

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190645881 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO, COM LESÃO DE CÁPSULA ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REPARO DE CÁPSULA ARTICULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 12

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190645881

Vítima: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190645881

Vítima: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 18/10/2019, emitido pelo Dr. WESLEY H. S. DA SILVA CRM nº 2296 - AC, da Instituição HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO, que informa evolução sem seqüela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 025.325.092-79 4 - Nome completo da vítima: Mariaviana de Araujo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mariaviana de Araujo da Silva 6 - CPF: 025.325.092-79
 7 - Profissão: Recusien 8 - Endereço: Rua João Borges 9 - Número: 344 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: Coat 12 - Cidade: Rua Branco 13 - Estado: Acre 14 - CEP: 69.926.000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (68) 99244369
(68) 99234 70 23

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 1681 89818 - 3322
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3424 08 CONTA: 000028 96 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei: 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, PAÇO DOMINGOS AC 19/11/2019
Mariaviana de Araujo da Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA



5067 2250 9537 2555

MARIVANIA ARAUJO DA SILVA

3424 013 00002896-2

e!c

DETRAN
ACRE

Novo Acre
GOVERNO PARLAMENTAR. SEMO EMPREENDEDOR.

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0021822

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

ESTACIONAMENTO DA UNINDUTE

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

SAÍDA A SAÍDA PARA A BR 364

06 HORA DA OCORRÊNCIA

18:19

07 ZONA RURAL / URBANA

RURAL URBANA

08 DATA

11/10/13

09 DIA DA SEMANA

SEXTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO 1

COLISÃO 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO 7

OUTRA (ESPECIFICAR) 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO 1

CONCRETO 3

PARALELEPÍEDO 5

CASCALHO 7

TERRA 9

AREIA 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA 1

MOLHADO 3

OLEOSA 5

ENLAMEADA 7

DANIFICADA 9

OBRAS 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM 1

CHUVA 3

NEBLINA 5

GAROA 7

14 Nº DE VEÍCULOS

2

15 Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS

COM VÍTIMAS

17 SEXO

F

18 NASCIMENTO

24/08/1994

MARILANDA DA ARANHA DA SILVA

19 ENDEREÇO

Rua João Soares 344 Butaé - CEP: 99234-7023

20 1ª HABILITAÇÃO

07143456356

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

07143456356

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM 1 NÃO 3

25 USAVA CINTO

SIM 1 NÃO 3

26 USAVA CAPACETE

SIM 1 NÃO 3

27 MARCA

YAMAHA YAC 125 FATOR PAS/MOTOCICLO

28 ESPÉCIE

PAS/MOTOCICLO

29 PLACA

NXT 4938

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

KARIMUNDO NUNATO DE SOUZA OLIVEIRA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

306KE1950F0057370

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM NÃO

36 AVARIAS

SETOR ANG. ANT. DIREITO

PONTOS

37 CARRO

39 MOTO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA * VER OBS. COMPLEMENTARES

FICOU NO ESTACIONAMENTO EM DIREÇÃO AO PRÉDIO UNINDUTE

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO

40 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZIDA PELA SIEM

BAF

42 NOME CONDUTOR

CARLA ALESSANDRA ARAÚJO ZAUZA

43 SEXO

F

44 NASCIMENTO

11/10/1991

45 ENDEREÇO

Rua Frutuoso Pessoa 204 JARDIM PARENTE

39238-6051

46 1ª HABILITAÇÃO

10/11/2016

47 CATEGORIA

B

48 PRONTUÁRIO

06737659642

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM 1 NÃO 3

51 USAVA CINTO

SIM 1 NÃO 3

52 USAVA CAPACETE

SIM 1 NÃO 3

53 MARCA

TEB/COMPASS SPORT M15/CAMIONETA

24 ESPÉCIE

M15/CAMIONETA

55 PLACA

NXT 0304

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

BETTY ALICIA ARAÚJO GOMES

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

988G7515WJ KH3170Z

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM NÃO

62 AVARIAS

SETOR LAT. ESQUERDO.

PONTOS

63 CARRO

65 MOTO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA * VER OBS. COMPLEMENTARES

SAINDO (FM DIREÇÃO) A SAÍDA DO ESTACIONAMENTO.

