



Defensoria Pública do Estado do Acre

DECLARAÇÃO DE NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA JURÍDICA GRATUITA E OUTORGA DE PODERES ESPECIAIS

QUALIFICAÇÃO DO ASSISTIDO/OUTORGANTE:

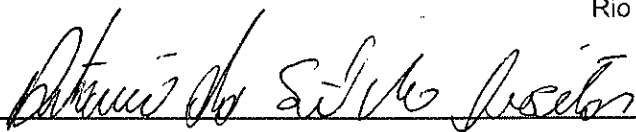
Nome:	Antonio Da Silva Freitas		
Nacionalidade:	Brasileiro(a)	Estado Civil:	União Estável
Profissão:	Motorista	Telefone:	(68) 984036714
Endereço:	Rua Geraldo Leite, 2933, Cidade Do Povo, Qd 09d Cs 22, CEP 69909192, Rio Branco - AC		
Endereço Eletrônico:	(Não possui)		
RG:	0264940/SSP AC	CPF:	607.102.762-49

DECLARAÇÃO: Declaro, na forma da lei, a pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, nos termos da Lei 13.105/2015, art. 98 e seguintes.

OUTORGADA: Defensoria Pública do Estado do Acre, com endereço funcional na Av. Antônio da Rocha Viana, nº 3057, Santa Quitéria, Rio Branco/AC.

PODERES: Amplos poderes da cláusula 'ad judicium' para o foro em geral, podendo ajuizar ações, praticar todos os atos do processo, recorrer a todas as instâncias e tribunais, apresentar defesa administrativa, e, ainda, com poderes especiais para desistir, transigir, firmar e celebrar acordo, ficando ressalvados os atos de ciência de audiência, despachos e decisões, os quais deverão ocorrer mediante intimação pessoal, excetuadas as hipóteses legais de intimação através da Defensoria Pública.

Rio Branco/AC, 29 de Outubro de 2019.


DECLARANTE/OUTORGANTE

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

NOME

ANTONIO DA SILVA FREITAS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

0264940 SSP AC

CPF

607.102.762-49

DATA NASCIMENTO

30/08/1962

FILIAÇÃO

HERMINIO COMPELINO DE
FREITAS
MARIA FERREIRA DA
SILVA

PERMISSÃO

00000000000000000000

ACC

00000000000000000000

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

04353494723

VALIDADE

02/05/2021

1ª HABILITAÇÃO

30/04/2008

OBSERVAÇÕES

Apto para Transporte Remunerado

Antonio da Silva Freitas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO

10/05/2016

Pedro Luis Longo
Pedro Luis Longo
Diretor Geral
Detran / AC

ASSINATURA DO EMISSOR

850448082

AC4068313

DETRAN - AC (ACRE)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1222821876

PROIBIDO PLASTIFICAR
1222821876

sob o número 0711

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

1211/2019

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entediados" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.
Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.
Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.
Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela distração.
Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 58522 Série 00003 - AC



Antonio da Silva Freitas
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Antonio da Silva Farias

Loc. Nasc. JARUACÁ Est. ACRE Data 30.08.76

Loc. Nasc. PARANÁ Est. PR Data 22/05/1963
Filiação HERNANI LAMPELLO DE FREITAS

Doc. n° 13418 - LV-11A-FO-449 - en

ESTRANGEIROS

Doc. Ident. n.º

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em...../...../..... Doc. Ident. n.º.....

Exp. em/...../..... Estado

Obs.

Data Emissão: 05.04.95 DRT

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

(Com relação nome, est. civil e data nasc.,

3

20

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: ELITON F DE SOUZA IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO

CNPJ/CE/CPF: 04.751.733/0001-19

Endereço: BOULEVARD AUGUSTO MONTEIRO, 852

Município: RIO BRANCO/AC

Esp. do Estab.: Comércio atacadista de resíduos e sucatas não metálico

Cargo: MOTORISTA

CBO: 782310

Admissão: 01 de Agosto de 2016

Registro Nº:

Remuneração Especificada: R\$ 1.400,00 (UM MIL E QUATROCENTOS REAIS) por MÊS.

Helegio Roberto Ribeiro Viana Filho
Auxiliar Contábil
CPF: 806.570.522-72

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

1º 2º
Data saída de de 2008

Helegio Roberto Ribeiro Viana Filho
Auxiliar Contábil
CPF: 806.570.522-72

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

21

Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO nº

Data admissão de de 19

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de 19

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358834/18

Vítima: ANTONIO DA SILVA FREITAS

CPF: 607.102.762-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2017

Titular do CPF: ANTONIO DA SILVA
FREITAS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO DA SILVA FREITAS : 607.102.762-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

COMP

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: 01/10/2018
Nome: ANTONIO DA SILVA FREITAS
CPF: 607.102.762-49

ANTONIO DA SILVA FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - DIC
Endereço: Av. Epaminondas Jácome, 2184, Cerâmica, tel. 3224-7240

fls. 12

OCCORRÊNCIA N.º 4186/2017 – Registrado em 20 de NOVEMBRO de 2017 às 9h45min.

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 16/09/2017 AS 22:30h.

