

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Julderon da Costa Machado,

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

CPF nº 719.415.842-68, 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>lana</u>
Bairro	<u>Chico Pauão</u>
Cidade	<u>Senador Guinévaro Santos</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.925-000</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8873 / 99919-5644</u>
E-mail	

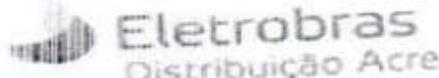
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 09/08/2018

Assinatura do Declarante:

Julderon da costa machado



Para contato com a empresa,
informe este númeroCódigo Único
0414807-0

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE

FUA VALÉRIO MAGALHÃES, 226

RIO BRANCO - AC - CEP: 69.900-000

CNPJ: 04.068.003/0001-70 IE: 0100414100146

Atendimento: 0800 647 7196 www.eletrobrasacre.com

Sexta-feira: 0800-721-8848 (DRH às 18h)

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 107 - Ligação Grátis de Telefones fixos e tarifada na opção para telefones celulares										
Entrada	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado				
Doc. Fd.	Classe/Subclasse	Ligação	Posto	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD				
	Residencial	Bifásica		Normal						
Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Médio	Cons. Faturado				
Consumo	BIF17207500	733	509	1,00000	5	224	224			

Consumo	Wh	Composição de Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
05/2018	373	TUSD (*)	55,35	0,548895	165,05
04/2018		TE (*)	44,14		6,76
03/2018		Transmissão	1,47		13,95
02/2018		Encargos	22,00		
01/2018		Trânsito	42,09		
12/2017			Consumo 224 kWh a 0,736870		
11/2017			Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		
10/2017			Financiamento Padrão 1/36		
09/2017			Adicional Bandeira Amarela - 0,61		
08/2017			Adicional Bandeira Vermelha - 8,10		
07/2017					
06/2017					
Média					
12 meses	373	Pis - 0,14			
		Coafins - 0,69			

Indicadores de Continuidade: 04/2018				Conta em Débito	
Mês	107 - TAQUARI	Realizado	R\$ 0,00	Mês/Ano	FD Vencimento
	Mensal	Trimestral	R\$ 0,00	05/2018	0 11/06/2018
DIC	11,72	0,00	23,44		274,41
FIC	5,54	0,00	11,09		
DMIC	6,05	0,00	6,05		

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas acima relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

- ⇒ Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V
- ⇒ Ligue para 0800 647 7196 e faça opção de vencimento de sua conta 1 7 13 19 25 28

Total de Conta(s) Pendente(s): R\$ 274,41

Mês/Ano FD Vencimento Valor

05/2018 0 11/06/2018 274,41

⇒ As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo: 165,05
Aliquota: 25,00
Valor do ICMS: 41,26

Vencimento
02/07/2018Valor a Pagar
R\$ 185,76

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kilda da Silva Araujo

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

CPF nº 90642547272, 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>Bloco 03</u>
Bairro	<u>Besouro</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8873 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 37/08/2018

Assinatura do Declarante: Kilda da S. Araujo.



COMPANHIA ELETRÔNICA DO ACRE S/A
Av. Presidente Dutra, 218 - Rio Branco - AC
CNPJ: 00056333196215 - CNPJ: 00056333196215
RG: 00056333196215 - RG: 00056333196215

Nº da Nota Fiscal

001871001

DATA DA F. C.	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	13/08/2018	226	187,66
KELIS REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA AV. NACOES UNIDAS 710 BOX 03 BOSQUE CPF: 00056333196215 CEP: 69.900-463 - R			
ROT: 4.001.04.03.002190			
DADOS DA F. C. / TURMA		DATAS DA LEITURA	
Novo	3865	Final	25/07/2018
Antigo	3579	Prévio	27/06/2018
Consumo de F. C. (kWh)	1.000	Próximo	22/08/2018
Consumo F. C. (kWh)	226	Final	24/07/2018
Consumo F. C. (kWh)	226	Prévio	25/07/2018
Forma de Faturamento: NORMAL Código de Pagamento: 28 Data da Conta: 28			
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Nome da Unidade	TIPO	Agente de Faturamento	Prévia - Código F. C. - Mês de Faturamento
COMERCIAL	BI	BIF16205233	3.6.1.2 246
HISTÓRICO ANUAL			
JUN/18	191	CONSUMO 226 A R\$ 0,766606 =	173,25
MAR/18	255	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,59
ABR/18	293	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,73
MAR/18	278	MUL A POR ATRASO 05/18-00	4,81
FEV/18	171	JURIS DE MORA DE IMPO 05/18-00	1,28
JAN/18	90	ADITIONAL BANDEIRA VERMELHA -	11,28
DEZ/17	319		
NOV/17	231		
OUT/17	267		
SET/17	312		
TRIF. 3D TRIBUTOS:			
0 A 226 - 0,553700			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
06/2018 154,30

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos existir um débito(s) vencido(s) no valor de R\$ 154,30 (cem e cinquenta e quatro reais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(s) sido(s) paga(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição do Acre com o(s) comprovante(s) de pagamento.

***** LIGUE 0800 647 7196 FACA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVADO AO F. C. 6089, F018, 0FFA, 22EC, C1BD, CED0, 59C2, 9F1F

COMPOSIÇÃO DA F. C. - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Desconto	56,91	Base de Cálculo	173,25
Desconto	45,41	Alíquota ICMS	25,00%
Desconto	1,51	Alíquota ICMS	43,31
Desconto	22,61	Alíquota IPI	0,60
Total	46,61	Alíquota COFINS	2,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	01	02	03	04	05	06
Mês	Trimestre	Mês	Trimestre	Mês	Trimestre	Mês
01/18	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Comprador	SAO FRANCISCO	Período de Faturamento:	05/2018	TOTAL A PAGAR - R\$	81,65
ROT: 4.001.04.03.002190	SEU CÓDIGO: 0394141-8	PERÍODO FATURADO:		TOTAL A PAGAR - R\$	187,66

07/2018 13/08/2018

001871001 FCAM

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 AGO 2018

PROTÓCOLO
AC RIO BRANCO

COMPRAV SISTEMA DE GESTÃO DE F. C.
Rua Presidente Dutra, 218 - Rio Branco - AC
CNPJ: 00056333196215 - CNPJ: 00056333196215
RG: 00056333196215 - RG: 00056333196215

001871001 FCAM

83640000001 1 87560045000 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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF²**.

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 906.425.472-72,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaderlen da Costa Machado inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 719.455.842-68, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima
Jaderlen da Costa Machado inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.455.842-68, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor - te Renda: Revisor - te e apresento os documentos comprobatórios:
Revisor - te

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>739</u>	Complemento <u>Bot 03</u>
Bairro <u>Besqueu</u>	Estado <u>RS</u>	CEP <u>69.900-263</u>
Cidade <u>Rio Branco</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(68) 3305-8871</u>	Telefone celular (DDD) <u>(68) 99919-5644</u>
Email		

Rio Branco, 17 de Agosto de 2018
 Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jalderson da Costa Machado,
RG nº 381616, data de expedição 13/10/2017
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 Bloco Paulista, nº 35,
complemento lara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jalderson da Costa Machado cujo o condutor era
Jalderson da Costa Machado
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda NXR150 Bros ESB
Ano: 2007
Placa: VE255173 07 R 015387
Chassi: 9C2KB03107
Data do Acidente: 26/08/2017
Local e Data: Rio Branco 08/08/2018



Jalderson da Costa Machado

Assinatura do Declarante



Jalderson da Costa Machado

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 Ricardo de Vasconcelos Martins
Tabelião e Registrador
www.cartoriomartins.com

Rua Três de Maio, 1770 - Centro
Fone (68) 3232-3989 - Senador Guiomard - AC
e-mail: cartoriomartins.ac@hotmail.com

Reconhecimento por AUTÉNTICA 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 - DCB6-BC28-8215-5654

Senador Guiomard - Acre, 08 de agosto de 2018.

Jeaniene Simão Amâncio
Excrevante Autorizada



 Ricardo de Vasconcelos Martins
Tabelião e Registrador
www.cartoriomartins.com

Rua Três de Maio, 1770 - Centro
Fone (68) 3232-3569 - Senador Guiomard - AC
e-mail: cartoriomartins.ac@hotmail.com

Reconhecimento por AUTÉNTICA 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 - DCB6-BC28-8215-5654

Senador Guiomard - Acre, 08 de agosto de 2018.

