



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Senador Guimard
Processo:	07008346720198010009
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	17/03/2020 11:02:11

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2702153_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2702153_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2702153_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 11-22.pdf
Anexo - Petição:	2702153_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 23-31.pdf
Anexo - Petição:	2702153_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-13.pdf
Anexo - Petição:	2702153_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 14-27.pdf
Anexo - Petição:	2702153_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 28-30.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SENADOR GUIOMARD/AC

Processo: 07008346720198010009

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JALDERSON DA COSTA MACHADO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/08/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **03/10/2017**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 843.75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180397540	Cidade: Senador Guiomard	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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/08/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

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

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843.75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SENADOR GUIOMARD, 4 de março de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JALDERSON DA COSTA MACHADO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SENADOR GUIOMARD**, nos autos do Processo nº 07008346720198010009.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07008346720198010009**, que tramita **ÚNICA** VARA CÍVEL da comarca de **SENADOR GUIOMARD/AC**.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

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>Lana</u>
Bairro	<u>Chico Paulo</u>
Cidade	<u>Senador Guimard Santos</u>
Estado	<u>Alagoas</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					Apresentação	Mês Faturado
Exatidão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	25/06/2018	06/2018
19/06/2018	23/05/2018	25/06/2018	21/07/2018	33	Motivo FD	Número FD
Doc. Fd.	Classe/Subclasse	Ligação	Forma Faturamento			
1, 1, 2	Residencial	Bifásica	Normal			
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Cons. Medido	Cons. Faturado	
	81F17207500	733	509	224	224	
Consumo			Consente Fatur.	1,00000	5	

Regimes		Composição de Tarifa		Tar. sem impostos		Valor
05/2018	378	TUSD (*)	56,35	Consumo 124 kWh a 0,736870	0,548695	168,06
04/2018		TE (*)	44,14	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		6,76
03/2018		Transmissão	1,47	Financiamento Fedral 1/36		13,95
02/2018		Encargos	22,00	Adicional Bandeira Amarela - 0,61		
01/2018		Tributação	42,09	Adicional Bandeira Vermelha - 8,10		

Regimes		Composição de Tarifa	
05/2018	378	TUSD (*)	56,35
04/2018		TE (*)	44,14
03/2018		Transmissão	1,47
02/2018		Encargos	22,00
01/2018		Tributação	42,09
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 meses	378	Pis - 0,14	
		Cofins - 0,69	

Indicadores de Continuidade: 06/2018				Conta em Débito	
Cic	107 - TAQUARI	Valor	R\$ 0,00	Mês/Ano	FD Vencimento
Mês	Mensal Realizado	Trimestral	Anual	05/2018	0 11/06/2018
Q/C	11,72	0,00	23,44	Valor	274,41
P/C	5,54	0,00	11,09	Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 274,41	
Q/C	5,05	0,00	6,05	Mês/Ano	FD Vencimento
				05/2018	0 11/06/2018
				Valor	274,41

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA
As faturas no lado 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

⇒ 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
Alíquota: 25,00
Valor do ICMSP: 41,26

Vencimento
02/07/2018

Valor a Pagar
R\$ 185,76

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Xiela da Silva Araújo,

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

CPF nº 90642147272, 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: Xiela da S. Araújo



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

KELIS REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA
AV. NACOES UNIDAS 739 BOX 03 BOSQUE
CPF: 00056333196215
CEP: 69.900-463 - R

ROT: 4.001.04.03.002190

DADOS DE CANCELAMENTO	DATAS DE CANCELAMENTO
3583	25/07/2018
3579	27/06/2018
1.000	22/08/2018
226	24/07/2018
226	25/07/2018

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

COMERCIAL	BI	BIF16205233	3.6.1.2	246
-----------	----	-------------	---------	-----

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/18 191	CONSUMO 226 A R\$ 0,766606 = 173,25
MAI/18 255	CONTR. 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 4,28
JAN/18 90	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 13,28
DEZ/17 319	
NOV/17 231	
OUT/17 267	
SET/17 312	
TOTAL DE IMPOSTOS E TAXAS	
0,00	

REMESSA DE DEBITOS JA REAVISADOS

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

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$ 154,30 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já informado(s) não seja(m) pago(s) até a data de atendimento da Eletrobras Distribuição do Pará, o(s) débito(s) será(m) atualizado(s) de acordo com a tabela de juros e multa.