**ACIDENTE DE TRANSITO
LOCAL**

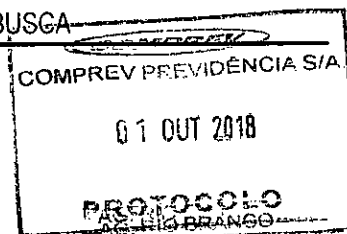
Município:	RIO BRANCO	Estado:	ACRE
Logradouro:	CIDADE DO POVO	N.º	CEP:
Bairro:	CIDADE DO POVO	Tp de Local:	VIA PUBLICA
Referência:	PROX UPA		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

ANTONIO DA SILVA FREITAS, do sexo masculino, brasileiro, solteiro, motorista, RG 0264940, CPF 60710276249, nascido em 30/08/1976, natural de TARAUAÇA/AC, filho de HERMINIO CAMPOLINO DE FREITAS e de MARIA FERREIRA DA SILVA, endereço: RUA, GERALDO LEITE Q9D, CASA 22, CIDEDE DO POVO, RIO BRANCO A/C telefone: 68 9. 99949 2337

OBJETO(S)/COISAS:

ENVOLVIMENTO: BUSCA



HISTORICO DA OCORRÊNCIA:

A noticiante veio comunicar no dia e hora acima citados, ao conduzir sua motocicleta em horário noturno, bateu em um buraco em via pública, chegando a cair e quebrar o PLATOR do joelho direito. Dados do veículo, HONDA CG 125 FANKS, ANO 2011 / 2012, PLACA NAG 1888, DE COR PRETA.

Odilon Vinhadelli Neto
Delegado de Polícia Civil

Odilon Vinhadelli Neto
Delegado De Polícia Civil

[Assinatura]
AGENTE DE POLICIA

Antonio da Silva Freitas
ANTONIO DA SILVA FREITAS

Comunicante/Vítima

é documento é cópia do original, assinado digitalmente por CELSO ARAUJO RODRIGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 12/11/2019 às 13:10, sob o número 07150228920198010001. a conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0715022-89.2019.8.01.0001 e código: 243242F.



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 266/2017

**COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 16/09/2017 HORA: 22h30min
LOGRADOURO: CIDADE DO POVO
BAIRRO: CIDADE DO POVO CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓXIMO A UPA

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NAG1888 MARCA: HONDA MODELO: CG125 FAN KS ESPÉCIE: PASSAGEIRO
RENAVAM: 00403215153 CHASSI: 9C2JC4110CR301316 COR: PRETA UF: AC
PROPRIETÁRIO: ANTONIO DA SILVA FREITAS CPF/CNPJ: 607.102.762-49
ENDEREÇO: RUA GERALDO LEITE, Q9D CASA22 CIDADE: RIO BRANCO- ACRE

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE

NOME: ANTONIO DA SILVA FREITAS ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: M NASCIMENTO: 30.08.1976 PROFISSÃO: MOTORISTA
CPF: 607.102.762-49 RG: 0264940 ORG.: SSP/AC
NATURALIDADE: TARAUCÁ NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO

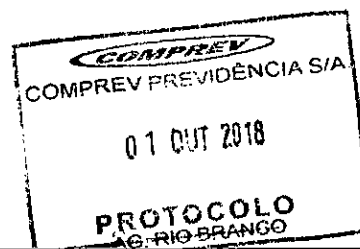
REGISTRO DA CNH: 03923099389 CATEGORIA: AD VALIDADE: 02.05.2021 UF: AC
ENDEREÇO: GERALDO LEITE, Q9D CASA22 BAIRRO: CIDADE DO POVO CIDADE: RIO BRANCO-AC

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito o Sr ANTONIO DA SILVA FREITAS, que relata que no dia, local e horário supracitados, ele se envolveu em um acidente de trânsito. Ainda informou que transitava com sua motocicleta quando bateu em um buraco, Chegando a cair e quebrar o PLATOR do joelho direito. Foi socorrido por um amigo que o levou para UPA da Cidade do Povo, e depois um viatura do serviço urgência e emergência móvel o conduziu até a UPA do segundo distrito, próximo a estação rodoviária. Também foi apresentado o BE nº 2489134, do HUERB, e também o boletim de ocorrência número: 4186/2017.

Diante, dos fatos pede providência para acionar o seguro DPVAT.

Antonio da Silva Freitas
ANTONIO DA SILVA FREITAS



5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: D'ÁVILA RG: 2965
POSTO/GRAD: 2º SGT PM MATRÍCULA: 362638-5 OPM: BPTRAN
DATA: 22/12/2017 HORA: 11h32min
ASSINATURA: *[Assinatura]*

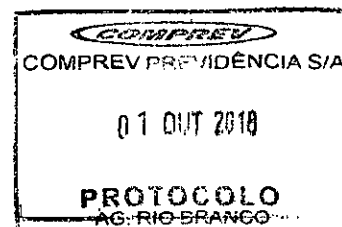
**A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL - ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.**



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

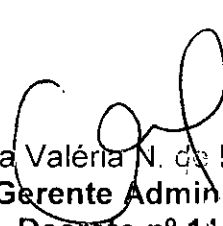


DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins de direito que o SAMU, através da ambulância de transportes inter-hospitalar realizou o traslado do paciente **Antonio da Silva Freitas** da Upa Cidade do Povo para o Pronto Socorro de Rio Branco no dia 16/09/2017. Segue em anexo cópia da ocorrência manuscrita pela equipe da ambulância.

Rio Branco, 22 de dezembro de 2017.


Mônica Valéria N. de Lima Santiago
Gerente Administrativa
Decreto nº 111/2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

ANTONIO DA SILVA FREITAS

CPF da Vítima

007.102.762.49

Data do Acidente

16/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

RIO BRANCO, AC, 03 de outubro de 2018

Local e Data

Antonio da Silva Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente Antônio do silveira
necessita de 15 dias
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença
CID: _____

Guabiana 12.10.12

Atulio do for
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 12061

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CELSO ARAUJO RODRIGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 12/11/2019 às 13:10, sob o número 07150228920198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/rg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0715022-89.2019.8.01.0001 e código 243242F.