Jeaniene Simão Amâncio
Excrevante Autorizada



MS/DATASUS

HOSPITAL DR ARY RODRIGUES

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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

BAIRRO: 18 DE SETEMBRO

COMPREV UF: AC MARIA FRANCISCA DA COSTA

COMPREV PREVIDENCIA SA

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

27 AGO 2018

PROTÓCOLO
VEIO DE AMBULANCIA FRANCIA

TRAUMA: NAO

PA: [] 100 x 70 mmHg 1 PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: []

DADOS CLINICOS:

Clínico: melhora lenta e de modo mais ou menos constante.
 Tensão, no momento INF. () e/ou edema ()
 PE () e/ou dor () e/ou tiques ()

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

(1) SAO AVEN INJECAO SORO 500 ml
 (2) CINNAM 100 mg
 (3) SOT. INJ RX: IDRO, CINNAM, PELTIC
 MENG INF ()

10:10

JUN
535

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Transferencia

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DADOS DA INTERNACAO

DADOS DA INTERNACAO No. do BE: 2482854
Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA
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

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Proc. Realizado:

Dr. Hr. Saïda:

Especialidade:

Tipo de Saída:

CID Principal:

CID Secund

Principal:

Secondary



HUER
CÓPIA
CONFORME nas-

13.



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriana de Costa Machado

5 - N° DO PRONTUÁRIO

85900

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

3/08/82

8 - SEXO

Masc

1 Fem

3

9 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Francisca da Costa Machado

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 02 26 Chico Pau Pd

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gramado Guanareta

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

nic

18 - UF

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Acute de malo e febre

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

curtin



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

Rx MRF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CIO 10 PRINCIPAL

25 - CIO 10 SECUNDARIO

26 - CIO 10 CAUSAS ASSOCIADAS

febre

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

360816

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

31 - DOCUMENTO

43 - CNAE DA EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

44 - CBO

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HUEN

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CÓPIA

CONFORME

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RÍO BRANCO

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 : JALDHINSON DA COSTA MACHADO		DOC..: 381616RG
IDADE..: 34 ANOS	NASC: 03/10/1982	SEXO.: MASCULINO
ENDERECO.: RUA 02		NUMERO: 26
COMPRIMENTO.: 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	
RESPONSAVEL.: ESPOSA-MARIA JOSE		TEL...: 999515054
PROCDENCIA.: MUNICIPIO SENADOR GUIOMARD		
ATENDIMENTO.: ACIDENTE DE TRANSITO		
CASO POLICIAL.: SIM	PLANO DE SAUDE...: NAO	TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO	VEIO DE AMBULANCIA: SIM	

PA [89 x6 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [112] SPO2 [] 100%

EXAM. COMPL. | RATIO X | 1 SANGUE | 1 URINA | 1 TCO | 1 LIQUOR | 1 EGGI | 1 ULTRASSONOGRAFIA

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

DAÑOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____
Peculiarias d' edisão, roto e cao, quando fejo
sue, se colo anel, fui quando rigide relaxar
de pulso a m/ de mts. mas não do pulso, mas

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

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

Algunas indolencias, pero no es un síntoma particular.

DIAGNOSTICO: taor, no es un oftalmo

CID:

PRESCRICAO

HOBARTO DA MEDITAÇÃO

✓ SAP 1000W (70)

2) hand 100 g + 100 ml 250 g / (400)

1) d'now 2017 Fall in (an)

DATA DA SAÍDA: / /

ALTA: DESESSAO MEDICA A PEDIDO EVASAO SAIDA: RESISTENCIA

ALTA: DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO DESISTÊNCIA
ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO **CÓPIA**

[] ENCAMINHADO AO AMBULEATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HOTELER

七五五

27 AGO 2018

6-7 400 2010

CONFORME

ASSINATURA DO PAGAMENTO / RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÓDULO DO MÉDICO

Paciente admitido em SET. trazido pelo SAMU em maca e em prancha rígida.
45 Anos Mts com dor no membro inferior direito mobilizado, encontra-
se lúido, espumoso. Presidente do município S. J. de Gurjanar. AVP em membro in-
ferior direito, incomunicado ao RX e a ultrassom. 55 VV: 89 x 66 mm, F.C. = 152 bpm
SpO₂ = 100%. Ac. de informagem.

elopatio - houve o nro de dia mto
p/ ei segredo da OMC queimado grande
duplicado e (excluindo inutilizado) (xc)

Pr. subito n ci fa pienello hincare

an: 1mwh

intervencion p/ rot. cir.

rebono e set p/ pilar ou aek.

Rodrigo Vitor Góes
Ortopedista Traumatologista
RIO DE JANEIRO



HUER

10. CÓPIA

CONFORME

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



NovoAcre
Desenvolvendo o potencial



CÓPIA

UNIDADE:
NOME: Jaldimon do Costa

IDADE: _____ B.E.: _____

OBSERVAÇÃO: _____

LEITO: 16/02/2012

DATA: _____

Evolução: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

HORÁRIO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

DATA: _____

Evolução: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

HORÁRIO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

DATA: _____

Evolução: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

HORÁRIO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

DATA: _____

Evolução: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

HORÁRIO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

DATA: _____

Evolução: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

HORÁRIO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

DATA: _____

Evolução: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

HORÁRIO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

DATA: _____

Evolução: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

HORÁRIO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

DATA: _____

Evolução: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

HORÁRIO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____



27 AGO 2010

PROTÓCOLO
AG. RIO BRANCO

CONFORME

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	JALDERSON DA COSTA AMCHADO	34	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	152
EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO		HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO
DDO 29610017
DR RONIQUICK

1. DIETA VO LIVRE
2. SCALP SALINIZADO
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 500ML 10/16.00-04
4. TRAMAL 100MG + 100ML SFG 3% EV 500ML 10/16.00-04
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 50ML 10/16.00-04
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 10/16.00-04
7. CURATIVO 1 UNID
8. CUIDADOS GERAIS
9. CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA 10/16.00-04
10. DEXAMETAZONA 1 AMPOLA EV 12H/2HRS 10/16.00-04
11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1X AO DIA 10/16.00-04

*Felipe Henrique M. Dutra
CRM Ortopedista / Fisiatra
CEMFC 2106*

8.07.00 recebido
Pelo paciente com dor
comunicativa, ofensiva
de começo leve, dor
moderada, persistente ou
intensificada. Dor
dista. O paciente já fez
mobilização. Fazendo
compressa tanta com
andar. O de fadiga
fazendo banho e
de banho.

Tec. Engr. Fizioterapeuta
Convenção 151

8.07.00 Pcl. paciente
não informa antecedentes
de dor, dor intensa, dor
comunicativa.

Tec. Engr. Fizioterapeuta
Convenção 323372



HUER
CÓPIA
CONFORME

REGISTRO
PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

IDADE
34

LEITO
152

HUERB
CENTRAL DE ATENDIMENTO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO
DATA: 26/08/2017
DR RODRIGO VICK
26/08/2017

1. DIETA VÔ LIVRE S N D
2. SCALP SALINIZADO
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 16/16/04
4. TRAMAL 100MG + 100ML 5% EV 8/8HRS 16/16/04
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS 16/16/04
6. OMEPRAZOL 40MG EV 16/16/04

PACIENTE

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

JOELHO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

REGULAR

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

DIREITO

EM

ESTADO

GERAL

QUEIXAS

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/DTI: 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

29/08/2017

PACIENTE EM REGULAR ESTADO
GERAL
QUEIXAS NÚMICAS EM JOELHO
DIREITO
PULSOS PALPÁVEIS EM MÉBRO
INFERIOR DIREITO

1. DIETA VÔLVEDRE 3 NO
2. SCALP SALINIZADO — *ci ci*
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 650ML *10. 6. 6. 6.*
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 800ML SIN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 500ML SIN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA — *6*
7. CURATIVO 1X/DIA — *7*
8. CUIDADOS GERAIS

9. CLEXANE 40 MG SC 1 X 0 DIA — *46*

10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12HRS.