LIGUE 0800 647 7196

FACA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

6089.FDAB.2PFA.22EC.C1BD.CEPD.59C2.9F1E

COMPOSICAO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Consumo 56,91	Imposto de Renda 173,25
Multa 45,41	Imposto de Renda 25,00%
Taxa de Uso 1,51	Imposto de Renda 43,31
Outros 22,65	Imposto de Renda 0,60
Total 126,48	Imposto de Renda 2,78

INDICADORES DE CONTABILIDADE

INDICADOR	PERÍODO	VALOR	UNIDADE
Consumo	6,27 12,54 25,08 3,92 7,85 15,70 3,71		
Outros	0,00 0,00		
SAO FRANCISCO	05/2018	81,65	

ROT: 4.001.04.03.002190

SAO CODIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

Eletrobras
Distribuição de Energia

0394141-8

187,66

DES PAGAMENTO

DEBITO

07/2018

13/08/2018

SP de Nota Fiscal

001871001 - FCAM

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/BIBLIOTECASWEB/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 906.421.472, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Saldevon da Costa Macedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.435.842, 68 do sinistro de DPVAT cobertura Saldevon da Costa Macedo da Vítima Saldevon da Costa Macedo, 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 Chieo 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: MT 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)

 Ricardo de Vasconcelos Martins
Técnicos e Engenheiros
www.cartoriomartins.com

Rua Três de Maio, 1170 - Centro
Fone (68) 3212 3549 - Senador Guiomard - AC
e-mail: cartoriomartins@bol.com.br

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
AG248779-43 - DCBS-BC28-9218-3559

Senador Guiomard - Acre, 08 de agosto de 2018.

Jordane Simão Amâncio
Escrivente Autorizada



 Ricardo de Vasconcelos Martins
Técnicos e Engenheiros
www.cartoriomartins.com

Rua Três de Maio, 1170 - Centro
Fone (68) 3212 3549 - Senador Guiomard - AC
e-mail: cartoriomartins@bol.com.br

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 - 5828-1344-EC04-0011

Senador Guiomard - Acre, 08 de agosto de 2018.

Jordane 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 PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAODOC.: S
SEXO: MASCULINO
NUMERO:
CEP: 69925-000
TEL: 99574783

TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: []

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) SINT. PNEUMONIA: LADO ESQUERDO
2) DOR PLEURAL LADO ESQUERDO
3) SINT. DE DOR: DOR NO COTULHO ESQUERDO
MANEJO INF. (1)HORA DA SAIDA: []
[] DESISTENCIADATA DA SAIDA: []
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): []TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): []
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Transferencia



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 () TARAUAÇÁ () OUTROS

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 lbpm TEMPERATURA: 36,5 °C

MOTORISTA: _____

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+ + + + + + + +)	SIM	NÃO	(+ + + + + + + +)
	<u>X</u>	DESIDRATADO		<u>X</u>	CIANOTICO
	<u>X</u>	DESNUTRIDO		<u>X</u>	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

SEM MEDICAR LACTATO SALIN

DIPIRONA Amp. 1gr

RX: CINTURA PELVICA

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG ()

ALTERAÇÕES ()

() TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB

HT



() TORAX

() RX ABDOMEN

() RX OUTRO

TGP

AMILASE

URINA I

GASOMETRIA

PO2

PCO2

GLICEMIA

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 958

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

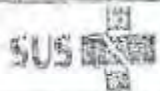
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2482854
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 040.0152
Data da Internacao: 26/08/2017
Hora da Internacao: 15:14
Medico Solicitante: 512.547.512-20 - JUAN MIGUEL LIMA CALDERON
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO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

trauma com fratura de fêmur

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

curativa

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

Rx MEF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Rx fêmur D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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)

26/08/16

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CÓPIA

CONFORME

Atestado - houve o parto e os dois
na e o filho de uma gestação gêmea
duplex e (exceção inalterada) (SC)
A seguir n.º e fa. plenária Atmone

an. 1000h

Intervenção p. nat. cer.

Relatório à SET p. prov. em act.