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 16/09/17 HORA: 19:00 Nº SIS PRÉ NATAL: _____ C.SUS-Nº _____

NOME: Antonio de Silva Freitas IDADE: 30

DATA NASC.: 1/1/ SEXO: ☒ (x) MASCULINO ☐ () FEMININO

ESTADO CIVIL: 2 PROFISSÃO: 2 TEL: _____

ENDEREÇO: Q. 9.D C. 22

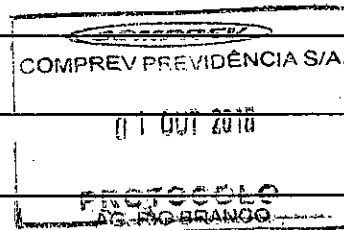
BAIRRO: C.D.P CIDADE: Rio Branco ESTADO: AC

RESPONSÁVEL: _____ TEL: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Do - relata de queda de mato
apresente fatura, utilizado

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

TRATAMENTO: Solicitação SAMU



CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ () MELHORAMENTO ☐ () CURADO ☐ () A PEDIDO ☐ () EVASÃO ☐ () ÓBITO

INTERNAÇÃO PARA: _____ TRATAMENTO PARA _____

EXAMES: ☐ () RX ☐ () LABORATÓRIO ☐ () ULTRASSONOGRAFIA ☐ () OUTROS



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERSO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERMELHO

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

NOME: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HISTÓRIA DA MOLESTA ATUAL (INÍCIO, EVOLUÇÃO E DURAÇÃO):

EXAME FÍSICO SUMÁRIO: (APARÊNCIA FÍSICA, RESPOSTA EMOCIONAL, ESCALA DE DOR E ESCALA DE COMO DE GLOSGOW (ECG) SINAIS SINTOMAS E PESO):

PESO: ____ KG, SV, TEMP: ____ PXA ____ X ____ MMG: PULSO: ____ RESP: ____

HISTÓRIA DE CONSULTA RECENTE E MEDICAÇÃO ATUAL:

MEDIDAS INICIAIS ADOTADAS CONDUTA:

ASSINATURA DO ENFERMEIRO (A)/CARIMBO



Novo Acre
Sejam parceiros, para empreender.

Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: UBA Cidade do Bovo

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: UBA

Para: Unidade Ontobedia

Nome do paciente: Auto da Silva Freitas

Hipótese diagnóstica: falência

 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 01 OUT 2010 PROTOCOLO Nº 10.000.000.000.000
--

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Bac agnente falência MIO, eti
hizado Bole

[Assinatura manuscrita]

Dr. Elyne
 Medicina de Família
 CRM AC-750

DATA: 14/09/17

ASSINATURA

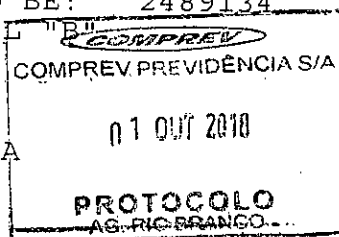
HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 86183
 Numero do CNS.....: 705401415093999
 Nome.....: ANTONIO DA SILVA DE FREITAS
 Documento.....: Tipo :
 Data de Nascimento: 30/08/1976. Idade: 41 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: HERMINIO CAMPOLINO DE FREITAS
 Nome da Mae.....: MARIA FERNANDES DA SILVA
 Bairro.....: CIDADE DO POVO QD 9 D 00022 VEIO DE SAMU
 Cep.: 99999-999
 Telefone.....: 0000000000000000
 Municipio.....: 1200401 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2489134
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0099
 Data da Internacao: 16/09/2017
 Hora da Internacao: 22:30
 Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: SERGIA



INFORMACOES DE SAIDA

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

12170037761-4

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Procedimento Autorizado

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DIAS DE U.T.I. Autorizados

Mês

Mês

Mês

Inic.

Ant.

Alta.

Total

()

()

(04)

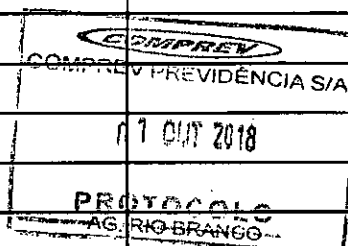
()

()

Acomp. Dias (18) ()

Serviços Profissionais

01	Tipo	CNPJ	Auto Profis.	Tipo Ato	Q. T. Ato	NT. Fiscal
02		980.016.288.008.643			01	225 270
03		203.675.906.240.006			01	225 151
04		980.016.288.008.643	0301010170		01	225 270
05		210.169.388.550.004	0301010170		01	225 120
06		170.526.916.870.009	0401010015		17	223 605
07			0211020036		01	
08			0204060133		01	
09			0802010199		09	
10			0702030406		01	
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						



Proced. Realizado

AIH Posterior

AIH Anterior

Houve Infec. Hospitalar

0408050500

—

—

N

Esp.

Data de Saída

Diag. Princ.

Diag. Secund.

Mot. Cobrança

01

03.10.17

S 822

V 274

12

Nº de Nascidos

Mortos

0

0

Nº de Saídas

Altas

Transf.