11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1X AO DIA. — *40*

12. MÉBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.

HUEK

CÓPIA

CONFORME

Ap. 14:50hs rec. 09
extarto, líquido +
fluido, líquido + resfriado
a diária + resfriado
pulmônico + febre
pulmônico

18:00hs - rec.
pulmônico, febre
o membro queimado
clínico; não reflete
sua ex. no membro

18:00hs —



HUERB *Es*

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO DT/DR/26/08/2017 DR RODRIGO VICK 30/08/2017</p> <p>PACIENTE EM REGULAR ESTADO QUEIXAS NÍGICAS EM JOELHO DIREITO PULSOS PALPAVEIS EM MEBRO INFERIOR DIREITO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>S/AD</i> 2. SCALP SALINIZADO <i>S/AD</i> - <i>✓</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 65ML - <i>✓</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 80ML S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 80ML S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1MOLIA <i>✓</i> 7. CURATIVO 1X1DIA <i>✓</i> 8. CUIDADOS GERAIS 9. CLEXANE 40 MG SC 1XAO DIA - <i>✓</i> 10. DEXAMETASONA 1AMPOLA EV 12/12HRS. <i>✓</i> 11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1XAO DIA. - <i>✓</i> 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.</p>	<p><i>✓</i></p>	<p><i>✓</i></p> <p><i>HUER</i> <i>CÓPIA</i> <i>CONFORME</i></p> <p><i>Das 07:00 as 19:00 recinto aeroporto estátua, ver gen. nos alfinos, fum- cios fumacérgicos instante, exixa di- tar operando pele saudável em an- te, 1 recidivo do lesão em 100% pode ocorrer de con- junto. 95% palatino. 95% PA = 10 a 80 mmHg; Peso = 88 kg.</i></p>

REGISTRO
PACIENTE
JALDESSON DA COSTA AMCHADO

IDADE
34

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
152

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

07/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

PACIENTE EM REGULAR ESTADO

GERAL

QUEIXAS NÚNICAS EM JOELHO

DIREITO

PULSOS PALPAVEIS EM MÉBRO

INFERIOR DIREITO

12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.

1. DIETA LIVRE S A D
2. SCALP SALINIZADO
3. DIPRORNA 1GR EV DILUIDO 600ML X 16 20 24
4. TRAMAL 100MG + 100ML SFC 0,9% EV 800ML SIN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 800ML SIN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA SIN
7. CURATIVO 1X/DIA SIN
8. CUIDADOS GERAIS
9. CLEXANE 40 MG SC 1 X A DIA SIN
10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 1/2/12HRS. X 16 24
11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1 X A DIA X 16 24

HUER
CÓPIA
CONFORME

08/08/2017 18:00
Paciente encontra-se
bem, sem queixa.
Acita dura, aliviada
nascer fisiologicas.
Indicando com re-
fere 635218 —
09/07/17 as 16:00hs
Pacifíco
dolor no joelho
no dor anelar
no dor anelar no joelho
que permanece o dia
dura 120x50m
migração
e ressaca.



Felipe Henrique
Ricardo Henrique
Leandro Henrique
Leandro Henrique
Leandro Henrique
Leandro Henrique



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

510

LEITO

HERR

REGISTRO
PACIENTE
JALDERSON DA COSTA AMCHADO

HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
---------	-------------------------