Rio Branco, 27 de Agosto de 2018
Direção Regional de Saúde
RDS/RS/AG



HUER
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:

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

26/08/17

ome suco D
C1 fístula

1

4- Pito suco

2

RI 500ml EV 8h

08h 500

procedimento de Adu-
do para o tratamento
de de Adu-
BUT: 1000mg EV 8h
93/13/2017

17

tx piroreto hnoel

3

hich 20mg EV 12h
4 amprol 400mg EV 8h

08h

de de Adu-
BUT: 1000mg EV 8h
93/13/2017

5

diagnose lap EV 8h

08h

de de Adu-
BUT: 1000mg EV 8h
93/13/2017

6

Termal 500ml EV 8h

08h

de de Adu-
BUT: 1000mg EV 8h
93/13/2017

7

plaid lap EV 8h

08h

de de Adu-
BUT: 1000mg EV 8h
93/13/2017

8

Ca

08h

de de Adu-
BUT: 1000mg EV 8h
93/13/2017



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

REGISTRO PACIENTE
JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE
34

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DATA DE INÍCIO

DE INÍCIO DA VIDA

1. DIETA MOLE

2. SCALP SALINIZADO

3. DIFROMA 100 EV DILUIDO 800

4. TRAMAL 100MG - 100ML 50.0% EV 600 30

5. PLASOL 100MG EV DILUIDO 800

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

7. CURATIVO 1X DIA

8. CUIDADOS GERAIS

9. CLEAXME 40 MG SC 1X DIA

10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12HRS

11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1X DIA

10-16-2018

10-20-18

Felipe Henrique M. Dutra
CRM 2106

As 07:00 recebi o
paciente em observação
comunicado de enfermagem
do enfermeiro sobre a
morte do paciente, relatando
que o paciente faleceu às 12:00
da tarde. O paciente foi
falecido de causas naturais
e não houve nenhuma
intervenção de enfermagem
que o tenha salvo.
Rec. Enf. Magalhães
Carvalho 151
As 12:00 recebi o
paciente em observação
relatando que o paciente
faleceu às 12:00 da tarde.
Rec. Enf. Magalhães
Carvalho 151



HUER
CÓPIA
CONFORME



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

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

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE

34

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO 07/01/2008/2017 DR RODRIGO VICK	1. DIETA VO LIVRE SND 2. <u>SCALP SALINIZADO</u> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 16/16/16/16 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H(SN) 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV <u>1X/DIA</u> 16/16 7. CURATIVO 1X/DIA 16/16 8. CUIDADOS GERAIS 9. CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA 16/16 10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12HRS 11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1X AO DIA 16/16	HUERB CÓPIA CONFORME	07:00 - por aer- velado, rote sup. afine comen- lido, realizando curativo, mede aprox. 2cm, mede 07:00 paciente está bem agitado, afine, bem agitado, mede 2cm do curativo para 6,35 x 1,15
--	--	---	--

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Oncoesofagia e Inematologia
CPPEC 2106



PATIENTS

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IBADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO DT/CM 26/08/2017 DR RODRIGO VICK 29/08/2017 PACIENTE EM REGULAR ESTADO GERAL QUEIXAS NÚGICAS EM JOELHO DIREITO PULSOS PALPÁVEIS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO	1. DIETA VO LIVRE <i>3ND</i> 2. SCAP SALINIZADO -- <i>ciente</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6x/6H <i>OK</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% EV 8/8H S/N <i>OK</i> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N <i>OK</i> 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <i>OK</i> 7. CURATIVO 1X/DIA -- <i>OK</i> 8. CUIDADOS CERAS 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA -- <i>OK</i> 10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12HRS <i>OK</i> 11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1 X AO DIA -- <i>OK</i> 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	<i>HUER</i> CÓPIA CONFORME	<i>AP. 1.1. 50kg, pele leve enfiado, hirsuto + aceto flocos, cabelo + aceto a diótes + gressyngol essencial + flocos hirsuto + flocos to. R. 00 hirs. - pec hirsuto, cabelo o membro gressyngol clavado, unguetiva que os, ac hirsuto Tae hirsuto</i>