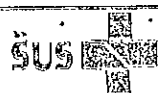
Óbitos

0

0

0

0



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ALZEB

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ALZEB

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio do Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8980098077240133008/76

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

Maria Fernandes da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Cidade do Povo Q09 D 22

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

AC

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doar + hipertensão ADM pelo D
Queda de peso

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Exame físico + radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex. do Dr. F. S. S. S.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

Relipe Henrique de M. Dutra

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Marcos Pimenta

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/09/17

35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Relipe Henrique de M. Dutra

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CROA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

220376238550001

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CPF: 737.571.877-88
Nº de Prontuário

CONFORME ORIGINAL
SAME / HUEB
CÓPIA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ALERB

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ALERB

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio do Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

812810098810077004101135101

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

86-183

2 - CNES

4 - CNES

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença + limitação ADM para (D)
Gravidez de risco

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 OUT 2019

PROTOCOLO AG. RIO BRANCO

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

Exame físico + radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex. do doente + radiografia

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Marcos Pimenta

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/09/17

35 - ASSINATURA

Felipe Henrique de M. Dória

CRM/AC 2106

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

M-05

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

86183

No. DO BE: 2489134 DATA: 16/09/2017 HORA: 22:18 USUARIO: RENIS
CNS 705401415093999 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO DA SILVA DE FREITAS DOC...: NT
 IDADE.....: 41 ANOS NASC: 30/08/1976 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: CIDADE DO POVO QD 9 D NUMERO: 22
 COMPLEMENTO...: VEIO DE SAMU BAIRRO: CIDADE DO POVO
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....:
 NOME PAI/MAE...: HERMINIO CAMPELINO DE FREITAS /MARIA FERNANDES DA SILVA
 RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL...: NI
 OCEDENCIA...: CIDADE DO POVO
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

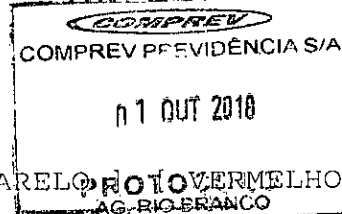
PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /



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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CONFIRME ORIGINAL
 SAMEL HUEB
 CÓPIA



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

fls. 26

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA _____ SALA _____ DATA 21-09-2017

NOME DO PACIENTE Antonio da Silva de Freitas ID 419

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()

ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTROS ()

INÍCIO DA ANESTESIA 11:40 TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO fiscadia

INÍCIO DA CIRÚRGIA 12:20 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 12:40

CIRURGIÃO D. Issac AUXILIAR(ES) _____

ANESTESISTA D. Walfredo INSTRUMENTADOR _____

CIRCULANTE André Nazareno Dias ENF O Almeida

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% /	AGULHA DESC Nº <u>40x121</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>500 ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE <u>251</u>	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>200</u>
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELEOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>157</u>	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	MIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 /
FLUTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 /
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 /
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS /	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>117</u>
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>10</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE <u>100ml</u>
PAVULON	ELETRODOS <u>117</u>	POVIDINE TINTURA <u>100ml</u>
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO /	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <u>111</u>	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% /	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO <u>11</u>	FRALDA /	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML //
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML //
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 11:40	HORÁRIO: 12:40	HORÁRIO:
PA: 99 x 56 mmHg	PA: 96 x 56 mmHg	PA:
FC: 90 bpm	FC: 90 bpm	FC:
SPO2: 94 %	SPO2: 99 %	SPO2:

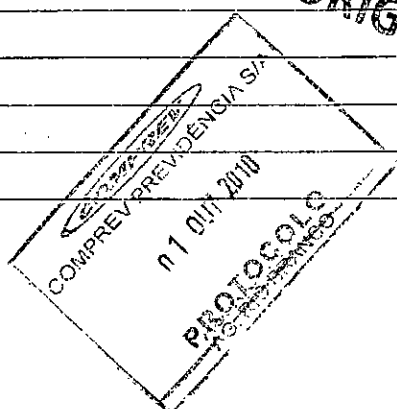
HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



UNIDADE: 116213

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

Nome do Paciente

Antonio da Silva de Faria

Idade:

43a

Observação:

Diagnóstico pré-operatório

For phone also for kid (D)

Cirurgia proposta:

Fixação externa transarticular

Diagnóstico definitivo:

0 mesno

Chirurgia realizada:

is resonance

Cirurgiã

Dr. Israsse

1st Auxiliary

J. Robson

2º Auxiliar

Instrumentadora

Joseline

Anestesia

Dr. Welfredo Dr. Morcon

Anesthesia

Boone

Acidentes durante o ato cirúrgico

() ឆ្នាំ

(X) Năo

Descrição

Biopsia de congelação

() Since

(X) Nie

Diagnóstico patológico:

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

(X) Informaria

() CY

() Residência

(1) Office

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em DDH + Rague
2) Asepsia + antisepsia + colocação de corpos estereis
3) Redução, digo, alinhamento da fratura sob radioscopia
4) Colocado fixador externo transarticular sob radioscopia.
5) Controle radioscópico OK

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

fls: 29

6) Curativo esteril

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REV. PREVIDENCIA SIA
01 OUT 2018