EVOLUÇÃO	PRESCRITIVO
<p>FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO DT/DI: 26/08/2017 DR RODRIGO VICK 31/08/2017</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS DE DOR, COM 1+4+, PERFUSÃO DISTAL MANTIDA. FERIDAS CROSTOSAS NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO DIREITO. E DORSO DO PÉ DIREITO. PERFUSÃO DISTAL MANDÍBULA SEM EDEMA</p>	<p>1. DÉ 1A VD LIVRE 2. SCALP SALINIZADO 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 1000ML 30.9% EV BIB/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV BIB/6H 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS/6H 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. CLEZANE 40 MG SC 1X AO DIA 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.</p> <p><i>10/08/2017</i></p> <p><i>11/08/2017</i></p> <p><i>12/08/2017</i></p> <p><i>13/08/2017</i></p> <p><i>14/08/2017</i></p> <p><i>15/08/2017</i></p> <p><i>16/08/2017</i></p> <p><i>17/08/2017</i></p> <p><i>18/08/2017</i></p> <p><i>19/08/2017</i></p> <p><i>20/08/2017</i></p> <p><i>21/08/2017</i></p> <p><i>22/08/2017</i></p> <p><i>23/08/2017</i></p> <p><i>24/08/2017</i></p> <p><i>25/08/2017</i></p> <p><i>26/08/2017</i></p> <p><i>27/08/2017</i></p> <p><i>28/08/2017</i></p> <p><i>29/08/2017</i></p> <p><i>30/08/2017</i></p> <p><i>31/08/2017</i></p> <p><i>01/09/2017</i></p> <p><i>02/09/2017</i></p> <p><i>03/09/2017</i></p> <p><i>04/09/2017</i></p> <p><i>05/09/2017</i></p> <p><i>06/09/2017</i></p> <p><i>07/09/2017</i></p> <p><i>08/09/2017</i></p> <p><i>09/09/2017</i></p> <p><i>10/09/2017</i></p> <p><i>11/09/2017</i></p> <p><i>12/09/2017</i></p> <p><i>13/09/2017</i></p> <p><i>14/09/2017</i></p> <p><i>15/09/2017</i></p> <p><i>16/09/2017</i></p> <p><i>17/09/2017</i></p> <p><i>18/09/2017</i></p> <p><i>19/09/2017</i></p> <p><i>20/09/2017</i></p> <p><i>21/09/2017</i></p> <p><i>22/09/2017</i></p> <p><i>23/09/2017</i></p> <p><i>24/09/2017</i></p> <p><i>25/09/2017</i></p> <p><i>26/09/2017</i></p> <p><i>27/09/2017</i></p> <p><i>28/09/2017</i></p> <p><i>29/09/2017</i></p> <p><i>30/09/2017</i></p> <p><i>01/10/2017</i></p> <p><i>02/10/2017</i></p> <p><i>03/10/2017</i></p> <p><i>04/10/2017</i></p> <p><i>05/10/2017</i></p> <p><i>06/10/2017</i></p> <p><i>07/10/2017</i></p> <p><i>08/10/2017</i></p> <p><i>09/10/2017</i></p> <p><i>10/10/2017</i></p> <p><i>11/10/2017</i></p> <p><i>12/10/2017</i></p> <p><i>13/10/2017</i></p> <p><i>14/10/2017</i></p> <p><i>15/10/2017</i></p> <p><i>16/10/2017</i></p> <p><i>17/10/2017</i></p> <p><i>18/10/2017</i></p> <p><i>19/10/2017</i></p> <p><i>20/10/2017</i></p> <p><i>21/10/2017</i></p> <p><i>22/10/2017</i></p> <p><i>23/10/2017</i></p> <p><i>24/10/2017</i></p> <p><i>25/10/2017</i></p> <p><i>26/10/2017</i></p> <p><i>27/10/2017</i></p> <p><i>28/10/2017</i></p> <p><i>29/10/2017</i></p> <p><i>30/10/2017</i></p> <p><i>01/11/2017</i></p> <p><i>02/11/2017</i></p> <p><i>03/11/2017</i></p> <p><i>04/11/2017</i></p> <p><i>05/11/2017</i></p> <p><i>06/11/2017</i></p> <p><i>07/11/2017</i></p> <p><i>08/11/2017</i></p> <p><i>09/11/2017</i></p> <p><i>10/11/2017</i></p> <p><i>11/11/2017</i></p> <p><i>12/11/2017</i></p> <p><i>13/11/2017</i></p> <p><i>14/11/2017</i></p> <p><i>15/11/2017</i></p> <p><i>16/11/2017</i></p> <p><i>17/11/2017</i></p> <p><i>18/11/2017</i></p> <p><i>19/11/2017</i></p> <p><i>20/11/2017</i></p> <p><i>21/11/2017</i></p> <p><i>22/11/2017</i></p> <p><i>23/11/2017</i></p> <p><i>24/11/2017</i></p> <p><i>25/11/2017</i></p> <p><i>26/11/2017</i></p> <p><i>27/11/2017</i></p> <p><i>28/11/2017</i></p> <p><i>29/11/2017</i></p> <p><i>30/11/2017</i></p> <p><i>01/12/2017</i></p> <p><i>02/12/2017</i></p> <p><i>03/12/2017</i></p> <p><i>04/12/2017</i></p> <p><i>05/12/2017</i></p> <p><i>06/12/2017</i></p> <p><i>07/12/2017</i></p> <p><i>08/12/2017</i></p> <p><i>09/12/2017</i></p> <p><i>10/12/2017</i></p> <p><i>11/12/2017</i></p> <p><i>12/12/2017</i></p> <p><i>13/12/2017</i></p> <p><i>14/12/2017</i></p> <p><i>15/12/2017</i></p> <p><i>16/12/2017</i></p> <p><i>17/12/2017</i></p> <p><i>18/12/2017</i></p> <p><i>19/12/2017</i></p> <p><i>20/12/2017</i></p> <p><i>21/12/2017</i></p> <p><i>22/12/2017</i></p> <p><i>23/12/2017</i></p> <p><i>24/12/2017</i></p> <p><i>25/12/2017</i></p> <p><i>26/12/2017</i></p> <p><i>27/12/2017</i></p> <p><i>28/12/2017</i></p> <p><i>29/12/2017</i></p> <p><i>30/12/2017</i></p> <p><i>01/01/2018</i></p> <p><i>02/01/2018</i></p> <p><i>03/01/2018</i></p> <p><i>04/01/2018</i></p> <p><i>05/01/2018</i></p> <p><i>06/01/2018</i></p> <p><i>07/01/2018</i></p> <p><i>08/01/2018</i></p> <p><i>09/01/2018</i></p> <p><i>10/01/2018</i></p> <p><i>11/01/2018</i></p> <p><i>12/01/2018</i></p> <p><i>13/01/2018</i></p> <p><i>14/01/2018</i></p> <p><i>15/01/2018</i></p> <p><i>16/01/2018</i></p> <p><i>17/01/2018</i></p> <p><i>18/01/2018</i></p> <p><i>19/01/2018</i></p> <p><i>20/01/2018</i></p> <p><i>21/01/2018</i></p> <p><i>22/01/2018</i></p> <p><i>23/01/2018</i></p> <p><i>24/01/2018</i></p> <p><i>25/01/2018</i></p> <p><i>26/01/2018</i></p> <p><i>27/01/2018</i></p> <p><i>28/01/2018</i></p> <p><i>29/01/2018</i></p> <p><i>30/01/2018</i></p> <p><i>01/02/2018</i></p> <p><i>02/02/2018</i></p> <p><i>03/02/2018</i></p> <p><i>04/02/2018</i></p> <p><i>05/02/2018</i></p> <p><i>06/02/2018</i></p> <p><i>07/02/2018</i></p> <p><i>08/02/2018</i></p> <p><i>09/02/2018</i></p> <p><i>10/02/2018</i></p> <p><i>11/02/2018</i></p> <p><i>12/02/2018</i></p> <p><i>13/02/2018</i></p> <p><i>14/02/2018</i></p> <p><i>15/02/2018</i></p> <p><i>16/02/2018</i></p> <p><i>17/02/2018</i></p> <p><i>18/02/2018</i></p> <p><i>19/02/2018</i></p> <p><i>20/02/2018</i></p> <p><i>21/02/2018</i></p> <p><i>22/02/2018</i></p> <p><i>23/02/2018</i></p> <p><i>24/02/2018</i></p> <p><i>25/02/2018</i></p> <p><i>26/02/2018</i></p> <p><i>27/02/2018</i></p> <p><i>28/02/2018</i></p> <p><i>29/02/2018</i></p> <p><i>30/02/2018</i></p> <p><i>01/03/2018</i></p> <p><i>02/03/2018</i></p> <p><i>03/03/2018</i></p> <p><i>04/03/2018</i></p> <p><i>05/03/2018</i></p> <p><i>06/03/2018</i></p> <p><i>07/03/2018</i></p> <p><i>08/03/2018</i></p> <p><i>09/03/2018</i></p> <p><i>10/03/2018</i></p> <p><i>11/03/2018</i></p> <p><i>12/03/2018</i></p> <p><i>13/03/2018</i></p> <p><i>14/03/2018</i></p> <p><i>15/03/2018</i></p> <p><i>16/03/2018</i></p> <p><i>17/03/2018</i></p> <p><i>18/03/2018</i></p> <p><i>19/03/2018</i></p> <p><i>20/03/2018</i></p> <p><i>21/03/2018</i></p> <p><i>22/03/2018</i></p> <p><i>23/03/2018</i></p> <p><i>24/03/2018</i></p> <p><i>25/03/2018</i></p> <p><i>26/03/2018</i></p> <p><i>27/03/2018</i></p> <p><i>28/03/2018</i></p> <p><i>29/03/2018</i></p> <p><i>30/03/2018</i></p> <p><i>01/04/2018</i></p> <p><i>02/04/2018</i></p> <p><i>03/04/2018</i></p> <p><i>04/04/2018</i></p> <p><i>05/04/2018</i></p> <p><i>06/04/2018</i></p> <p><i>07/04/2018</i></p> <p><i>08/04/2018</i></p> <p><i>09/04/2018</i></p> <p><i>10/04/2018</i></p> <p><i>11/04/2018</i></p> <p><i>12/04/2018</i></p> <p><i>13/04/2018</i></p> <p><i>14/04/2018</i></p> <p><i>15/04/2018</i></p> <p><i>16/04/2018</i></p> <p><i>17/04/2018</i></p> <p><i>18/04/2018</i></p> <p><i>19/04/2018</i></p> <p><i>20/04/2018</i></p> <p><i>21/04/2018</i></p> <p><i>22/04/2018</i></p> <p><i>23/04/2018</i></p> <p><i>24/04/2018</i></p> <p><i>25/04/2018</i></p> <p><i>26/04/2018</i></p> <p><i>27/04/2018</i></p> <p><i>28/04/2018</i></p> <p><i>29/04/2018</i></p> <p><i>30/04/2018</i></p> <p><i>01/05/2018</i></p> <p><i>02/05/2018</i></p> <p><i>03/05/2018</i></p> <p><i>04/05/2018</i></p> <p><i>05/05/2018</i></p> <p><i>06/05/2018</i></p> <p><i>07/05/2018</i></p> <p><i>08/05/2018</i></p> <p><i>09/05/2018</i></p> <p><i>10/05/2018</i></p> <p><i>11/05/2018</i></p> <p><i>12/05/2018</i></p> <p><i>13/05/2018</i></p> <p><i>14/05/2018</i></p> <p><i>15/05/2018</i></p> <p><i>16/05/2018</i></p> <p><i>17/05/2018</i></p> <p><i>18/05/2018</i></p> <p><i>19/05/2018</i></p> <p><i>20/05/2018</i></p> <p><i>21/05/2018</i></p> <p><i>22/05/2018</i></p> <p><i>23/05/2018</i></p> <p><i>24/05/2018</i></p> <p><i>25/05/2018</i></p> <p><i>26/05/2018</i></p> <p><i>27/05/2018</i></p> <p><i>28/05/2018</i></p> <p><i>29/05/2018</i></p> <p><i>30/05/2018</i></p> <p><i>01/06/2018</i></p> <p><i>02/06/2018</i></p> <p><i>03/06/