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

digitado e impresso em 30/08/2017 às 07:20:16

HUERR

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 VOLVRE SVD 2. SCALP SALINIZADO Diária 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 660H 4. TRAMAL 100MG - 100ML SFO 9% EV 800H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6. DIMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CURATIVO 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS 9. CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA 10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12HRS 11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1X AO DIA 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	Felipe Henrique de M. Dutra PMA Ortopedista Traumatologista CRM/AC 2104 COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 27 AGO 2018 PROTOCOLO AG. RIO BRANCO HUER CÓPIA CONFORME	Dos 01:00 as 19:00 paciente acordado, estável, sem que- sas alérgicas, fun- ções fisiológicas presente, oxigênio na pele adequado SABD? em a anti- ante, medicação higiênica após pelo auxílio do car- palote 9500. PA = 120 x 80 mmHg? Pulso = 88 bpm gfc
------------------------------	---	---	--

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 S.A.O. 2. SCALP S.A.L.I.N.Z.A.D.O. 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6RH 4. TRAMAL 100MG + 100ML S.F.O.9% EV 6RH S.A.N. 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S.A.N. 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CURATIVO 1X/DIA 8. CUIDADOS DERMIS 9. CL EXAME 40 MG S.C. 1 X AO DIA 10. DEXAMETASONA 1 AMPOLA EV 12/12 HRS. 11. TILATIL 1 AMPOLA EV 1 X AO DIA. 12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.	HUER CÓPIA CONFORME	08:07 000as 18:00 paciente evolui esta real, sem queixa, deito direito, ali m mação fisiológica medicando com te fone 635218 01/09/17 as 14:00h paciente evolui deito e sem queixa de 12x 8cm medicando com ca
------------------------------	--	--	---

Felipe Henrique de M. Daltro
RPM Otorrinolaringologista e fonoaudiólogo
CRM/AC 2195

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

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

34

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIPÇÃO

HOPKINS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATTURA PLATO TIBIA DIRETTO

DT/DA: 26/06/2017

DR RODRIGO VICK

31/05/2017

PACIENTE	SEM	QUEIXAS	DE
DOR, COM	EDENIA		DE
1+/4+, PERFUSAO	DISTAL	MANTIDA.	

FERIDAS CROSTOSAS NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO DIREITO, E DORSO DO PE DIREITO, PERFUSÃO DISTAL MANDITA E SEMEADURA

1. DIETARY VOLUNTARIES

2. SCALP SALINIZADO

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 600/100

4. TRAMAL 100MG + 100ML S.F.D. 9% EV B/B/B 2/11/01

5. PLASIL 70MG EV DILUIDO 8/8 HRS. 2/10/

6 OMEPRazole 40mg EV 1x/dm

7 CURATIVO 1X/DIA

B CUIDADOS GERAIS

CLEANANE 40 MG SOL X AD DIA

MEMBRD INFERIOR DREITO ELEVADO



Dr. Augusto Junior
RSCM, 06/06/2017, 09:00
RSCM, 06/06/2017, 09:00

HUEB

CÓPIA

CONFORME

2017. 2/3

[illegible]



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

Impresso em 04/09/2017 às 09:02:12

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA AMCHADO

IDADE
34

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
152

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/DI: 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

paciente atendi, anamnese sem queixas de dor com esquema de T.M. + neurologica e sensitivo preservado aguardando conduta

1. DIETA VOL. LÍQUIDA SIND
2. SCAL P. SALINIZADO
3. DÍPIRONA TGR EV DILUIDO 660H ~~10~~ ~~10~~ ~~10~~
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 ~~1~~
7. CURATIVO 1X/DIA ~~10~~
8. CUIDADOS GERAIS
9. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA ~~10~~
12. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO

Dr. Aluizio Junior
CRM/AC 2061

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

HUER
CÓPIA
CONFORME

Recebido às 13:00h Clie
mte. enfermagem ope
evid. evolucao
exame - no del uso
desnada mte. acei
na del observada
Rosalinda Mulas
Téc. de Enfermagem
CRM/AC - 2511612
05-09-17 às 05:45
Recebido às 05:45
mte. enfermagem ope
evid. evolucao
exame - no del uso
desnada mte. acei
na del observada
Rosalinda Mulas
Téc. de Enfermagem
CRM/AC - 2511612

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

IDADE

34

CLINICAL

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORAARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRACTURA PLATO TIBIAL DIREITO

DTAD-26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

paciente afetada, anictico sem queixas de dor com edema de 1+/4+ neurológico e sensível (parado).

PACIENTE PRE AGENDADO PARA DIA
29/09/2017

1. DIETA VO LIRE

2. SCALP SALINIZADO

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.

