AC



HUER
CÓPIA
CONFORME

Inf. Acervo Médico Furtado
COREN/AC: 387 575



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

digitado e impresso em: 14/08/2018

IIURB

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

34

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/DI: 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

HISTORIA PREGRESSA DE
OSTEOMELITE

PACIENTE REFERIDO DOR NO
QUADRIL DIREITO DE LEVE
INTENSIDADE. COM SAÍDA DE
PEQUENA QUANTIDADE DE
SECREÇÃO. NEUROLÓGICO E
SENSITIVO PRESERVADO. PERFUSÃO
DISTAL MANTIDA.

1. DIETA VO HIPERPROTEICA

2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CURATIVO 1X/DIA

8. CUIDADOS GERAIS

10. VANCOMICINA 500mg + 500ml SF 0,9% diluído 12/12h

12. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA

15. AMTRIPILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Luiz Junior
Médico
Rua / AC 2061

HUE
CÓPIA
CONFORME

Do 04 de 15 horas, Paciente
chegando no CUB e se apresentando
paciente de trauma fechado, 1º grau,
profundo não exposto, que foi
atendido no 15 minutos de
atendimento e foram 7.18.932.
04:00h presente com náusea
queixas no momento, me-
dicado com, foi substituído
com 1500mls, paciente
em cama, despertou
com a de est. EC
possível.

Glenn Lary de Moraes
Enfermeiro
COREN AC 50883



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

digitado e impresso em 10/09/2017 às 12:19:23

HUERR
LEITO

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

34

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/ID: 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

HISTORIA PREGRESSA DE
OSTEOMIELITE

PACIENTE REFERENDO DOR NO
QUADRIL DIREITO DE LEVE
INTENSIDADE, COM SAÍDA DE
PEQUENA QUANTIDADE DE
SECREÇÃO, NEUROLÓGICO E
SENSITIVO PRESERVADO. PERFUSÃO
DISTAL MANTIDA.

1. DIETA VO HIPERPROTEICA

2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CURATIVO 1X/DIA

8. CUIDADOS GERAIS

10. VANCOMICINA 500mg + 500ml SF 0.9% EV diluido 12/12h

12. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA

15. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR

Hipercalemia S/D

7.00h especifico
apresentando
febre e taquicardia
cada 2 horas
Clara S. Cardoso
Téc. Enfermagem
COREN: 385787/AC

4 (conferir auto sh)

HUERR
CÓPIA
CONFORME



REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO
OSTEOMELITE?

1. DIETA VOLVRE SNU D

2 SF 0.9% 500ML IV 12/12/14 500+500

DT/ID: 26/08/2017

4. TRAMAL 100MG + 100ML SFU.3% EV 6001 311

DR RODRIGO VICK

5 PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N

3/08/2017

7. CURATIVO 1X DIA Y 3

~~56~~

B. CUIDADOS GERAIS

PIEVANE 40 MG SC 1 X AO DIA

12. CLEANING AND MAINTENANCE

15. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR

PACIENTE COM DOR DE LEVE
INTENSIDADE NA REGIÃO DO
QUADRIL DIREITO, NEUROLÓGICO E
SENSITIVO
PRESERVADO, AGUARDANDO
CONDUITA PARA CIRURGIA.

Dr. Alvinio Junior
RM/AC 2061

HUER
CÓPIA

CONFORME

COMPREV
COMPREV PROVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

[illegible]

Clínica de Medicina
Enfermeira
COREN-AC 50533

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

PAGE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORAÍRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO +
OSTEOMIELITE?

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0.9%-500ML IV 12/12/11

DT/D1:28/08/2017

3. DIFIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H

DR RODRIGO VICK

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO 5/5

3108/2017

PACIENTE REEERINDO BDA NOITE DE
SONO. EUPNEICO/ANICTERICO
EDEMA DE 1+4+;NEUROL 7GICO E
SENSITIVO PRESERVADO.

8. CUIDADOS GERAIS

10. VANCOMICINA 500mg + 500ml sfo.9%iv diluido 12/12h

12. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA

15. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR

U.S. Air Force Junior
R.M. Thompson
R.M. NC 2061

COMPREV
COMPREV PROVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

HUE
CÓPIA

Jane Paula
Téc. em Enfermagem
COREN 635218 AC

10:00 Pac PH=140x60,
munt's todo lado curativo
do peito limpo e seco /
Pinoleto

11:00 Pac PH=100x60
munt's sem queixo pro
momento — Pinoleto

19/09/2017 às 11:35h
Pte Soma de Alta mobiliza
ção: Soma de Joste, munt's
com Peleada e no corpo
manta da sua fundição.