2018</i></p> <p><i>04/06/2018</i></p> <p><i>05/06/2018</i></p> <p><i>06/06/2018</i></p> <p><i>07/06/2018</i></p> <p><i>08/06/2018</i></p> <p><i>09/06/2018</i></p> <p><i>10/06/2018</i></p> <p><i>11/06/2018</i></p> <p><i>12/06/2018</i></p> <p><i>13/06/2018</i></p> <p><i>14/06/2018</i></p> <p><i>15/06/2018</i></p> <p><i>16/06/2018</i></p> <p><i>17/06/2018</i></p> <p><i>18/06/2018</i></p> <p><i>19/06/2018</i></p> <p><i>20/06/2018</i></p> <p><i>21/06/2018</i></p> <p><i>22/06/2018</i></p> <p><i>23/06/2018</i></p> <p><i>24/06/2018</i></p> <p><i>25/06/2018</i></p> <p><i>26/06/2018</i></p> <p><i>27/06/2018</i></p> <p><i>28/06/2018</i></p> <p><i>29/06/2018</i></p> <p><i>30/06/2018</i></p> <p><i>01/07/2018</i></p> <p><i>02/07/2018</i></p> <p><i>03/07/2018</i></p> <p><i>04/07/2018</i></p> <p><i>05/07/2018</i></p> <p><i>06/07/2018</i></p> <p><i>07/07/2018</i></p> <p><i>08/07/2018</i></p> <p><i>09/07/2018</i></p> <p><i>10/07/2018</i></p> <p><i>11/07/2018</i></p> <p><i>12/07/2018</i></p> <p><i>13/07/2018</i></p> <p><i>14/07/2018</i></p> <p><i>15/07/2018</i></p> <p><i>16/07/2018</i></p> <p><i>17/07/2018</i></p> <p><i>18/07/2018</i></p> <p><i>19/07/2018</i></p> <p><i>20/07/2018</i></p> <p><i>21/07/2018</i></p> <p><i>22/07/2018</i></p> <p><i>23/07/2018</i></p> <p><i>24/07/2018</i></p> <p><i>25/07/2018</i></p> <p><i>26/07/2018</i></p> <p><i>27/07/2018</i></p> <p><i>28/07/2018</i></p> <p><i>29/07/2018</i></p> <p><i>30/07/2018</i></p> <p><i>01/08/2018</i></p> <p><i>02/08/2018</i></p> <p><i>03/08/2018</i></p> <p><i>04/08/2018</i></p> <p><i>05/08/2018</i></p> <p><i>06/08/2018</i></p> <p><i>07/08/2018</i></p> <p><i>08/08/2018</i></p> <p><i>09/08/2018</i></p> <p><i>10/08/2018</i></p> <p><i>11/08/2018</i></p> <p><i>12/08/2018</i></p> <p><i>13/08/2018</i></p> <p><i>14/08/2018</i></p> <p><i>15/08/2018</i></p> <p><i>16/08/2018</i></p> <p><i>17/08/2018</i></p> <p><i>18/08/2018</i></p> <p><i>19/08/2018</i></p> <p><i>20/08/2018</i></p> <p><i>21/08/2018</i></p> <p><i>22/08/2018</i></p> <p><i>23/08/2018</i></p> <p><i>24/08/2018</i></p> <p><i>25/08/2018</i></p> <p><i>26/08/2018</i></p> <p><i>27/08/2018</i></p> <p><i>28/08/2018</i></p> <p><i>29/08/2018</i></p> <p><i>30/08/2018</i></p> <p><i>01/09/2018</i></p> <p><i>02/09/2018</i></p> <p><i>03/09/2018</i></p> <p><i>04/09/2018</i></p> <p><i>05/09/2018</i></p> <p><i>06/09/2018</i></p> <p><i>07/09/2018</i></p> <p><i>08/09/2018</i></p> <p><i>09/09/2018</i></p> <p><i>10/09/2018</i></p> <p><i>11/09/2018</i></p> <p><i>12/09/2018</i></p> <p><i>13/09/2018</i></p> <p><i>14/09/2018</i></p> <p><i>15/09/2018</i></p> <p><i>16/09/2018</i></p> <p><i>17/09/2018</i></p> <p><i>18/09/2018</i></p> <p><i>19/09/2018</i></p> <p><i>20/09/2018</i></p> <p><i>21/09/2018</i></p> <p><i>22/09/2018</i></p> <p><i>23/09/2018</i></p> <p><i>24/09/2018</i></p> <p><i>25/09/2018</i></p> <p><i>26/09/2018</i></p> <p><i>27/09/2018</i></p> <p><i>28/09/2018</i></p> <p><i>29/09/2018</i></p> <p><i>30/09/2018</i></p> <p><i>01/10/2018</i></p> <p><i>02/10/2018</i></p> <p><i>03/10/2018</i></p> <p><i>04/10/2018</i></p> <p><i>05/10/2018</i></p> <p><i>06/10/2018</i></p> <p><i>07/10/2018</i></p> <p><i>08/10/2018</i></p> <p><i>09/10/2018</i></p> <p><i>10/10/2018</i></p> <p><i>11/10/2018</i></p> <p><i>12/10/2018</i></p> <p><i>13/10/2018</i></p> <p><i>14/10/2018</i></p> <p><i>15/10/2018</i></p> <p><i>16/10/2018</i></p> <p><i>17/10/2018</i></p> <p><i>18/10/2018</i></p> <p><i>19/10/2018</i></p> <p><i>20/10/2018</i></p> <p><i>21/10/2018</i></p> <p><i>22/10/2018</i></p> <p><i>23/10/2018</i></p> <p><i>24/10/2018</i></p> <p><i>25/10/2018</i></p> <p><i>26/10/2018</i></p> <p><i>27/10/2018</i></p> <p><i>28/10/2018</i></p> <p><i>29/10/2018</i></p> <p><i>30/10/2018</i></p> <p><i>01/11/2018</i></p> <p><i>02/11/2018</i></p> <p><i>03/11/2018</i></p> <p><i>04/11/2018</i></p> <p><i>05/11/2018</i></p> <p><i>06/11/2018</i></p> <p><i>07/11/2018</i></p> <p><i>08/11/2018</i></p> <p><i>09/11/2018</i></p> <p><i>10/11/2018</i></p> <p><i>11/11/2018</i></p> <p><i>12/11/2018</i></p> <p><i>13/11/2018</i></p> <p><i>14/11/2018</i></p> <p><i>15/11/2018</i></p> <p><i>16/11/2018</i></p> <p><i>17/11/2018</i></p> <p><i>18/11/2018</i></p> <p><i>19/11/2018</i></p> <p><i>20/11/2018</i></p> <p><i>21/11/2018</i></p> <p><i>22/11/2018</i></p> <p><i>23/11/2018</i></p> <p><i>24/11/2018</i></p> <p><i>25/11/2018</i></p> <p><i>26/11/2018</i></p> <p><i>27/11/2018</i></p> <p><i>28/11/2018</i></p> <p><i>29/11/2018</i></p> <p><i>30/11/2018</i></p> <p><i>01/12/2018</i></p> <p><i>02/12/2018</i></p> <p><i>03/12/2018</i></p> <p><i>04/12/2018</i></p> <p><i>05/12/2018</i></p> <p><i>06/12/2018</i></p> <p><i>07/12/2018</i></p> <p><i>08/12/2018</i></p> <p><i>09/12/2018</i></p> <p><i>10/12/2018</i></p> <p><i>11/12/2018</i></p> <p><i>12/12/2018</i></p> <p><i>13/12/2018</i></p> <p><i>14/12/2018</i></p> <p><i>15/12/2018</i></p> <p><i>16/12/2018</i></p> <p><i>17/12/2018</i></p> <p><i>18/12/2018</i></p> <p><i>19/12/2018</i></p> <p><i>20/12/2018</i></p> <p><i>21/12/2018</i></p> <p><i>22/12/2018</i></p> <p><i>23/12/2018</i></p> <p><i>24/12/2018</i></p> <p><i>25/12/2018</i></p> <p><i>26/12/2018</i></p> <p><i>27/12/2018</i></p> <p><i>28/12/2018</i></p> <p><i>29/12/2018</i></p> <p><i>30/12/2018</i></p> <p><i>01/01/2019</i></p> <p><i>02/01/2019</i></p> <p><i>03/01/2019</i></p> <p><i>04/01/2019</i></p> <p><i>05/01/2019</i></p> <p><i>06/01/2019</i></p> <p><i>07/01/2019</i></p> <p><i>08/01/2019</i></p> <p><i>09/01/2019</i></p> <p><i>10/01/2019</i></p> <p><i>11/01/2019</i></p> <p><i>12/01/2019</i></p> <p><i>13/01/2019</i></p> <p><i>14/01/2019</i></p> <p><i>15/01/2019</i></p> <p><i>16/01/2019</i></p> <p><i>17/01/2019</i></p> <p><i>18/01/2019</i></p> <p><i>19/01/2019</i></p> <p><i>20/01/2019</i></p> <p><i>21/01/2019</i></p> <p><i>22/01/2019</i></p> <p><i>23/01/2019</i></p> <p><i>24/01/2019</i></p> <p><i>25/01/2019</i></p> <p><i>26/01/2019</i></p> <p><i>27/01/2019</i></p> <p><i>28/01/2019</i></p> <p><i>29/01/2019</i></p> <p><i>30/01/2019</i></p> <p><i>01/02/2019</i></p> <p><i>02/02/2019</i></p> <p><i>03/02/2019</i></p> <p><i>04/02/2019</i></p> <p><i>05/02/2019</i></p> <p><i>06/02/2019</i></p> <p><i>07/02/2019</i></p> <p><i>08/02/2019</i></p> <p><i>09/02/2019</i></p> <p><i>10/02/2019</i></p> <p><i>11/02/2019</i></p> <p><i>12/02/2019</i></p> <p><i>13/02/2019</i></p> <p><i>14/02/2019</i></p> <p><i>15/02/2019</i></p> <p><i>16/02/2019</i></p> <p><i>17/02/2019</i></p> <p><i>18/02/2019</i></p> <p><i>19/02/2019</i></p> <p><i>20/02/2019</i></p> <p><i>21/02/2019</i></p> <p><i>22/02/2019</i></p> <p><i>23/02/2019</i></p> <p><i>24/02/2019</i></p> <p><i>25/02/2019</i></p> <p><i>26/02/2019</i></p> <p><i>27/02/2019</i></p> <p><i>28/02/2019</i></p> <p><i>29/02/2019</i></p> <p><i>30/02/2019</i></p> <p><i>01/03/2019</i></p> <p><i>02/03/2019</i></p> <p><i>03/03/2019</i></p> <p><i>04/03/2019</i></p> <p><i>05/03/2019</i></p> <p><i>06/03/2019</i></p> <p><i>07/03/2019</i></p> <p><i>08/03/2019</i></p> <p><i>09/03/2019</i></p> <p><i>10/03/2019</i></p> <p><i>11/03/2019</i></p> <p><i>12/03/2019</i></p> <p><i>13/03/2019</i></p> <p><i>14/03/2019</i></p> <p><i>15/03/2019</i></p> <p><i>16/03/2019</i></p> <p><i>17/03/2019</i></p> <p><i>18/03/2019</i></p> <p><i>19/03/2019</i></p> <p><i>20/03/2019</i></p> <p><i>21/03/2019</i></p> <p><i>22/03/2019</i></p> <p><i>23/03/2019</i></p> <p><i>24/03/2019</i></p> <p><i>25/03/2019</i></p> <p><i>26/03/2019</i></p> <p><i>27/03/2019</i></p> <p><i>28/03/2019</i></p> <p><i>29/03/2019</i></p> <p><i>30/03/2019</i></p> <p><i>01/04/2019</i></p> <p><i>02/04/2019</i></p> <p><i>03/04/2019</i></p> <p><i>04/04/2019</i></p> <p><i>05/04/2019</i></p> <p><i>06/04/2019</i></p> <p><i>07/04/2019</i></p> <p><i>08/04/2019</i></p> <p><i>09/04/2019</i></p> <p><i>10/04/2019</i></p> <p><i>11/04/2019</i></p> <p><i>12/04/2019</i></p> <p><i>13/04/2019</i></p> <p><i>14/04/2019</i></p> <p><i>15/04/2019</i></p> <p><i>16/04/2019</i></p> <p><i>17/04/2019</i></p> <p><i>18/04/2019</i></p> <p><i>19/04/2019</i></p> <p><i>20/04/2019</i></p> <p><i>21/04/2019</i></p> <p><i>22/04/2019</i></p> <p><i>23/04/2019</i></p> <p><i>24/04/2019</i></p> <p><i>25/04/2019</i></p> <p><i>26/04/2019</i></p> <p><i>27/0</i></p>