PROTOCOLADO
16/10/2018

Robson de Souza

PRM-TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

CRM: 1903

Assessoria do Cirurgião

CRM

Data

28/09/12

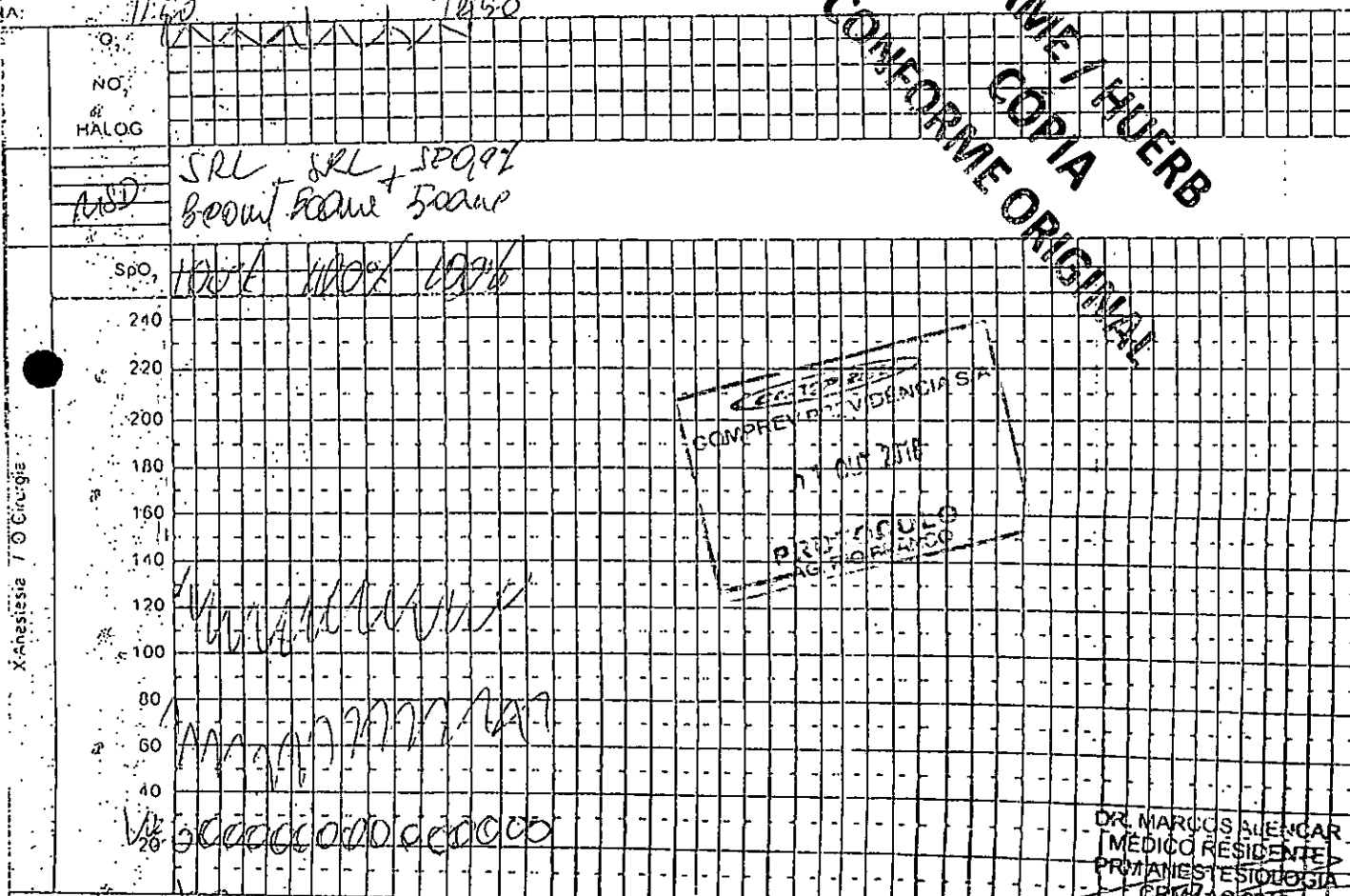


Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

FICHA DE ANESTESIA

FICHA DE ANESTESIA									
Nome: <u>ANDRÉ DA SILVA DE FREITAS</u>				Idade: <u>41</u>		Sexo: <u>M</u>		Registro / OE: <u></u>	
Proc: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☒ CC ☐ UTI									
Peso: <u>1</u>		PA (mmHg): <u></u>		P (bpm): <u></u>		Tax (°C): <u></u>		Sal O. (%): <u></u>	
Hb: <u></u>		Leuco: <u></u>		Glicose: <u></u>		Uréia: <u></u>		Creatinina: <u></u>	
BT / BD / BI: <u></u>		TGO / TGP: <u></u>							
Histórico Pré-Operatório: <u>FRATURA EPIFISÁRIA PROXIMAL TÍBIA-DIREITA</u>									
Re: ☐ Asma ☐ Bronquite		MV: <u>H/S/RA</u>		Complacência: <u></u>					
ECG: <u>RS - 100 bpm</u>				Alegrias: <u>Nega</u>					
Digestivo/Dentes: <u>Jejum de 12 horas</u>				Pescoco: <u></u>		Peças Dent: <u></u>			
Urinário: <u></u>				Drogas em Uso: <u>Nega</u>					
Estado Mental: <u>Boa</u>				ASA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		Risco: <u></u>			
Sinais Anteriores: <u></u>				Hora: <u></u>		Efeto: <u></u>			
Indicação Pré-anestésica: <u></u>									

CONFIRME ORIGINAL



DR. MARCOS ALENCAR
MÉDICO RESIDENTE
PRÓ ANESTESIOLOGIA
CRMZAC 2018

DROGAS ADMINISTRADAS		Técnicos:	Monitorização:
① RAQUI: NOBFIAM 50 mg + Eupil-Hipr 13 mg		PAQUIANE TB 81A	
② CEFTRIAXONA 2x EV		Cirurgia: FLEXÃO EXTERNA	Ap. Resp.: Oxim pul
③ MIDAZOLAM 5 mg EV		Cirurgião/Auxiliar: DR. ISSASSÉ	Ap. CV: ECG, PAM
④ FENTANYL 30 mg EV			
⑤ DOPAMINA 2x EV			
⑥ DEXAMETASOM. 10 mg IV			
⑦			
	QBS: RAQUI: EXTERSEITA DO ASSESSORIA/ANTESSEIRM, Colocação de curtos e STABILIZ, punção lombocônica L1, PAIN, L3-4, líquido claro, normotensão, sangue Q/S/INT		
WALFRIDO BALMA CRM 480 CPE: 060245, data: 20	Assistente Slosiologista (Assist. em CRM e campo): 26/08/11 Walfrido F. Lomb		Atenc. Ciss