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

BAF

68 NOME

Jorge Eduardo F. de Oliveira

69 SEXO

M 1 F 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

Serviador Tercializado

CPF: 891.230.712-49

DETRAN/AC

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 23/10/2013

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

Jorge Eduardo F. de Oliveira

DETRAN/AC

69 SEXO

M 1 F 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VITIMAS Nº	82 NOME MARIANA DE ARAUJO DA SILVA	83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 24/08/91
	85 ENDEREÇO RUA João Borges 544 Buzaci	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
Nº	88 USAVA CINTO SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	90 CONDUZIDA PARA RUA João Borges
	91 NOME	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO
Nº	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEICULO Nº
	98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	99 CONDUZIDA PARA	97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Jorge Eduardo F. de Oliveira
 Servidor Autorizado
 CPF: 851.235.712-49
 DETRANAC

LEVE COM O ORIGINAL
 EM: 23/12/2019

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Presença acionada via Ciosp. A Polícia Técnica realizou uma perícia realizada. O va foi entregue ao Sr. Reinaldo NUNES DE SOUZA - CNH 0403193163. A condutora V2 se responsabilizou em relação ao veículo. Quando esta condutora chegou ao local a vítima estava aguardando atendimento médico sendo levado ao SAMU. Ambos os condutores suspeitos do teste etilométrico resultando em 0,00 mg/L. Foi feita a informação correta para o campo nº 34 e foi direcionado a perícia para o estacionamento em direção a ENRUBA PRINCIPAL DA UNIDADE OS COMPLEMENTOS DOS TAPES REALIZADOS SELOEM ANEXO. Nº 05224 E 05222.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME MARIANA DE ARAUJO DA SILVA	106 NOME CARLA ALESSANDRA A. ZAUSA	107 NOME TRG SGT RICARDO SOUSA
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA Carla A. Zausa	110 ASSINATURA
111 LOCAL RUA BRANCO	112 DATA 18/12/19	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 025.325.092-79 4 - Nome completo da vítima: Mariavânia de Araujo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mariavânia de Araujo da Silva 6 - CPF: 025.325.092-79
 7 - Profissão: Recusien 8 - Endereço: Rua João Borges 9 - Número: 344 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: Coat 12 - Cidade: Rua Branco 13 - Estado: Acre 14 - CEP: 69.926.000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (68) 99244369
(68) 99234 70 23

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 1681 89818 - 3322
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3424 08 CONTA: 000028 96 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei: 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, _____

PAO DORADO AC 19/11/2019
Mariavânia de Araujo da Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitido conforme Parágrafo Único do art. 123 da Resolução ANEEL 414/2010

Cliente: RAIMUNDO NONATO DE SOUZA OLIVEIRA

Endereço: R. JOAO BORGES, 344 -

Bairro - Coab

69. 926-000

N.F.: 6115324

Unidade Consumidora

4207874

Mês Faturado - FD

10/2019 - 0

Vencimento

31/10/2019

Valor a Pagar

R\$ 168,44

Após o vencimento será cobrado multa de 2%, juros de 0,0333% por dia, correção pelo IGP-M podendo ainda ter o fornecimento suspenso, após 15 dias do reaviso e inclusão no SERASA.