REGISTRO
PACIENTE
JALDERSON DA COSTA AMCHADOIDADE
34CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

152

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO
DT/DI 26/08/2017
DR RODRIGO WICK
31/08/2017

paciente ótimo anamnese sem queixas de dor, com edema de 1+4.

- DIETA VOLTRÉ
- SCALP SALINIZADO
- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 650ML
- TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV BAH SIN
- PLASIL 10MG EV DILUIDO 88 HRS SIN
- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
- CURATIVO 1X/DIA
- CUIDADOS GERAIS
- CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA
- MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO

HUEB
CÓPIA
CONFORME

Respect sobre ojor
se nubrio original
(baixa tensão) ou
se ojor nubrio
com 525-582
cujos sintomas
não se alteram
responderão desse
modo ojor a jato
aliviado no 1º e 2º



Dr. Alencio Júnior
Pediatria e Somnologia
RUE ALC 206

REGISTRO
PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE
CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CRURGICA - B

LEITO
152

HUERB

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO
<p>FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO DT/01-26/04/2017 DR RODRIGO VICK 31/08/2017</p> <p>paciente afibril, anidro, sem queixas de dor com edema de 1+4+, neurologico e sensitivo preservado. aguardando conduta</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE S/DO 2. SCALP SALINIZADO 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 650ML X 1X DIA 4. TRAMAL 100MG + 100ML SFL 9% EV 800ML S/DO 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 800ML S/DO 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA 7. CURATIVO 1X DIA X 10 DIA 8. CUIDADOS GERAIS 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO</p>

8:00h - 23/09
HUEB
CÓPIA

05-09-17 01:51:16
J.R. Almeida Junior
R.M. (Impresso automaticamente)
CM/AC-2061

CONFORME





REGISTRO
PACIENTE
JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE
34
CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B
LEITO
152

Evolução

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
RÉGIAO DO JOELHO DIREITO. EDÉMIA
1+14+

1. DIETA VO LIVRE *S&J* — *ex. voto*
2. SCALP SALINIZADO — *ex. voto*
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 666H — *ex. voto*
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 88H SN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 30 HRS SN

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. CURATIVO 1X/DIA — *ex. voto*
8. CUIDADOS GERAIS
9. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.



HUER

CÓPIA

CONFORME

REGISTRO PACIENTE
JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE 34
CLÍNICA CMCB - CLINICA MÉDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

FRAVURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/ID 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 raios x de controle

- 1 DIETA VO HIPERPROTEICA
- 2 SF 0,9% 500ML IV 12/12H
- 3 DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 86ML 1/1000 320ML
- 4 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 888HSIN
- 5 PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDOSIN
- 6 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
- 7 CURATIVO 1X/DIA
- 8 CUIDADOS GERAIS

- 9 CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS 1/1000 160ML
- 10 GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 1XAO DIA
- 12 CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA
- 13 NORIPURUM 1 AMPOLA + SG 250 ML EV 1X AO DIA
- 14 DEXAMETASONA 1 AMP IV 12/12H
- 15 AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR

1

2

3

- 4

- 5

- 6

- 7

- 8

- 9

- 10

- 12

- 13

- 14

- 15

HUERB
CÓPIA
CONFORME



Dr. Rodrigo Vick
Médico Consultor
HUC - Rio Branco
1/1000 160ML
1/1000 250ML
1/1000 40MG
1/1000 250ML
1/1000 1AMP
1/1000 75MG

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

REGISTRO
PACIENTE
JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE
34
CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B
LEITO
152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRACTURA PLATO TIBIAL DIREITO
DT/ID 26/08/2017
DR RODRIGO VICK
31/08/2017

SOLICITADO NOVO RAID X DO QUADRIL E FEMUR DIREITO
PACIENTE COM DOR DE LEVE INTENSIDADE, NA REGIÃO DO QUADRIL DIREITO, SEM QUEIMAS DE DOR NA ZONA DE LESÃO.