4. TRAMAL 100MG + 1UOML 510.3% EV 88H 2N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO BRB HRS SAN

6-OMEPRAZOL ADING EV. TXDIA

7. CURATIVE INDEX

8. CUIDADOS GERAIS

CLEVANE 40 MG, SEC 1 X AO DIA

12 MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO.

Dr. Aluizio Junior
+RM, Ortopedia e Traumatologia
*TBM/AC 2061

HUEF

CÓPIA

CONFORME

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

Jane Paula
Téc em Enfermagem
COREN 635218 AC

REGISTRO	PACIENTE
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

JALDERSON DA COSTA MACHADO

34

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LENO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORAÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DT/ID: 26/08/2017

DR RODRIGO WICK

31/06/2017

paciente com dor de leve intensidade na região inguinal (lateral) a lesão

PACIENTE PRE AGENDADO PARA DIA
29/09/2017

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

HUER
CÓPIA
CONFORME

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

RM/AC 2063

30:00 patiente began no
better per exposure. Note
suprales, apical distal
presente realized po-
tential de l'été + l'été
de l'été de l'été
The: l'été 945. 305.000000

DA 22 is Pot. nitrogen and
 as per Paul, information of the
 Coast Division is in West
 India the same. DA 22 is
 300000, 1000000, 1000000
 etc. But if you wish
 1000000, 1000000, 1000000



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

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

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 WICK

31/08/2017

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

1. DIETA VO LIVRE
2. SCALP SALINIZADO
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H
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
7. CURATIVO 1X/DIA
8. CUIDADOS GERAIS
9. MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO

Ami 3rd June 2017
Dr. Wick



HUER

CÓPIA

CONFORME



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

Digitado e impresso em 09/09/2017 às 10:37:10

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 COM DOR DE LEVE INTENSIDADE NA REGIÃO DO QUADRIL DIREITO, NEUROLÓGICO E SENSITIVO PRESERVADO.

1. DIETA VO HIPOPROTEICA 500
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H - 500 +
3. DIFERON 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
9. CEFALOTINA 1 GRAMM EV 6/6 HRS -
10. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 1 X AO DIA -
11. CLEXANE 40 MG SC, 1 X AO DIA -
12. MORFINA 1 AMPOLA + SG 250 ML EV 1 X AO DIA -
13. DEXAMETASONA 1 AMP IV 12/12H -
14. AMITRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR

HUEB
CÓPIA
CONFORME



Até hospitais
com atendimento
do b. unidade privada
e da produção novos para internações
do leito 152

Rosângela Matos
Téc. Enfermagem
COREN-AC 412.458

Rosângela Matos
Téc. Enfermagem
COREN-AC 412.458



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

Imprimida e armazenada em: 2017/08/27 15:24:10

HUERB

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/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 raios de controle

1. DIETA VO HIPERPROTEICA
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H
3. DILPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO/SN
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. NORPIURUM 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

[Handwritten signature]
Dr. Jalderson da Costa Machado
Médico Assistente
31/08/2017

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

HUERB
CÓPIA
CONFORME

— Mas João é João
paciente emontre - o no
desto como eu pareço
apenas quando bebo de
da e por isso com esse
pelo do de um pouco
falso de venha a tripa
pouco parvoite, alogate
para tudo, em juve
falei, pois me
e p m.

21/08/17

REGISTRO

PACIENTE

DATA

CLÍNICA

LEGO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Alfonso Roberto Machado

34

CEB

152.

Paciente

com edema 2+

4+, pleurógeno

o pulmão

permeável

1. DIETA: livre S&A

2. SF 0.9% 1000 ML IV 2x/d

3. DIPIRONA 1G EV DILUIDO 6x/d

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 6x/d 5N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8x/d H 5N

6. CUIDADOS GERAIS

7. SINAIS VITAIS

10. celetivo 4g 10/6/6d.