Jane Paula
Téc em Enfermagem
COREN 635218 AC

19/0/77

App can be used to do

Amesbury, N. H. 1894

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



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB

NOME: JORDENSON DI COSTA

IDADE: 34 ANOS

PO 13:30L (28/08/18)

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: normal

Vesícula Biliar: normal

Pâncreas: normal

Rins: normais



Aorta: normal

Baço: normal

Bexiga: normal

Conclusão: Sem alterações visíveis no abdome

HUEB
CÓPIA
CONFORME ATU

79
HUEB
CÓPIA
CONFORME ATU

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. MACOS UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JALDERSON DA COSTA MACHADO (EME)
Requisicao: 17.PC.2.013575
Num. do BE: 02482854

Idade...: 34A
Requis.: 10/09/2017

US. Origem.: HUERB/PS 000
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhões)...	4.57	mm3	VR: 4.5 a 5.5 milhões/mm3
Hemoglobina:.....	12.30	g/dL	VR: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	41.00	%	VR: 42 a 52 M: 37 a 46 %
VCM:.....	89.30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	26.90	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	30.10	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.300	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
basófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinófilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	166	mm3	
Neutrófilos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metanúcleos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Linfócitos:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	166	mm3	
Segmentados:.....	76	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	6.308	mm3	
Monócitos:.....	15	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.245	mm3	
Plaquetas:.....	5	%	VR: 4 a 9 %
Valor Absoluto:.....	415	mm3	
Reservacao:.....	0	%	VR: 0 %



US VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 10/09/17 as 08:49 Coleta: 10/09/17 as 07:32-1a. Via Impressa: 10/09/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	2 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:.....	9 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:.....	318.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 10/09/17 as 08:49 Coleta: 10/09/17 as 07:32-1a. Via Impressa: 10/09/17

152

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700. - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: JALDERSON DA COSTA MACHADO (EME)
Requisicao: 17.PC.2.011910
Num. do BE: 02482854

Idade.: 34A
Requis.: 28/08/2017

US. Origem.: HUERB/PS CCB
Solicitante: FELIPE HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA

Cons. Regional: 2106

Setor.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões).....	3,99	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,10	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	35,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	87,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,70	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	31,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	15.000	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinófilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Plaquetas:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	300	mm3	
Segmentados:.....	85	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	12.750	mm3	
Linfócitos:.....	8	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.200	mm3	
Monócitos:.....	5	%	VR: 1 a 8 %
Valor Absoluto:.....	750	mm3	
Elastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observação:.....			



OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	1 MINUTO E 45 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:.....	5 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	215.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 28/08/17 as 16:18 Coleta: 28/08/17 as 15:10-1a. Via Impressa: 28/08/17

HUERB
CÓPIA
CONFORME
Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Bioquímico
CRF/AC 009



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: for novo do molo

História da Doença Atual: for febre

História da Doença Anterior: ome gastrite

Exame Físico: ome gastrite a febre
for febre

Diagnóstico Provisório: HUE

Diagnóstico Definitivo: CÓPIA

Motivo da Cobrança: 12

CONFIRMADO
Dr. João Gomes
Pneumologia
RS/AC

- 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 CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 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



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

COMPREV - R. CÊNCIA 04

0.5 1.0 1.5 2.0

PROTOCOLLO

LAUDO MÉDICO

NOME:

O paciente supracitado apresenta

ou há

tendo sido tratado com

No momento, encontra-se

CIP:

Marcondes Oliveira Silva
PRM Ortopedia Traumatologia
CRM AC 2105

Médico

Rio Branco - AC

02.10.18

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VALIDADE EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 1417309466		JALDERSON DA COSTA MACHADO			
		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 381616 SSP AC		DATA NASCIMENTO 03/10/1982	
		CRI 719.415.842-68		DATA NASCIMENTO 03/10/1982	
PERMISSÃO 		CRIAÇÃO MARCEL ALVES MACHADO			
		MARIA FRANCISCA DA COSTA MACHADO			
ACC 		CAT. HAB. AB		1ª HABILITAÇÃO 06/03/2012	
Nº REGISTRO 05437771560		VALIDADE 09/03/2022		1ª HABILITAÇÃO 06/03/2012	
OBSERVAÇÕES					
<p><i>Jalderson da Costa Machado</i></p> <p>Assinatura do Titular</p>					
LOCAL RIO BRANCO - ACRE		DATA EMISSÃO 13/03/2017			
PROTOCO PLASTIFICAR 1417309466		13458662254 AC407382240			
		ACRE			