- DIETA VO HIPOPROTEICA
- SF 0,9% 500ML IV 12/12H ~~500~~ + ~~500~~ 10/16/2017
- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 666H ~~500~~ 10/16/2017
- TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SIN
- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO SIN
- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA ~~10~~
- CURATIVO 1X/DIA ~~03~~
- CUIDADOS GERAIS
- CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS. ~~10~~ 10/16/2017
- GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 1X AO DIA ~~10~~ 10/16/2017
- GLEXANE 40 MG SG 1 X AO DIA ~~10~~ 10/16/2017
- NORIPURUM 1 AMPOLA + SG 250 ML EV 1 X AO DIA ~~10~~ 10/16/2017
- DEXAMETASONA 1 AMP IV 12/12H ~~10~~ 10/16/2017
- AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR ~~10~~ 10/16/2017

HUEB

CÓPIA

CONFORME



Maria Nazarina Sforza Souza
Tec. de Enfermagem
CORENAC - 525181

Das 13:00 para 14:00 horas, comunicado
que o paciente se sentia a
dor de dor que era de intensidade
muito alta, que o paciente
não conseguia dormir, que
o paciente não conseguia
fazer suas atividades diárias.

Assinatura: Dr. Jalderson da Costa Machado
Data: 27/08/2017
Assinatura: Dr. Jalderson da Costa Machado
Data: 27/08/2017

HUEB

Das 38.000 as 38.000
Presente Estavel, comun
estavel, orientando. Seng
sos. Acentuando a disti
ofensiva. Administrativ
medieval e P.M. e Grupo
Franceses presidente m
pervisão. Engenho das ca
clados de Enfermagem.
PA: 1-30X80mmHg. TX: 9556
AC. ETE 2000. Genua.

olos. É nesse seu a alteração, determinante, durante o ecôôdo, é a exceção que. Só em quaisquer.

卷之三



REGISTRO		PACIENTE		CLÍNICA		IDADE	
JALDERSON DA COSTA MACHADO				CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B		34	
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO		1 DIETA VO HIPERPROTEICA <i>S/N</i>				Do 08.00 Paciente	LEITO
DT/DI 26/08/2017		2 SF 0,9% 500ML IV 12/12H				caso, supinação	152
DR RODRIGO VICK		3 DIPRONA 1GR EV DILUIDO 656H				após, bem queiro	
31/08/2017		4 TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N				reclita dieta, elimini	
PACIENTE COM DOR NO QUADRIL		5 PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N				unções fibrolíticas	
DIREITO-NEUROLOGICO E SENSITIVO		6 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				massicudo (Pm) <i>Jane Paula</i>	
PRESERVADO, PERFUSAO		7 CURATIVO 1X/DIA				Rec. 635218A	
MANTIDA, EDEMA DE 1/4+		8 CUIDADOS GERAIS					
DISTAL		9 CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS					
		10 GENTAMICINA 240 MG + SF0,9% 250 ML EV 1X AODIA					
		12 CLEXAME 40 MG SC 1X AODIA					
		13 NORIPURUM 1 AMPOLA + SG 250 ML EV 1X AODIA					
		14 DEXAMETASONA 1 AMP IV 12/12H					
		15 AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR					
<i>Dr. Aluizio Júnior RNM/AC 2014</i>							
COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A							
27 AGO 2018							
PROTOCOLO AG. RIO BRANCO							

11/09/17 as 00h00m POC.
respiração alterada
Pausas respiratórias
só protocolo dezenas
Sra. Acuá Caroline S. Cardoso
apresentada

Téc. Enfermagem
CORRENAC 3897574C



HUER
CÓPIA
CONFORME

Inf. Xuelli M. Matos fornecido
CORENAC 387 575



EVOLUÇÃO	PREScrição	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

FRACTURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/IDI:26/08/2017

DR RODRIGO VICK

PACIENTE: HISTÓRIA: OSTEOMIELITE
REFERIDO: PACIENTE QUADRIL
DIRETO: DIRETO
INTENSIDADE: COM
PEQUENA: QUANTIDADE: SECREÇÃO:
AGUARDANDO CONDUTA1. DIETA VO HIPOPROTEICA
2. SF 0,9% 500ML IV 12/24H
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 65/6H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 800HS/24H
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 800 DILUIDO/SIN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. CURATIVO 1X/DIA
8. CUIDADOS GERAIS
9. DOR NO LEVE
10. VANCOMICINA 500mg + 500ml sf 0,9% IV DILUIDO 12/24H
11. CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA.
12. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR13. 10:00 VO paciente lito, cup-
mêrc, portando sup,
não sente quecos no
momento, realizando banho
em cadeira de rodas + tre-
ca de roupa de banho,
med. cada 60min.
14. 16:00 (16:00) tre. sobrestímen
pacem k. 345446Das 16:00 às 18:00
paciente sentado, bai-
xando, comunicando
dor de dor, sentado com
os joelhos, sentado,
segue uso de queida
mecânica, de cui tam
a sentado, estendendo
os braços, sentado com
os joelhos, sentado,
uso de queida CPB
sentado, sentado, sentado
sentado, sentado, sentado
sentado, sentado, sentado

HUEB

CÓPIA

CONFORME

Falt. Karolla Almeida Jurada
CORONACR 487575

Tik & 32c. ETC (família Sampaio)

REGISTRO
PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDADE: 34
CLÍNICA: CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B
LEITO: 152

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO DT/01/26/08/2017 DR RODRIGO VICK	1. DIETA VO HIPERPROTEICA 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 60ML 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 88H SIN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 88 DILUIDOS SIN 6. OMERAZOL 40MG EV 1MDIA 7. CURATIVO 1X1DIA 8. CUIDADOS GERAIS	10:00h DIA 15. Manha Pediátrico Início no Sudoreto Típico Dança do Fome. Dor no joelho. Ag. máximo no mês. 15. Dor no joelho e no tornozelo. Dor no joelho. Início da dor em 18/08/2017.	
HISTÓRIA OSTEOMIELITE PACIENTE REFENDO QUADRIL INTENSIDADE PEQUENA SECREÇÃO SENSITIVO DISTAL MANTIDA	PREGRESSA DE DOR NO DIRETO DE LEVE COM DE DE NE E	10. VANCOMICINA 500mg + 500ml sf 0,9% IV diluído 12/12h 12. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA 15. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR	04:00h Preiente não relata queixas no momento, me disse em tte. Colostomia caxi. 395.416 As 15:00h, paciente em alta. Remete- lo. — AE. Etk. 60 Cônsq.



Gládia Lúcia de Moraes
Enfermeira
CREF/AC 2061

RÉGISTRO
PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - BIDADE
34

LEITO

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO
DT/01/26/08/2017
DR RODRIGO VICK1. DIETA VO HÍPERPROTEICA *1 litro de caldo de galinha* S/N
2. SF 0.9% 500ML IV 12/12h *500+500+500+500+500+500*
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H *6/6. 6/6. 6/6. 6/6. 6/6. 6/6.*
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N *100. 100. 100. 100. 100. 100.*
5. P/ASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N *8/8. 8/8. 8/8. 8/8. 8/8. 8/8.*
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA *40. 40. 40. 40. 40. 40.*

31/08/2017

7. CURATIVO 1X/DIA *—* *Q*
8. CUIDADOS GERAIS *—* *—*
9. VANCÔMICINA 500mg + 500ml sf 0.9% IV diluído 12/12h *12. 12. 12. 12. 12. 12.*HISTÓRIA
OSTEOMELITE
PACIENTE
QUADRIL
INTENSIDADE:
PEQUENA
SECREÇÃO:
SENSITIVO
DISTAL MANTIDA.REFENDO
DIRETO
COM
QUANTIDADE
NEUROLOGICO
EDOR
DE
SAÍDA
DE
DENº
10
12
15*CONFORME CONFERENCIA*
John Dizim
16/08/2018 (conferência)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CRE

FIGURE 13

REGISTRATION

PAGE 11

JALDERSON DA COSTA MACHADO

34

CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

152

Evolução	Prescrição	Horário	Anotações de Enfermagem
FRACTURA PLATO TIBIAL DIREITO + OSTEOMELITE? DT/D/26/08/2017 DR RODRIGO VICK 31/08/2017	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H <i>16/08/2017</i></p> <p>3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 65ML <i>16/08/2017</i></p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 88ML/IN <i>16/08/2017</i></p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 88ML DILUIDO 1IN <i>16/08/2017</i></p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <i>16/08/2017</i></p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA <i>16/08/2017</i></p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. SENSITIVO PRESERVADO</p> <p>10. VANCÔMICINA 500mg + 500ML 50,9% IV diluído 12/12H <i>16/08/2017</i></p> <p>11. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA <i>16/08/2017</i></p> <p>12. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR <i>16/08/2017</i></p>		
<i>16/08/2017</i>	<i>16/08/2017</i>	<i>16/08/2017</i>	<i>16/08/2017</i>
<i>16/08/2017</i>	<i>16/08/2017</i>	<i>16/08/2017</i>	<i>16/08/2017</i>