OBS:

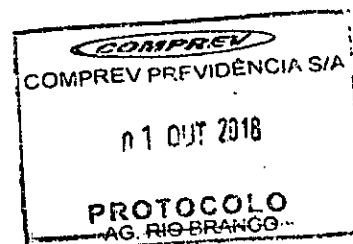
SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA		PONTUAÇÃO
ATIVIDADE	Movimento voluntário de todas as extremidades	2
	Movimento voluntário de duas extremidades	1
	Incapaz de se mover	0
RESPIRAÇÃO	Respira profundamente e tosse	2
	Dispnéia, hipoventilação	1
	Apnéia	0
CIRCULAÇÃO	PA $\pm$ 20% do nível pré-anesiésico	2
	PA $\pm$ 20% a 50% do nível pré-anesiésico	1
	PA $\pm$ 50% do nível pré-anesiésico	0
CONSCIÊNCIA	Totalmente desperto	2
	Desperta quando chamado	1
	Não Responde	0
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter SII O ₂ > 92%, respirando ar ambiente	2
	Necessita suplemento de O ₂ para manter SaO ₂ > 90%	1
	SaO ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0
PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.		

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente sadio normal.
ASA II	Paciente com doença sistêmica
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa que é constante risco de vida.
ASA V	Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

	0 min	15 min	30 min	45 min	60 min	90 min	120 min	150 min	180 min	240 min	300 min	360 min	420 min
Atividade													
FR													
PA													
Consciência													
SaO ₂													
Escala A-K (TOTAL)													

COMPREV PREVIDÊNCIA SA
n 1 DIT 2018
PROTÓCOLO



Novo Acre
Cidade pacífica, povo empreendedor

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: UBA Cidade do Povo

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

**SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

De: UBA

Para: Hues B OrtoBedia

Nome do paciente: Mto da Silva Freitas

Hipótese diagnóstica: fratura MID

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Pac. com fratura MID, eti
lizado Bole

[Signature]
CRM AC - 750

DATA: 14.09.17

ASSINATURA



384 / 2482134
 SUS
 Governo do Estado do Acre
 Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
 Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT
 placa 5 SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT



CONFORME
 CÓPIA
 SAME / HUERB

Paciente:	Antonio do silveira do pinto		
Idade:	Letra:	Registro/SE	
Sector:	☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☒ CCS ☐ CMA ☐ CME ☐ CC ☐ UT		
☒ Raio X	☐ USC ☐ UCG ☐ Ecocardiograma ☐ EDA		
☐ TC			
☐ RNM			
☐ Outro:	obliqua		
Indicação:			
Hipótese Diagnóstica:	S / hct		
Indicação:			
Dr. Aluizio Junior Medicina e Cirurgia CRM/AC 2061			
2312	Assinatura do Profissional com Carimbo		Nº Conselho
audc:			

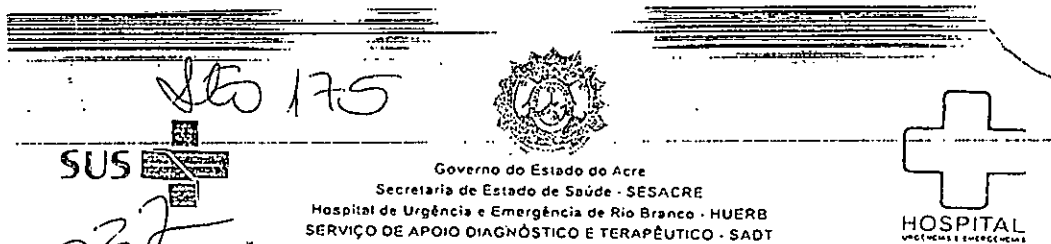
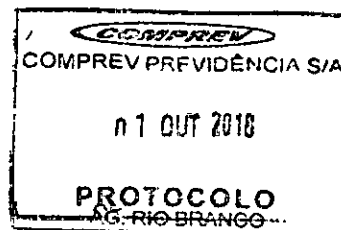


CCB 175
Humberto Valenciano
Mauricio Ponzio D

AP e perfl

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

06/09/17
Dr. ARAUJO JUNIOR
O.M. Oropéiza e Documentação
CRM/AC 2051



SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT

2489134

Paciente:	Idade	Leito	Registro/BE
Setor: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☒ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI			
☒ Raio X	☐ USG		
☐ TC	☐ UCG		
☐ RNM	☐ Ecocardiograma		
☐ Outro:	☐ EPA		
Incidência:			
Hipótese Diagnóstica:			
Indicação:			

Data: _____ Assinatura do Profissional com Carimbo: _____ Nº Conselho: _____

Laudos:

**CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAMME / HUERB**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CELSO ARAUJO RODRIGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 12/11/2019 às 13:10, sob o número 07150228920198010001. Documento do processo 0715022-89.2019.8.01.0001 e código 2432434