11. glicose em urina 240mg

+ 200 ml LV

12. Cleveon 40mg Se 6x/d

13. Bexon eforno 8mg 10/12/14

HUER

CÓPIA

CONFORME

5000s de urina ap' bed, sem +
necr, no momento não há sinais
de infecção, febre não
há no pulmão, vesícula pancreas
elevada em relação
a 12 dias

Dr. Luiz de Medeiros
Especialista
CORRENDA 50833

Alfonso Roberto Machado
CRM 10.100/1507

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

REGISTRO

PACIENTE

JALDERSON DA COSTA MACHADO

DAIDE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

152

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATTURA PLATO TIBIALE, DIRETTO

DT/DA: 26/08/2017

DR RODRIGO VICK

31/08/2017

SOLICITADO	NOVO RAID	X	DO
QUADRIPL E FEMUR DIREITO			

PACIENTE COM DOR DE LEVE
INTENSIDADE, NA REGIÃO DO
QUADRIL DIREITO, SEM QUEIXAS DE
DOR NA ZONA DE LESÃO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE
OSTEOMIELITE CRÔNICA TRATADA
EM 1995

1. DIETA VO HIPERPROTEICA

2 SF 0.9% EDOMAL IV 12/12/14 ~~XX~~

3. DIPIRONA 1GR EV DILUENDO CON ACQUA

4. TRFAMAL 100MG + 100ML SFO.9% EV 8/2H SIN

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

6. OMEPRAZOL 40MG EV

8. CUIDADOS GERAIS

CEFALOTINA 1 GRAMA EV 600 HRS.

10. GENTAMICINA 240 MG + ST-0.9% 250 ML, EV, 1 x 200.000

12 FLEXANE 40 MGS 1 X MO. DPH. **AC**

13. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

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
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846

Dr. Alunzio Junior
Rm 1067
AC 1067

HUR

CÓPIA

CONFORME

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

Maria Nuzenilda Silva de Souza
Téc. de Enfermagem
COREN/AC - 525181

[illegible][illegible]

Relat. 28/06 ao 22/07/2018
Paciente Estável, com
cárie, orientado. Sem
New. Atendidos a dieta
oferecida. Administração
medicamentosa C.P.M. e Fungo
Furazolidona presente na
pericúria. Segue nos cui-
dades de enfermagem.
PA: 120x80mmHg, TA: 95/60
AC ETE. Exceção. G. 100g.

OK. É válida para
atuação, dentro
do período, P.A.
sexta-feira. Sem
opções.

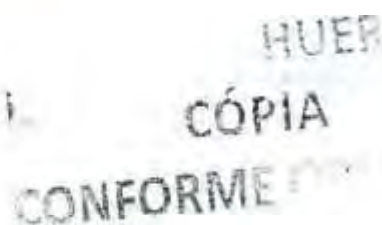
Unio Clínica D. do Nascimento
Dr. Frederico
CRM/PA 00.037.502



ESTR

150[illegible]

Clarence S. Cardozo
Téc. Enfermagem
COREN: 398761/AC



Enf. Xucully Montes Fournelle
COREN-AC: 387 575

CORENAC: 387 575



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

diplado e impresso em 16/09/2017 às 12:19:23

HUEB

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	1. DIETA VO HIPERPROTEICA 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H 3. DIFIRONA 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 9. PACIENTE REFERIDO DOR NO QUADRIL DIREITO DE LEVE INTENSIDADE, COM SAÍDA DE PEQUENA QUANTIDADE DE SECREÇÃO NEUROLÓGICA E SENSITIVO PRESERVADO. PERFUSÃO DISTAL MANTIDA.	1. Hipertensão S/D 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H 3. DIFIRONA 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 9. PACIENTE REFERIDO DOR NO QUADRIL DIREITO DE LEVE INTENSIDADE, COM SAÍDA DE PEQUENA QUANTIDADE DE SECREÇÃO NEUROLÓGICA E SENSITIVO PRESERVADO. PERFUSÃO DISTAL MANTIDA.	27	27	27
------------------------------	--	---	----	----	----

HUEB
CÓPIA
CONFORME



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



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

Digitado e impresso em 18/09/2017 às 16:40:26

110661

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 DIRETO +
OSTEOMIELITE

DT/01/26/08/2017

DR RODRIGO WICK

1 DIETA VOLVIRE 500 D

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

3 DIFROMA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10.50

4 TRAMAL 100MG + 100ML SFC 0,3% EV 8/8/H 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

12 CLEAXNE 40 MG SC 1 X AO DIA

15 AMTRIPTILINA 75MG VO A NOITE ANTES DE DORMIR

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

Dr. Aldezo Junior
RM/AC 1049



HUER
CÓPIA
CONFORME

do 02:00m até 04:00m
afastado completamente,
comunicação excelente,
acomodado e confortável,
moderado, mantendo
pressão arterial estável
em bom estado
afectivo, humor
discreto, tranquilo,
sem dor, sem náusea,
sem vômito, sem
febre, sem dor e sem
curativos com SFC 0,3%
cloroalcoólico, porém
sem reação, sem
prontidão para
Marta Nuzulian
Téc. de Enfermagem
COREN-AC - 525161