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

NOME: Jordáno Costa

IDADE: 34 ANOS

Po 18:30 (28/08/18)

RELATÓRIO ABDOMINAL

Figado: Normal

Vesícula Biliar: Normal

Pâncreas: Normal

Rins: Normal

Aorta: Normal

Baco: Normal

Bexiga: Normal

Conclusão: Son maras com os restos



*HUERB
CÓPIA
CONFORME*



HUERB
PATHOLOGIA CLINICA

AV. RACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP: 69909620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Pag.: 001

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 milhoes)	4.57	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina	12,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito	41,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
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
Basofilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Eosinofilos	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto	166	mm3	
Mielocitos	0	%	VR: 0 a 3 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Metamielocitos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Bandos	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto	166	mm3	
Segmentados	76	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto	6.308	mm3	
Linfocitos	15	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto	1.245	mm3	
Monocitos	5	%	VR: 4 a 9 %
Valor Absoluto	415	mm3	
Elastos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Deservacao			



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-ia. Via Impressa: 10/09/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

tempo de Sangramento	2 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
tempo de Coagulacao	9 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
contagem de Flquietas	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-ia. Via Impressa: 10/09/17

HUERB
CÓPIA
CONFORME

152

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

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

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

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

Cons. Regional: 2106

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhares).....	3,99 mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhares/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	-
Mielocitos.....	0 %	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0 mm3	-
Metamielocitos.....	0 %	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0 %	-
Basófilos.....	2 mm3	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	300 mm3	-
Segmentados.....	85 %	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	12.750 mm3	-
Linfocitos.....	8 %	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto.....	1.200 mm3	-
Monocitos.....	5 %	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	750 mm3	-
Blastos.....	0 %	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0 mm3	-
Observação.....		



OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS

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

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 Bloquimico
CRF/AC 009

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

foi novo do molo

História da Doença Atual:

ta gelho b

História da Doença Anterior:

omc guedil D

Exame Físico:

omc guedil a fishe
ta gelho D

Diagnóstico Provisório:

HUEI

Diagnóstico Definitivo:

CÓPIA
Dr. Jairus Gómen
Gastroenterologia
31/AC

Motivo da Cobrança:

CONFORME

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 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 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

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



LAUDO MÉDICO

NOME: Valdir de Britto Andrade

O paciente supracitado apresenta Fratura plástica fibular direita

mais diante a partir de 26/07/17

ou há 1 mês, tendo sido tratado com Fatoamento

No momento, encontra-se melhorando.

CID: 5821

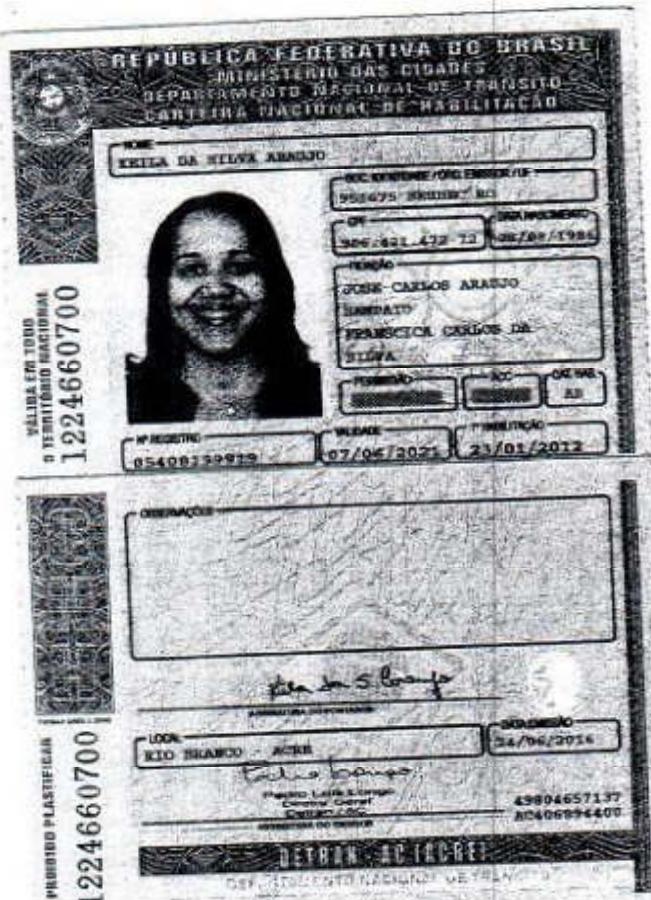
Marco de Oliveira Silva
CRM: 2105
CRM AC 2105

Médico

02/10/18

Rio Branco - AC





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valorização 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:



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEILA DA SILVA ARAUJO

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERICIA MÉDICA

Á

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3180397540

Vitima: Juldeveron 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.

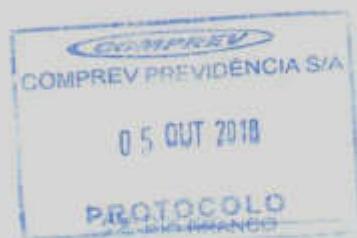
Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação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

Juldeveron da costa machado

Rio Branco/AC 03 de outubro de 2018.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314380/18

Número do Sinistro: 3180397540

Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO

CPF: 719.415.842-68

Data do acidente: 26/08/2017

JALDERSON DA COSTA
MACHADO

CPF de: Próprio

Titular do CPF:

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 Guiomard
Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO **Data do acidente:** 26/08/2017
Natureza: Invalidez Permanente
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 Guiomard
Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO **Data do acidente:** 26/08/2017
Natureza: Invalidez Permanente
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 Guiomard
Vítima: JALDERSON DA COSTA MACHADO **Data do acidente:** 26/08/2017
Natureza: Invalidez Permanente
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

Vitima: 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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JALDERSON DA COSTA MACHADO

Nº Sinistro: 3180397540

Vitima: 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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

719415842-68

Nome completo da vítima

Jarderson da Costa Machado

 COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27/06/2018 OA

PROTOCOLO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jarderson da Costa Machado	719415842-68	Motorista
Endereço	Número	Complemento
R. 3	31	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Chico Buarque	Guarulhos	São Paulo
Email	CEP	Telefone (DDD)
	069925.000	(68) 3301-8871

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
3706	03	10963	9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	Nº		
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

 Rio Branco 09 de Agosto de 2018
 Local e Data

Jarderson 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) 3232-2281

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: END: Quadra 12, casa 26, bairro Chico Paulo II, Senador Guiomard/AC, Fone: 99917 2168.

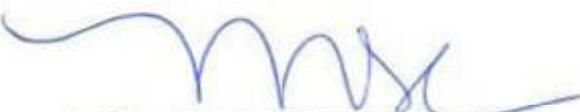
ENVOLVIMENTO: AUTOR

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

Jádeverson Costa Machado

CPF da Vítima

739415842-68

Data do Acidente

26/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)
(68)3301-8871

Email

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de prestar informações ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: **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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Rio Branco 09 de Agosto de 2018

Local e Data

Jádeverson 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 USUARIO: ALBANITA
SETOR: 01-EMERGENCIA/TRAUMA

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 GUIMARAO
 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:
 UF: AC CEP...: 69925-000
 /MARIA FRANCISCA DA COSTA
 TEL...: 99574783

PLANO DE SAUDE....: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

PA: 110 x 70 mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

DADOS CLINICOS:

Clivente melancolico, blando, de humor, com delirio
 Tenson. No momento INF. (D) T/1 glicose 100 mg
 PE (D) e mao de cera, com pulsos (D)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
27 AGO-2010

PROTÓCOLO
PRESOR FIDUCIANO

DIAGNOSTICO:

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

(1) SAO ANGELUS (URSO) SINTOZ E.I.
 (2) CORDOGRAMA (F) E.I.
 (3) SUL: IV RIO: TONICO, CINICO, PELTICO
 MELANCOLICO INF (D)

12:10

55

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. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Transferir

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