RECEITUÁRIO MÉDICO

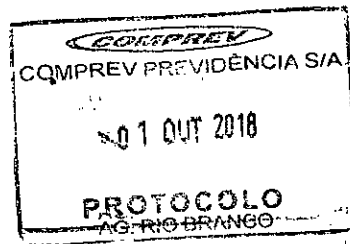
Paciente: Antônio Silva Farias

1- Sulfato de Glicosamina 1,5g + Sulfato de Cordrotina 1g

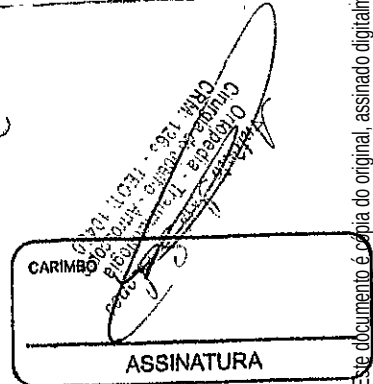
Tomar uma vez ao dia por uso contínuo dia. (6 meses)

2- Colágeno UC II

Tomar 01 comprimido ao dia por uso contínuo dia. (6 meses)



DATA: 17/4/18





Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 OUT 2018

ATESTADO MÉDICO

PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Atesto que o paciente

necessita de

30

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

CID:

Z54.0

Rio Branco AC, 03/10/17

Morande Oliveira Silva
CRM/AC 2183
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO – HUEB

HOSPITAL DE URGÊNCIA E E

ATESTADO MÉDICO

ATES

Atesto que o paciente _____

Atesto que o paciente _____

necessita de _____ (_____)

necessita de _____ (_____)

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

dias de afastamento do trabalho

doença.

doença.

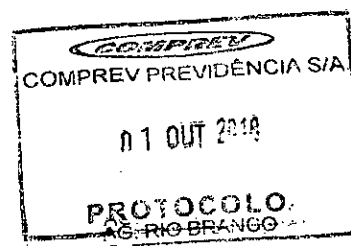
CID: _____

CID: _____

_____ / _____ / _____

Movimento Diário da Central de Leitos

Instituição Solicitante: UPA Cidade, para Data: 16/09/17 Hora: 11:10
Profissional que solicitou: Drº Eliene
Unidade de internação: SEC Leito:
Nome do Paciente: Antônio da Silva Freitas Idade:
Tipo de Procedimento: () Exame () Transferência Inter-hospitalar () Transporte aeroporto () Aux. transporte para residência
Descrição do procedimento: FN - MID
Unidade de destino: HUEPB Hora Chegada:
Condição Clínica/HD: Estável Cadáver a/acompanh
PA: x mmhg. FC: , SpO2: , Tax: C°
Profissional que recebeu: Nº cons:





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

007.108.702 - 49

Nome completo da vítima

ANTONIO DA SILVA FREITAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANTONIO DA SILVA FREITAS		CPF titular da conta 007.108.702.49	Profissão RECUSO - ME
Endereço RUA GERALDO LEITE		Número 2933	Complemento 00090 C522
Bairro CIDADE DO POVO	Cidade RIO BRANCO	Estado AC	CEP 69909-192
Email		Telefone (DDD) (08) 99949-2337	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0534	D/V	CONTA NRO. 01300039715	D/V 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