Enfermeiro
COREN-AC 50533



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

NOME: JALDORNO DI COSTA

IDADE: 34 ANOS

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

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: normal

Vesícula Biliar: normal

Pâncreas: normal

Rins: normal



Aorta: normal

Baço: normal

Bexiga: normal

Conclusão: Sem sinais de lesão em nenhum

HUEB
CÓPIA
CONFORME

79

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. MACGEE UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP 69908620 - Tel.: 323-3040
CGC - 04.034.526/0002-24

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

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

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

Cons. Regional:

Sector.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões/)	4,51	mm3	VR: 4,4 ± 5,6 M/4 ± 5 milhões/mm3
Hemoglobina	12,30	g/dL	VR: 11,3 ± 16 M/12 ± 16 g/dL
Hematócrito	41,00	%	VR: 42 ± 52 M/37 ± 48 %
VCM	89,30	fL	VR: 78 ± 98 fL
HCM	26,90	pg	VR: 26 ± 34 pg
CHCM	30,10	g/dL	VR: 31 ± 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocytia Global:	8.100	/mm3	VR: 5.000 ± 10.000 /mm3
neúfilos:	0	%	VR: 0 ± 1 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Posiúfilos:	2	%	VR: 2 ± 4 %
Valor Absoluto:	166	mm3	
Mielocitos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Metamielocitos:	0	%	VR: 0 ± 1 %
Valor Absoluto:	0	%	
basóes:	2	%	VR: 0 ± 5 %
Valor Absoluto:	166	mm3	
segmentados:	76	%	VR: 54 ± 64 %
Valor Absoluto:	6.108	mm3	
linfócitos:	15	%	VR: 21 ± 35 %
Valor Absoluto:	1.245	mm3	
monócitos:	5	%	VR: 4 ± 8 %
Valor Absoluto:	415	mm3	
bastões:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	



Os VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS

liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRM 248-PA 10/09/17 às 08:43 Coleta: 10/09/17 às 07:32-14 Via Impressa: 10/09/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

tempo de Sangramento:	2 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
tempo de Coagulação:	8 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
contagem de plaquetas:	319.000 /mm3	VR: 150 ± 400.000 /mm3

liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRM 248-PA 10/09/17 às 08:52 Coleta: 10/09/17 às 07:32-14 Via Impressa: 10/09/17

152

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69000-000 - Tel : 223-3090
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: JALDERSON DA COSTA MACHADO (EME)
Requisicao: 17-PC.2.011910
Num. do BE: 02462854

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

US. Origem.: HUERB/PS CC/B
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 milhões/mm3
Hemoglobina	11,10	g/dL	VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito	35,00	%	VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
YCM	87,20	fL	VR: 78 a 98 fL
SCM	27,70	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM	31,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucograma Global	15.000	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Bastões	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	%	
Baços	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 38 %
Valor Absoluto	1.200	mm3	
Monócitos	5	%	VR: 3 a 8 %
Valor Absoluto	750	mm3	
Plácidos	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 - 3 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 às 16:18 Coleta: 28/08/17 às 15:10-18. 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 leve do molo

História da Doença Atual: for febre

História da Doença Anterior: DMC

Exame Físico: DMC

Diagnóstico Provisório: HUE

Diagnóstico Definitivo: CÓPIA

Motivo da Cobrança: 12

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
- 20-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/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. 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/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 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 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 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:

O paciente supracitado apresenta

ou há

tendo sido tratado com

No momento, encontra-se

CIP:

Marcondes Oliveira Silva
RPM Ortopedia Traumatologia
CRM AC 2105

Médico

Rio Branco - AC

02.10.18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JALDERSON DA COSTA MACHADO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
381616 SSP AC