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 AGO 2018

PROTÓCOLO
AG. RIO BRANCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1224660700

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1224660700

NOME
KEILA DA SILVA ARAUJO

RG
956475 - BRASILEIRO (R)

DT
30/04/2012 12

DATA NASCIMENTO
20/08/1986

SEXO
F

NOME
JOSE CARLOS ARAUJO

NOME
FRANCISCA CARLOS DA SILVA

PROFISSÃO
NÃO RESPONDE

ACC
NÃO RESPONDE

OK 066
AR

Nº REGISTRO
05408329979

VALIDADE
07/06/2021

EMISSÃO
23/01/2012

ORIENTAÇÃO

Keila da Silva Araujo

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RIO BRANCO - AC

DATA
24/06/2014

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DETRAN

DETRAN - AC (ACRE)

43804657137
AC406894400

DET. TRÂNSITO NACIONAL VEÍCULO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 013130488145
CERTIFICADO DE REGISTRO E FINANCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00914086839 2017

JALDERSON DA COSTA MACHADO
Nº 013130488145

719.415.942-68

MZS5173

HONDA/NXR150 BROS ESD

2007 2007

VERNELHA

XPABOX

PAÇO-COTA UNICA

14/03/2017

SEJA RESERVA DE DOMÍNIO E BENEFITÁRIO

SENADOR GUIMARÃES

14/08/2017

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

AC Nº 013130488145 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 14/08/2017

01 719.415.942-68

00914086839 HONDA/NXR150 BROS ESD

2007 9 9C2KD03107R015397

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33

R\$44.15 R\$0.7 R\$485.5

DATA DE OBRIGAÇÃO 14/03/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.243.605/0001-08

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397540 **Cidade:** Senador Guimard **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314380/18

Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO

CPF: 719.415.842-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/08/2017

Titular do CPF: JALDERSON DA COSTA MACHADO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JALDERSON DA COSTA MACHADO : 719.415.842-68

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF/CNPJ: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3180397540

Vítima: Jalderson da Costa Machado

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 843,75 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone


(68) 3303-8873 / 99939-5644

Jalderson da Costa Machado

Rio Branco/AC 03 de outubro de 20 18.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314380/18

Número do Sinistro: 3180397540

Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO

CPF: 719.415.842-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/08/2017

Titular do CPF: JALDERSON DA COSTA
MACHADO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397540 **Cidade:** Senador Guimard **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397540 **Cidade:** Senador Guimard **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397540 **Cidade:** Senador Guimard **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JALDERSON DA COSTA MACHADO**

Nº Sinistro: **3180397540**

Vítima: **JALDERSON DA COSTA MACHADO**

Data do Acidente: **26/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEILA DA SILVA ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180397540**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

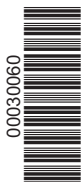
Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13300985



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JALDERSON DA COSTA MACHADO

Nº Sinistro: 3180397540

Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO

Data do Acidente: 26/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180397540**.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

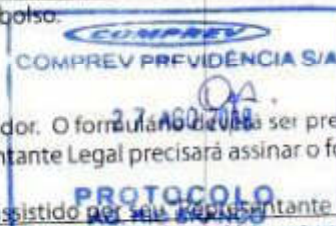
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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:

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 entre 16 e 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

719.415.842-68

Nome completo da vítima

Jalderison da Costa Machado

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jalderison da Costa Machado			CPF titular da conta	719.415.842-68	Profissão	Motorista
Endereço	R. 3			Número	31	Complemento	Casa
Bairro	Chico Paulo			Cidade	Senador Guimarães	Estado	Acre
Email				CEP	69.925-000	Telefone (DDD)	(68) 3301-8871

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ 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 NRQ.	D/V	CONTA NRQ.	D/V
3706	03	10963	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRQ.
AGÊNCIA NRQ.	D/V
CONTA NRQ.	D/V
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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, 09 de Agosto de 2018
Local e Data

Jalderison da Costa Machado
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR GUIOMARD
Endereço: AVENIDA CASTELO BRANCO, 1490 – CENTRO – 69925-000, Fone: (68) 3232-2251

OCORRÊNCIA Nº: 1180/2017 – Registrado em 03/10/2017 08:40:03

FATO COMUNICADO

Data/hora do fato: 26/08/2017 às 10h30min

ILÍCITO PENAL: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Município: SENADOR GUIOMARD.