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

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

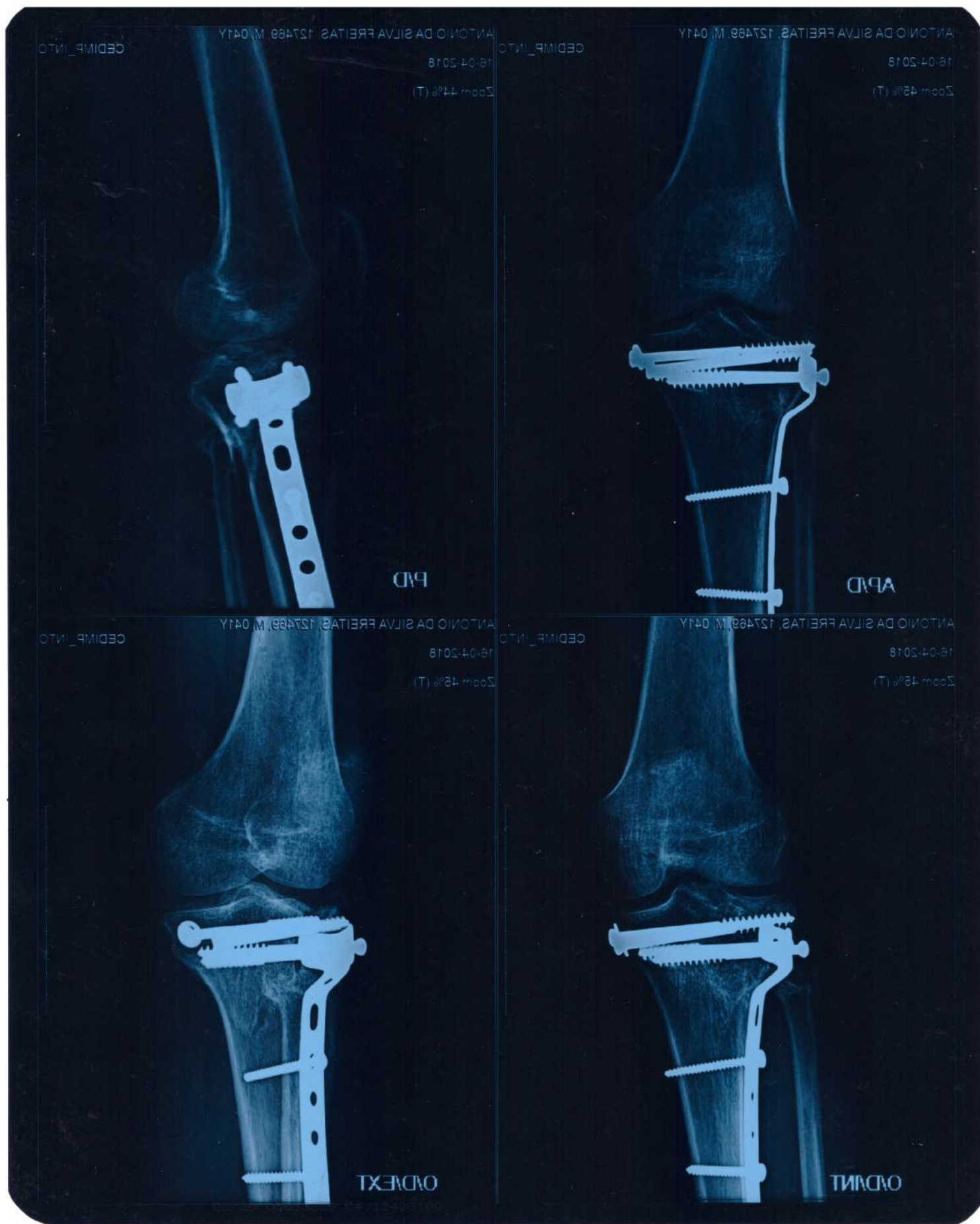
RIO BRANCO, AC, 01 de outubro de 2018

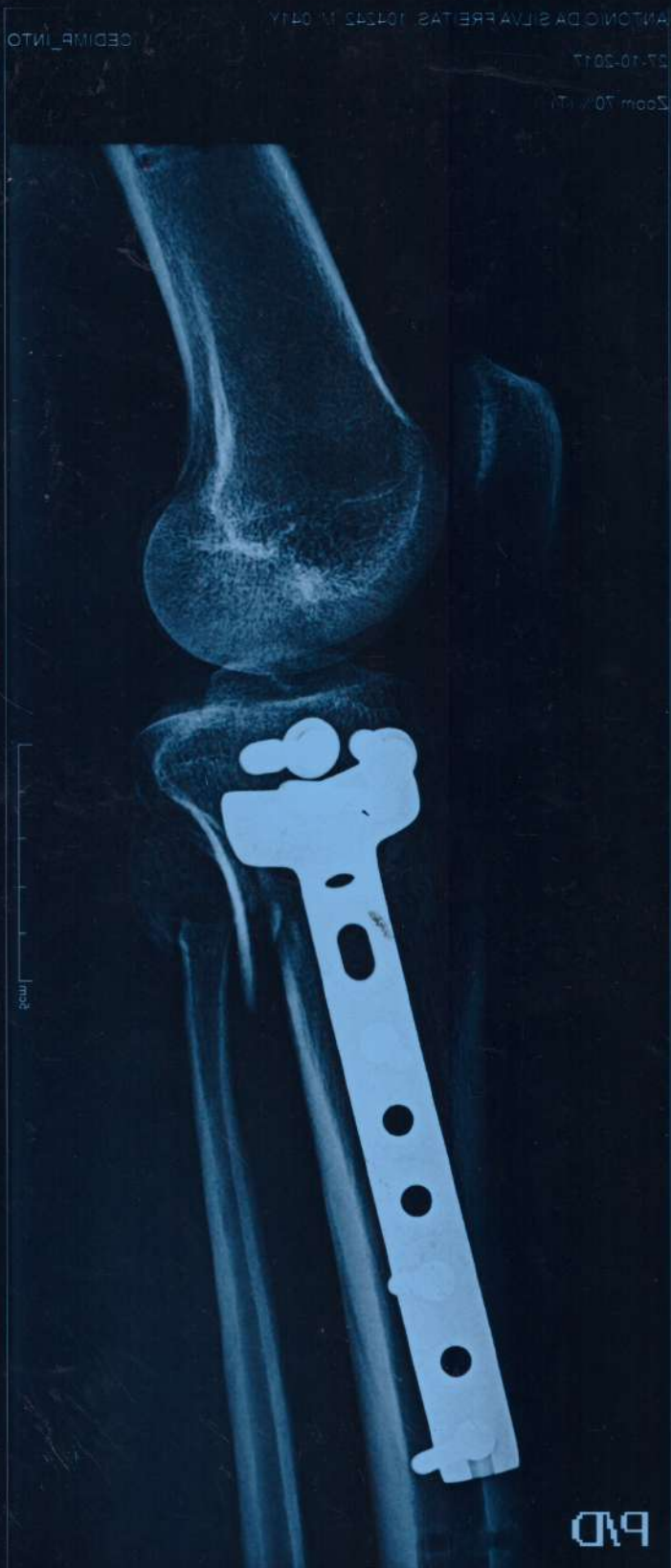
Local e Data

Antonio da Silva Freitas

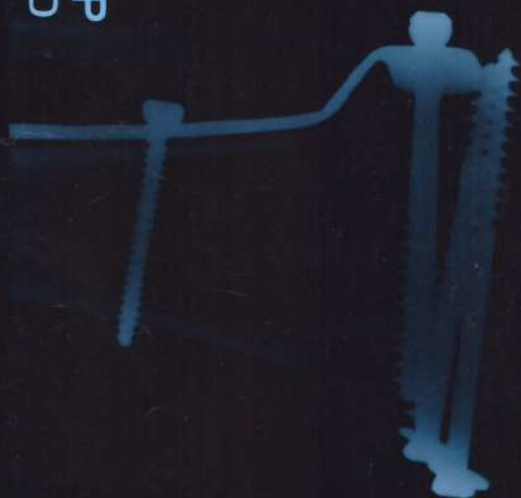
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AP
D



LATERAL
D



CEDIMP-DIAGNOSTICO POR IMAGEM

ANTONIO DA SILVA FREITAS , 041Y ID: 63527 D/H: 05/01/2018 11:10 TEC: ISRAEL