ATENDIMENTO ELETRÔNICO PARA CLIENTES

0800-647-7196

www.eletrobrasacre.com

autenticação mecânica

corte aqui

Unidade Consumidora

4207874

Mês Faturado - FD

10/2019 - 0

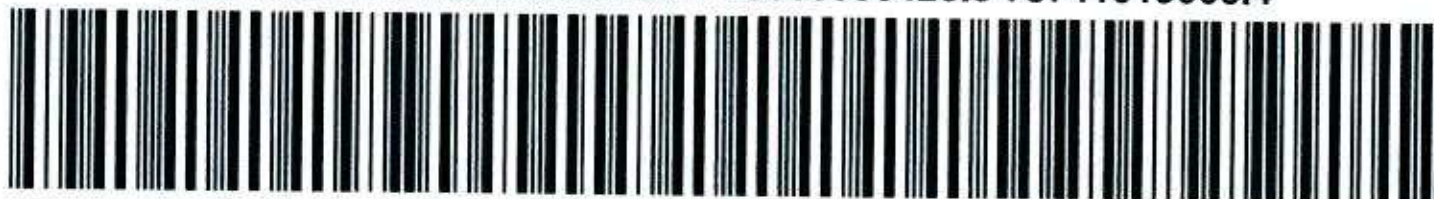
Vencimento

31/10/2019

Valor a Pagar

R\$ 168,44

83660000001.9 68440045000.4 00000000420.0 78741019005.4



m63
101006

S/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2677915 DATA: 18/10/2019 HORA: 20:13 USUARIO: COSMA
CNS: 700508583036853 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA DOC.: RG11207080
IDADE: 25 ANOS NASC: 24/08/1994 SEXO.: FEMININO
ENDERECO: NAO SABE INFORMAR NUMERO:
COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO: BUJARI UF: AC CEP...: 69900-000
NOME PAI/MAE: ANTONIO MARQUES DA SILVA /ERCILIA DIAS DE ARAUJO DA SIL
RESPONSAVEL: IRMA - MARILANDIA DE ARAUJO TEL...: 999451183
PROCEDENCIA: DISTRITO INDUSTRIAL
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [120 X 70 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [72] SPO2 [100]

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 18/10/2019
HISTORIA DA DOENÇA: Paciente feminina com trauma por queda de altura em trabalho doméstico. A: VAP sem dor cervical, dor no abdome inferior. B: muç. SDA. C: 200, 40, 100. D: 100, 40, 100. E: 100, 40, 100. F: 100, 40, 100.

BS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
SCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: CID: *Dr. Odilon Santiago*
PRM - Cirurgia Geral
CRM/AC - 2290

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO
2) Difenidramina 50mg (1x)
2) Paracetamol 1000mg (1x)
Dr. Odilon Santiago
PRM - Cirurgia Geral
CRM/AC - 2290

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
20:10:15 ADMISSAO NO SET, trazida pelo proprio do setor
com mais exames solicitados com urgencia, acompanhada
por JAINA DE ALBUQUERQUE DO AMO
Dr. Odilon Santiago
PRM - Cirurgia Geral
CRM/AC - 2290



() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR									
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Peso:	
	ESCALA DE DOR							Pulso:	bpm
								Glicemia:	mg/dL
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR:			() DESISTÊNCIA () EVASÃO		HORÁRIO:			
RECLASSIFICAÇÃO	Tempo máximo: 3 minutos			Assinatura:					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- Medicação Via Oral - VO, com ____ ml de água potável;
- Medicação Intramuscular - IM, local: _____;
- Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____ com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____
- Medicação sublingual;
- Medicação subcutânea, local: _____;
- NBZ: _____;

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às _____

SARAF / PUFER
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

13/10/19 - Camilla Gomes Ass. Dor
21:20 - Paciente assintomática, TB0 - 100ml
Pax - sem sinais de dor
Lactação exclusiva de leite
ALTA DA CIRURGIÁ
AO ORTOPEDISTA

Dr. Odilon Santiago
PRM - Cirurgia Geral
CRM/AC - 2290

Às 22:20 Paciente admitida no CC leitada e orientada portando AUP, um mSB com
seu ringe lactado em casa para procedimento cirúrgico A.E. Sala Cirúrgica

Serviço de Enfermagem
Enfermeira
COREN: 77208

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA _____ SALA _____ DATA _____

NOME DO PACIENTE _____ ID _____

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()

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

INÍCIO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

INÍCIO DA CIRURGIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA _____

CIRURGIÃO _____ AUXILIAR(ES) _____

ANESTESISTA _____ INSTRUMENTADOR _____

CIRCULANTE _____ ENF _____

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
ACAIANA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
ACAIANA S/ VASO	ALCOOL 70%	FIO ALGODÃO
ACAIANA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
GENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
GENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
MINID	ASPIRADOR	GAZES
ONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
PAN	ATADURA DE CREPON	GORRO
NTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
MINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
FRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
ANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
SEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
CORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
N	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
AR	CERA ÓSSEA	LAMINA DE BISTURI
AINA	CHUMACO	MALHA TUBULAR
AINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
COL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
ONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (OBITO)
INA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
LON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
OFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓRICO
L	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE
TIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
DIAZINA DE P	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5 ML
INTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
AL	PITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
IL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade: _____

RELATORIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Mariliana de Araújo do Silveira

IDADE: 25 OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Tumorante cisto contido externo em Joelho (D) com lesão do
capsulo articular