Estado: Acre.

Logradouro: Rua Cesar Portela, bairro Naire Leite, Senador Guiomard/AC

Referência: Via Pública

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

JALDERSON DA COSTA MACHADO, brasileiro, DN: 03/10/1982, RG: 381616 SSPAC, MANOEL ALVES MACHADO e MARIA FRANCISCA DA COSTA MACHADO. END: Quadra 12, casa 26, bairro Chico Paulo II, Senador Guiomard/AC, Fone: 99917 2168.

ENVOLVIMENTO: AUTOR

Antônio Cid Rodrigues Ferreira, END: Rua Hermes Alves Brasileiro, 1007, bairro Naire Leite, em Senador Guiomard/AC. Fone: 99962 1366.

VEÍCULO ENVOLVIDO: Marca/Modelo: motocicleta Honda BROS ESD NXR 150, placa MZS 5173, PROPRIETÁRIO: JALDERSON DA COSTA MACHADO.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Relata o comunicante, que na data supracitada o mesmo trafegava pela rua Cesar Portela, quando um veículo Ford/Fiesta 1.6 Flex de cor preta placa: MZR-1681 saiu da rua adjacente ao bairro Tampa Azul e colidiu com o mesmo, que o AUTOR prestou socorro e levou o comunicante para o hospital Ari Rodrigues, o qual deixou um telefone caso a vítima precisasse de ajuda, que a esposa do comunicante entrou em contato com AUTOR para que este arque com as despesas médicas, pois a vítima está internada no Pronto Socorro da capital, e este disse ao telefone que não era mais para ligar pra ele, pois não tinha mais nada com o ocorrido. Que registra ocorrência para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

MARCUS JOSÉ DA SILVA CABRAL
Delegado de Polícia Civil

HELITON CARNEIRO OLIVEIRA
Agente de Polícia Civil

JALDERSON DA COSTA MACHADO
Comunicante



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jaldevson da Costa Machado

CPF da Vítima

719.415.842-68

Data do Acidente

26/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

CPF do Representante legal

Email

27 AGO 2018

Telefone (DDD)

(68)3301-8871

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Rio Branco, 09 de Agosto de 2018

Local e Data

Jaldevson da Costa Machado

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

MS/DATASUS

HOSPITAL DR ARY RODRIGUES

No. DO BE: 213553
CNS: 706405176109581DATA: 26/08/2017 HORA: 11:58
SETOR: 01-EMERGENCIA/TRAUMA

USUARIO: ALBANITA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JALDERSON DA COSTA MACHADO
IDADE : 34 ANOS NASC: 03/10/1982
ENDERECO : RUA PADRE TIAGO MATIOLLE
COMPLEMENTO : CASA BAIRRO: 18 DE SETEMBRO
MUNICIPIO : SENADOR GUIOMARD UF: AC
NOME PAI/MAE : MANOEL ALVES MACHADO /MARIA FRANCISCA DA COSTA
RESPONSAVEL : O PROPRIO
PROCEDENCIA : DEZOITO DE SETEMBRO
ATENDIMENTO : ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO
ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : NAO

DOC...: S
SEXO...: MASCULINO
NUMERO:
CEP...: 69925-000
TEL...: 99574783

TRAUMA: NAO

PA: 100 X 70 mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

27 AGO 2018

DIAGNOSTICO:

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

1) SAO ANTONIO LANCADO SEMPRE E.V
2) ADIADAM 1/2 E.V
3) SOL: IV RX: TONSO, C/ALCOOL PELTICO
MEM-BRO INF (3)

HORA DA SAIDA: :
[] EVASAO [] DESISTENCIA

DATA DA SAIDA: 1/1
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Transferência

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: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JALDERSON DA COSTA MACHADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03706

CONTA: 000000010963-9

Nr. da Autenticação EFEA6AB9CC8FB351