CNPJ
719.415.942-68

DATA NASCIMENTO
03/10/1982

PRIMAÇÃO
MANOEL ALVES MACHADO

MARIA FRANCISCA DA COSTA MACHADO

PERMISSÃO
0000000000

ACC
000000

CAT. NAS
AB

Nº IDENTIFIC
05437717560

VALIDADE
09/03/2022

1ª HABILITAÇÃO
06/03/2012

INFORMAÇÕES

Jalderson da Costa Machado
ASSINATURA DO PORTADOR

DOC. Nº
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
13/03/2017

Paulo Sérgio
Miguel Luis Longo
Chefe de Departamento
Assessoria de Registro

13458662254
AC407382240

ACRE

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1417309466

PROJETO PLASTICAR
1417309466

DE ACORDO COM AS NORMAS DO CNH



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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1224660700

EXEIA DA SILVA ARANJO

SEXO: F
DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1986

CPF: 000.421.472-12

RENHA: 00000000000000000000

JOSE CARLOS ARANJO

ENDEREÇO: FRANCISCA CARLOS DA SILVA

PROFISSÃO: 00000000000000000000

AC: 00000000000000000000

RG: 00000000000000000000

DATA DE EMISSÃO: 07/06/2012

VALIDADE: 23/01/2012

ASSINATURA: *Exeia da Silva Arango*

LOCAL: RIO BRANCO - AC

DATA: 24/06/2012

43804657137

AC406894400

DETRO: AC INCR

DEPT. NACIONAL DE TRÂNSITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
AN - 00914086839 EXERCÍCIO 2017

JALDERSON DA COSTA RACHADO
Nº 00914086839

719.415.842-68 PLACA WZS5173

719.415.842-68 PLACA WZS5173

HONDA/AVR150 BRUS ESD

2007 2007

VERMELHA

1 - XPAGOS
2 - **
3 - **
4 - **
5 - **
6 - **
7 - **
8 - **
9 - **
0 - **

PREMIO TARIFARIO 14/03/2017

SEH RESERVA DE DOMÍNIO - FUND. TRIBUTARIO

SENADOR UELI GARRA-AC

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

2017 14/08/2017

01 719.415.842-68

00914086839 HONDA/NXR150 BRUS ESD

2007 9C2K003107R015397

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$81,29 R\$9,03 R\$90,33

R\$4,15 R\$0,70 R\$4,85

14/03/2017

SEGURO LIDER DPVAT

013130488145

19/10/2017

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.

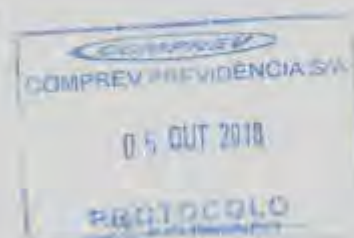
Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, incluída pela Lei 11.945/09, em comparação 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) 3303-8871 / 99919-5644

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**

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

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





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

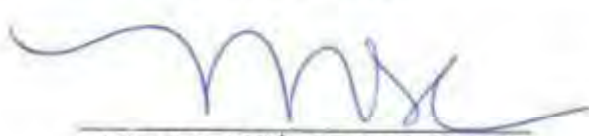
ENVOLVIMENTO: AUTOR

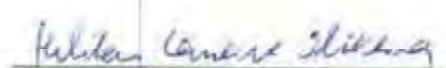
Antônio Cid Rodrigues Ferreira, END: Rua Hermes Alves Brasileiro, 1007, bairro Naire Leite, em Senador Guiomard/AC, Fone: 99962 1366.

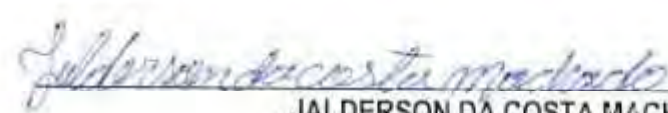
VEÍCULO ENVOLVIDO: Marca/Modelo: motocicleta Honda BROS ESD NXR 150, placa MZS 5173, PROPRIETÁRIO: JALDERSON DA COSTA MACHADO.

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

Jaldeverson 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 ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que **AG. 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 5º 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

Jaldeverson 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: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIASUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

27 AGO 2018

DIAGNOSTICO:

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

① SAO ANTONIO (ANEXO 5) E.V
② ADIACIA 1/1 E.V
③ SOL: 12 RAO: 10:30, 11:30, 12:30
M2-540 INF ⑤

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIADATA DA SAIDA: 1/1
ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO
☐ 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

Transferencia

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