CIRURGIA PROPOSTA: limpeza cirurgica do capsulo e sistema de pele

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: e mesmo

CIRURGIA REALIZADA: a mesma

DATA:

18/6/19

CIRURGIÃO:

Marcelo Perment

1º AUXILIAR:

Wesley

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

Joelma

ANESTESISTA:

Marcelo

ANESTESIA:

Propofol + leve

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM (/) NÃO

DESCRIÇÃO: _____

SAME / LUSTRO

CÓPIA

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM (/) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____

CONFORME ORIGINAL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

a lavagem em decubito dorsal sob anestesia

o anestesico + antissepio + colocação do campo estéril

(3) experiências de fechamento identificando lesões art, dgo, do capsula articular de fôlha em região lateral inferior. nos identificada lesões musculares importante

(4) linpaga exantema com SF 0,9%

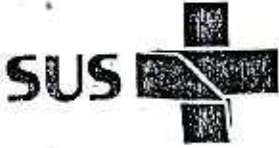
(5) repans do Capsula articular

(6) sistema de subcutâneo e pele

(7) anótesis estereil

Dr. Wesley Hoffman S. da Silva
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

SAME / FOLHA
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Marivanete da Noronha da Silva Idade 25 Sexo F Cor Registro: BE 2677915

Sector proc: PSA PSI CCA CCB CMA CMB CC UTI

Altura Peso PA (mmHg) P (bpm) FR (irpm) Tax (°C) Sat O₂ (%) Grupo Sgneo: Fator Rh

Hm Ht. Hb Leuco Glicose Uréia Creatinina BT / BD / BI TGO / TGP

Diagnóstico Pré-Operatório:

Ap. Resp: Asma Bronquite MV: (4) Complacência:

ACV: ECG: 125 Alegrias: Não

Ap. Digestivo/Dentes: Surgim Pescoço Peças Dent.

Ap. Urinário: Drogas em Uso:

Estado Mental: hora

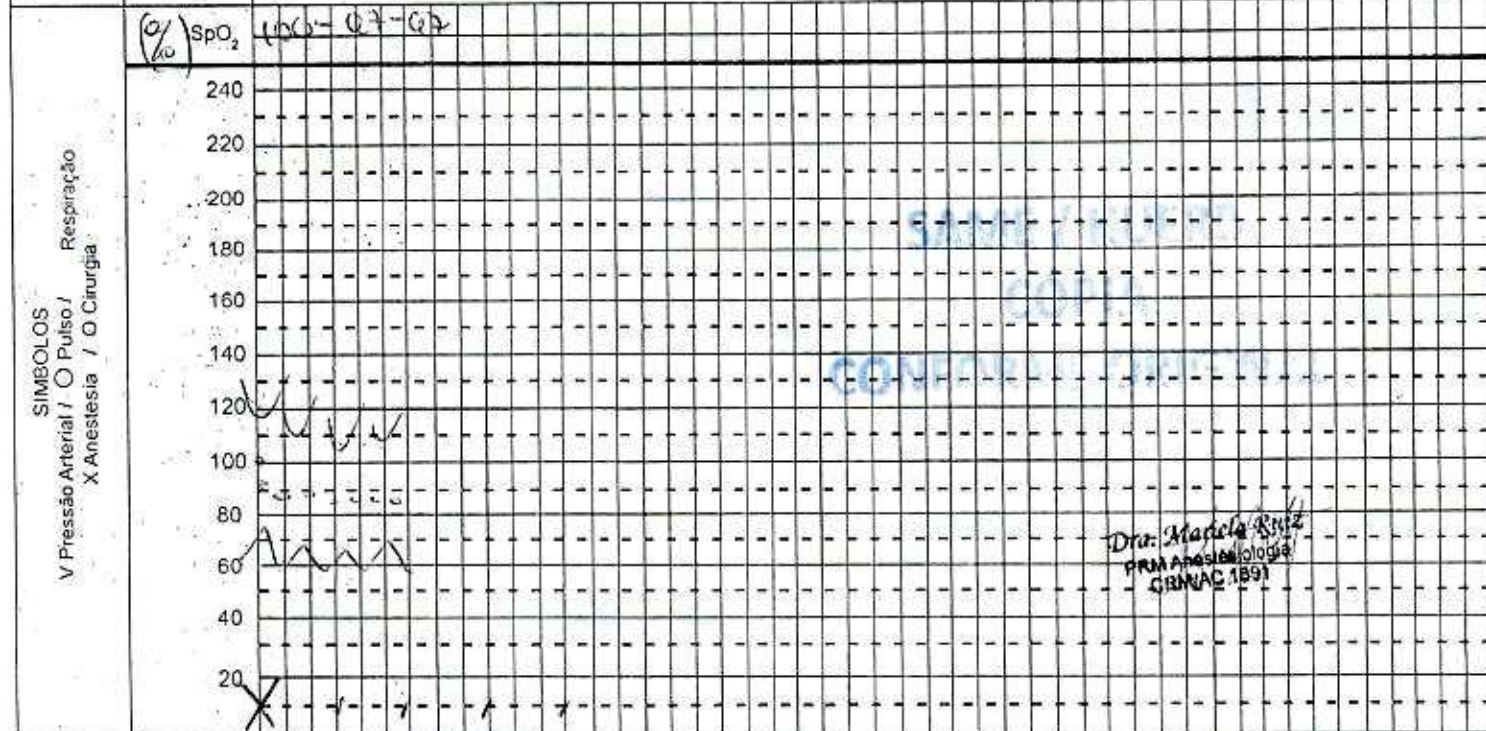
Anestésias Anteriores: ASA: 1 2 3 Risco

Medicação Pré-anestésica: Hora: Efeito:

HORA: 22:30 23:30

GASES	O ₂	[Handwritten waveform]											
	NO ₂												
	HALOG												

Liquidos		<u>na</u>	<u>na</u>										



1º <u>Toulanil 50mg</u>	Técnica: <u>sedação</u>	Monitorização: <u>PAIN</u>
2º <u>midazolam 5mg</u>	Cirurgia: <u>Requianestesia b3-y hiperbarica +</u>	Ap. Resp.: <u>ECG + Oximetria pulso</u>
3º <u>Ropivacaina 12,5mg</u>	Cirurgião/Auxiliar: <u></u>	Ap. CV: <u></u>
4º <u>Morfina 5mg</u>	<u>Dr. Marcelo Lima</u>	
5º <u>Amoxicilina 2g</u>	<u>equipe</u>	
6º <u>Diprivan 2g</u>	OBS: <u>Pto. saúde associada a bulimia, coloração da</u>	
7º <u>Dexametasona 4mg</u>	<u>sempre do tecido, pulso monitorado, sonda, cat I + II, catg. oc</u>	
8º <u>Sau. PINTA ESCORRIMENTOS</u>		
9º	Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):	
10º		

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 101006
Numero do CNS...: 700508583036853
Nome...: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA
Documento...: RG11207080 Tipo :
Data de Nascimento: 24/08/1994 Idade: 25 anos
Sexo...: FEMININO
Responsavel...: ANTONIO MARQUES DA SILVA
Nome da Mae...: ERCILIA DIAS DE ARAUJO DA SILV
Endereco...: NAO SABE INFORMAR
Bairro...: CENTRO Cep.: 69900-000
Telefone...: 999451183
Município...: 1200138 - - AC
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2677915
Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito...: 999.0164
Data da Internacao: 18/10/2019
Hora da Internacao: 21:00
Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico...: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro: 121910045226-2

SAME / HUERA
COPIA
CONFORME ORIGINAL



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HUERB

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

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

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ulcera de orelha de nível com foc externo em joelho
atingindo capsula articular do joelho
Edi flocos externos presentes do joelho
nevrálgicos e perfurados do m. l. D. presentes

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

curioso

**SAME / HUERB
CÓPIA**

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

exame físico e Rx

CONFORME ORIGINAL

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fca em joelho D com lesão de capsula articular

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

internação / curativo

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 DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

Manoel Pinheiro

16/08/19

Dr. Wilson Hoffmann de Sá
CRM - ORT - 2208
Prof. - Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ/EMPRESA

42 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

idade:

Nome: Mauriciane de Araújo da Silva

Idade: 25

Registro:

Enfermaria:

Leito 1166-06

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
18/10/19	Pati da medicação controlada antídota e fec em jejum D está oculto de modo	1) Paracetamol 10 2x duo 2) SFS 500mg 10 2x duo 3) ceftriaxona 1g 10 2x duo 4) Dipirona 1g 10 4/6 S/12 5) Fenacetil 100mg 12 Procurar	5:00 01	Ho 10:00 Paciente acordando da sala CCB Levanta a sós traz pontal de AUP em mãos com seus itens hospitalar autoso PDI limpeza cirúrgica na região do capote e bu form de pol. Anestésica. Regista medicação PR: 95 x 20mmHg FC: 98bpm de Est. 10/20/19 ENTRADA CORRENTE
	- curativo com tuberculose	1) 4/6 S/12 2) heparina 2mg 10 2x duo 3) GCS 50	01 (12)	CCB para dar anti ruidade no tratamento. Não acompanhada com a amiga. Regi caloria medicamentosa su técnica progressiva - Em 20 Paciente 10/20/19
	Relatório e mandado de proteção.	Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva PPM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296		

SAME...
CÓPIA
CONFIRMADA



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

digitado e impresso em: 20/10/2019 às 14:01:13

REGISTRO: PACIENTE: **MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA** IDADE: **25** CLÍNICA: **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** LETTO: **213**

EVOLUÇÃO: PRESCRIÇÃO: HORÁRIO: ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

D/DT: 18/10/19

ACIDENTE DE MOTO

#FCC EXTENSO EV: JOELHO D. COM LESÃO CAPSULAR DA ARTICULAÇÃO - RAFA DA CAPSULA - LC

PACIENTE SEV. QUEIXAS NO MOMENTO

1. DIETA VO LIVRE

2. SE 0,9% 500ML EV CADA 8/8H

3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 8/8H

4. TRAVAL 100MG + 100ML SFD 9% EV 8/8H SN

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

6. TILATIL 40MG EV - X/DIA

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA

EF. PERUSAC. NEUROLOGICO DO LIMB. PRESERVADOS. MOVIMENTOS PRESERVADOS. FO LIMPA

CDI: ALTA HOSPITALAR COM MEDICAÇÕES + ORIENTAÇÕES + RETORNO AMBULATORIAL

VISITADOR/ORIENTADOR: VINICIUS GRESSLER

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
CRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

SAME / KUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
CRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

15 horas paciente saiu de alta hospitalar





Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Doi em joelho D

História da Doença Atual: Acidente de moto com FCC em joelho (D) extenso com
lesão de capsula anterior
afetando os ligamentos e perfurando a membrana do joelho. Menor de

História da Doença Anterior: o mesmo

Exame Físico: o mesmo

SAME / HUER

CÓPIA

CONFIRMAR DRS

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: FCC extenso em joelho e um lesão de capsula anterior

Motivo da Cobrança: 12

Dr. Wesley Hoffman S. da Silva

PRM - Ortopedia e Traumatologia

CRM - AC 2296

12/10/19

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA AGRICULTURA
 INSTITUTO NACIONAL DE REGRAS E
 REGULAMENTAÇÃO DE PRODUTOS AGROPECUÁRIOS

MARIVÂNIA DE ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
11307280 SEPC AC

CPF DATA NASCIMENTO
025.325.092-79 24/08/1994

FILIAÇÃO
**ANTONIO MARQUES DA SILVA
 HELENA DIAS DE ARAUJO DA SILVA**

PROFISSÃO ACC CAT. HAB
COMERCIAL 000000 22

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
07143456354 21/05/2023 10/10/2018

OBSERVAÇÕES

Marivânia de Araújo da Silva

LOCAL ABRIGAMENTO DO PORTADOR DATA EMISSÃO
RIO BRANCO, AC 14/10/2018

LEIA O CUIDADO COM O SEU
 CUIDADO COM O SEU

ABRIGAMENTO DO EMISSOR
ACRE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1824475290

PROIBIDO PLASTIFICAR
1824475290

DF AC AL AP AN BA CE ES GO MA MT MS MG PA PB PE PI RJ RN RO RR SC SP TO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406045/19

Vítima: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

CPF: 025.325.092-79

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: MARIVANIA DE ARAUJO
DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA : 025.325.092-79

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2019
Nome: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA
CPF: 025.325.092-79

MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190645881 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO, COM LESÃO DE CÁPSULA ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REPARO DE CÁPSULA ARTICULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 12

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406045/19

Vítima: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

CPF: 025.325.092-79

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 18/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIVANIA DE ARAUJO
DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA : 025.325.092-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/11/2019
Nome: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA
CPF: 025.325.092-79

MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA