

CC.BL.168

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DC BE: 2539361 DATA: 29/03/2018 HORA: 20:14 USUARIO: TAMBORINI
 CNS: 204.3761.02300006 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA 17.874

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO VITOR BENTES DA SILVA DOC.: NT *Wesculino*
 IDADE: 20 ANOS NASC: 12/01/1998 SEXO.: ~~MALE~~
 ENDEREÇO: RUA BENJAMIN NUMERO: 367
 COMPLEMENTO: VEIO DE SAMU BAIRRO: VITORIA
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-000
 NOME PAI/MAE: JOAO RIBEIRO DA SILVA /MARIA DAS GRACAS BENTES DE SOU
 RESPONSÁVEL: O MESMO TEL.: 992-1661-
 PROCEDENCIA: SAO FRANCISCO PAI
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: SIM *NAO* VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [128 X 62 mmHg] PULSO [62] TEMP. [] PESO [] *ECG* *SPO2 98%*
 EXAM. COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Acidente de motocicleta, para perda de consciência. Trajetória com*
colorimento. Vias aéreas permeáveis, reflexos presentes. Glucose plasmática, midriase e pupilas
para a esquerda.
 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

Silbust 40 mg IV

Diprione 2,0 mg IV

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/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

às 21:35 Paciente internado no Xan de R. de Curitiba, um
homem, o mesmo alega ao Aband. dos feridos na motocicleta
benjamim stino. Apresenta fratura exposta de perna @.
co: Alta da cirurgia. + encaminhado ao ortopedista.

Henry Ramirez
Medico
02/03/2018

Às 20:34 paciente admitido no SBT procedente de um público em-
 deido pelo SBT em movimento próximo rígido + color cuticular + tra-
 MIE: potendo AUP em MIE + ematoma compressivo no joelho, lucido, osten-
 de apneico, normocorado, ritmo de pulsação muito e curvo. Refere dor no joelho.
 E! Medicado e PM e encaminhado para exames radiográficos. SSUV: PA: 129 X
 62 mmHg, SpO2: 100%, FC: 62 bpm. Se. Enf. Regina

Daniel Gustavo
 Enfermeiro
 COREN-AC-150416

29/03/18 - Ortopedia. (Dieta 0 19:00)

Ruptura exposta de Tendão quadríceps (E).

- 1/ Dieta Zero.
- 2/ Sol Frio 9% 50ml EV C/12 horas. 500
- 3/ Dipirona 1gr. EV. ~~C/6/6 horas.~~
- 4/ Ulatimol 2gr EV ~~C/6/6 horas.~~
- 5/ Tramadol 100mg. } EV C/8/8 horas. 2/2.
 Plaxil 10mg. }
 Sol Frio 9% 100ml }

6/ S. A. T. 0,5 ml (IM) 2/2

7/ Manter na OGA, do Trauma
 até surgir nota no Centro
 Cirúrgico.

[Signature]
 Felipe Moura de M. Dutra
 Enfermeiro
 COREN-AC-150416

SAME/HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Às 22h. Delmutado na Obtenção do Trauma, Lucido,
 Orientado, Comunicativo, sem náusea. Aguardando SBT em
 e C para procedimentos cirúrgico/ortopédico.

[Signature]
 Carlos Roberto de Abreu e Silva
 Enfermeiro
 COREN-AC 395.715

Às 23:40. Encaminhado o Centro Cirúrgico, Lucido, Orientado,
 Comunicativo. 23:45. Paciente admitido no CC P/prio-
 cedimento ortopédico.

[Signature]
 Carlos Roberto de Abreu e Silva
 Enfermeiro
 COREN-AC 395.715

[Signature]
 Joane Maria da Silva Verçosa
 Enfermeira
 COREN-AC 339.922

245543109

e.e.R

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 17874
Numero do CNS...: 204370102300006
Nome...: JOAO VITOR BENTES DA SILVA
Documento...: CN.4689 Tipo :
Data de Nascimento: 12/01/1998 Idade: 20 anos
Sexo...: FEMININO
Responsavel...: JOAO RIBEIRO DA SILVA
Nome da Mae...: MARIA DAS GRACAS BENTES DE SOU
Endereco...: RUA BENJAMIN BAIRRO VITORIA 00367
Bairro...: CENTRO Cep.: 99999-999
Telefone...: 000000009921661
Município...: 1200401 - - AC
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2539361
Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito...: 999.0044
Data da Internacao: 29/03/2018
Hora da Internacao: 20:20
Medico Solicitante: 990.452.492-00 - FELIPE HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA
Proced. Solicitado: 04.08.04.030-0
Diagnostico...: S52.1
Identif. Operador.: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

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

121810024303-0

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Procedimento Autorizado

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -

DIAS DE U.T.I. Autorizados

Mês Inic. ()	Mês Ant. ()	Mês Alta. ()	Total ()
---------------------	--------------------	---------------------	--------------

Acomp. Dias (15) (09)

Serviços Profissionais

01 Tipo	CNPJ	Auto Profis.	Tipo Ato	Q. T. Ato	NT. Fiscal
02	980016288008613	0408040262		01	225270
03	201700585430009			01	225101
04	980016288008613	0801010170		03	225270
05	170526596870009	0401010015		05	223605
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Proced. Realizado

0408040262

AIH Posterior

AIH Anterior

Houve Infec. Hospitalar

Esp.

01

Data de Saída

12.04.2018

Diag. Princ.

5331

Diag. Secund.

✓ 331

Mot. Cobrança

42

Nº de Nascidos

Vivos

Mortos

Nº de Saídas

Altas

Transf.

Óbitos



SANE / HUEB

CÓPIA ORIGINAL

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

Novo Acre

Governo do Estado do Acre

UNIDADE: HUEBNOME: BRUNO RIBEIRO DA SILVAIDADE: 20 B.E.: _____

OBSERVAÇÃO

LEITO: 24

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
30/04/2018	LEITURA EXPOSTA	(1) DIETA COM LULA		01:30 - Lacte liofilizado
	QUADRICIPAR (E)	(2) STOR 9.500ML 8/8H 500		orientado, empunheiro,
		(3) CEFOTRIV 1G (10) 6/6H 14	17	examinando a
		(4) CEFOTRIV 1G (10) 6/6H 14		CCB após exame
	PER VITAM D3	(10) 1x120A		diagnostico
LEIA 1	TRAMA PULMONAR (10) 6/6H 14	(5) DIPIRIDA 1G (10) 6/6H 14	16:22	P.A. 119x55mmHg FC
HEINA		(6) PIVOL 1000 (10) 3/3H 14		6160ml 5802.49%
	DEBILITADO EXPOSTO	(7) DEBILITADO 1000 (10) 14/14	18:22	Ente Mãe da Sônia Vergara
	BOA PERFUSÃO	(8) CEFOTRIV 1G (10) 6/6H 14	16	Enfermeira
	SLURMS DE SIV. CEFOTRIV	(9) CEFOTRIV 1G (10) 6/6H 14		COREN - AC 338.322
	TINENNA, NERVOUS	(10) OBSERVAÇÃO DE 14/14	18	04:20 Ref. An. m
	MONITOR, SUSCITO	(11) CEFOTRIV 1G (10) 6/6H 14		Exame desta unidade
	PERDA SUTA			Exame de Cefotri
	POUQUISSIMO LULA			Exame de Cefotri
	EXAMINANDO LULA			Exame de Cefotri
	CLIMA EXPOSTO			Exame de Cefotri
	(10) POUQUISSIMO			Exame de Cefotri

VIRE

Parabéns do Serviço de
Família, no aniversário
de casamento.

Maria Aparecida Silva de Souza
Téc. de Enfermagem
CORENAC - 524.21

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 DESINER?O TRAUMÁTICA DO TEND?O PATELAR ESQUERDA CD: LC + RAFIA E CURATIVO. BEG, COM DOR LEVE. PERFUS?O E NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND?O. AGUARDA AGENDAMENTO COM DR ANTONIO	1. DIETA VO LIVRE. 2. DIPIRONA UMA AMP EV 6/8H 10 16 20 24 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 06 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA ROTINA 30 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D8 12 20 24 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D8 16 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D8 12 20 24 <i>Dr. S. Jr.</i> Médico CRM 5004		17.06.18 (1 mês após início) alívio da dor, sem necessidade de analgésicos. queixas remanescentes, duvida fisiologica por parte do S. Respira- tório. 22.00 presente estável, com tudo, sem queixas respiratorias. respiratorias. respiratorias. <i>Dr. S. Jr.</i> Médico CRM 5004

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Dr. S. Jr.
Médico
CRM 5004



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 23:30 SALA 01 DATA 29/03/2018

NOME DO PACIENTE João Vitor Benites da Silva ID 20

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (x) AMBULATÓRIO () OUTROS ()

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

INÍCIO DA ANESTESIA 23:45 TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

INÍCIO DA CIRÚRGIA 23:50 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 00:20

CIRURGIÃO Dr. S. M. S. S. S. AUXILIAR(ES) _____

ANESTESISTA Dr. R. R. R. INSTRUMENTADOR Eliza

CIRCULANTE Fátima Afonso + Tamires ENF Jeane

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% 1	AGULHA DESC Nº <u>40 x 12 - 1</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>100 ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 1	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>150unid</u>
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>35 - 1</u>	GORRO <u>1111</u>
DILUENTE 11	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 11
FRITANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 11
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5 11
KEFLIN <u>18 - 11</u>	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS 1	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>1111</u>
KETALAR <u>18 - 11</u>	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>22 - 11</u>
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>11111</u>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
MÉTRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>10 -</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA 1	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE <u>150ml</u>
PAVULON	ELETRODOS <u>11</u>	POVIDINE TINTURA <u>150ml</u>
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <u>11</u>	PROPE <u>111111</u>
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPORON <u>11</u>	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 3,9% 11	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO 1	FRALDA 1	SERINGA DE 5ML 1
TIOFENTAL	FILTRO BACTERIOLOGICO	SERINGA DE 10 ML 1
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>2-0 111</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
<u>S. F. da Uva 11111</u>	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 23:45	HORÁRIO: 00:00	HORÁRIO: 00:30
PA: 119 x 52	PA: 119 x 52	PA: 119 x 52
FC: 60 bpm	FC: 60 bpm	FC: 61 bpm
SPO2: 94%	SPO2: 94%	SPO2: 94%

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

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

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: JOÃO VITOR BEVIER DA SILVA

IDADE: 20

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: RUPURA EXPLOSA QUADRILCEJA (E) (DESNUSA E)
(FENDA MUITO SUTA)

CIRURGIA PROPOSTA: POI LIMPEZA CÍRURGICA + MATA + CURATIVO
ESTERIL E PAU, IMOBILIZAÇÃO DA BESSADA

DIAGNÓST-CODEFINITIVO: O Mismo

CIRURGIA REALIZADA: A MURUA

DATA: 30/03/18

CIRURGIÃO: ISSASSE EULVER

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA: DR MOREY

ANESTESIA: PROCURA-VEIA

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM ☒ NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☒ ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) PITE EN ORL SOB MOLUAMENTOS
2) ASSESSIA 4) ANESTESIA 4) CLOREX 20 CMBS 200ML

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

3) COLHIDAS DA FENHA SERAO OBSERVADAS DESDE O INICIO DO SUPLENTE DO POCA PROXIMO DA PORTA (E) E GRAU 2 QUANTIDADE DE ACESSOS DE ACESSO, AREA E TEMA.

4) LARGURA EM QUANTIDADE DA FENHA C/ 50.9% EM ABUNDANCIA

5) MEMBRANA MOLESA

6) RABO C/ NUBU 2-0 NA PERE

7) CUNHA C/ NUBU

8) IMBILIZADOR C/ NUBU 6.5.1.1.1

9) A EXPLORANDO C/ ANTIRODOLLOMA E SEGUIMENTO.

DD: 44

SCOT. FENHA!

30/03/2018

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Issued by
CRIMAC 1344

SAME / MUERB
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
	Dispneia, hipoventilação	1
	Apnéia	0
CIRCULAÇÃO	PA $\pm$ 20% do nível pré-anestésico	2
	PA $\pm$ 20% a 50% do nível pré-anestésico	1
	PA $\pm$ 50% do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Totalmente desperto	2
	Desperta quando chamado	1
	Não Responde	0
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter $\text{Sat O}_2 > 92\%$, respirando ar ambiente	2
	Necessita suplemento de O ₂ para manter $\text{Sat O}_2 > 90\%$	1
	$\text{Sat O}_2 < 90\%$ mesmo com O ₂ suplementar	0

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 espera sobreviver sem a cirurgia
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação

PONTUAÇÃO DO PCTE	8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA
-------------------	---------------------------------

[illegible]



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

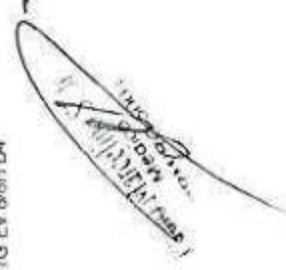
ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				20001578	
Identificação do Paciente				5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE				17874	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
904370102300006120198				Masc ☒ Fem ☐	
9 - SEXO				10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO	
Maria das Graças Bentes de Souza				66999921611	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO	
João Ribeiro de Silva				DOD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
Rua Benjamin, Bairro Vitória 367 São Francisco				Rio Branco	
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO				18 - UF	
AC				19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
RUPROM EXPANSÃO DO QUADRÍCEROS @ + NA NA AU QUADRÍCEROS @					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
SUPRACITADO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
ANAMNÉSE @ EXAME HIL @ LABORATÓRIO					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
LEITO TRUSS QUADRÍCEROS @					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
S.331					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO					
V.231					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
04108040202					
29 - CLÍNICA					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
31 - DOCUMENTO					
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
041460838914					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Isaac E. Eulice					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
30/03/18					
35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
Isaac E. Eulice					
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 BULETIN					
41 - SÉRIE					
42 - CNPJ EMPRESA					
43 - CNAE DA EMPRESA					
44 - CBOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
48 - DOCUMENTO					
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
1703462088550001					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
CPF: 731.571.677-68					
Revisor de Prontuário					

JOAO VITOR BENITES DA SILVA

UNIC - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 RUPTURA EXPOSTA DE QUADRILHOS ESQUERDO (DESINSER???) CD- LC - RAFIA E CURATIVO BEG. COM DOR LEVE. PERFUS?O E NEURO PRESERVADO. AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND?O.	1. DIETA VO LIVRE 2. DIFIRONA UMA AMP EV 6/8H 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D4 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D4 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D4  500 500 (04) 12/2004 16		8h Paciente Tomou Banho no leito e Trocado ventose e lençóis do Paciente Tec Odete 16h Paciente notou que Aveixas, unhas Todo, Dinense Paciente, Aceito - Dieta + Glicose de ventos de 6h 8h 120x80 mmHg Tec Odete 500h Paciente dor não bem, não se refere queixas no membro direito, diurese qd sente. Pa: 110x60mmHg T.E. Lavíngolo

SAME / HUEB
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 04/04/2018 às 12:30:34



HUERB
Município de Várzea
Imagem de 2018

REGISTRO PACIENTE

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

IDADE

20

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 RUPTURA EXPOSTA DE QUADRÍCIPS ESQUERDO (DESINSERIDO) CD: LC + RAFIA E CURATIVO. BEG, COM DOR LEVE, PERFUSO E NEURO PRESERVADO. AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TENDÃO. AGUARDA AGENDAMENTO	1. DIETA VO LIVRE. 2. DIFIRONA UMA AMP EV 6/6H 10 12 24 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SNL. 4. PLASIL UMA AMP EV SN- 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 06 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 10 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D6 12 20 04 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA, D6 12 20 24 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D6 12 20 24 MARCILIND S.R.L. Município de Várzea		8h Paciente To - o - m - i Bom no leito e tro- cando ventes e len- çóis do boquente Tec ydetec 16h Paciente não refe- re queixas, orientado comunicativo. Dinam- icamente, Aceito - Dieta + Procedi - entos de B - g - e - a - g - e - PA 130x70 m - m - a - Tec o dete + O.D. 04.35h, entrega- da de Garrafa de água. Refeição que é tec. Enf. Ed. Ar. Ref. Ref. 015.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 25/03/2018 DESINSER720 TRAUMÁTICA DO TEND70 PATELAR ESQUERDA CD: LC + RAFIA E CURATIVO. BEG, COM DOR LEVE. PERFUS70 E NEURO PRESERVADO. AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND70. AGUARDA AGENDAMENTO COM DR ANTONIO	1. DIETA VO LIVRE. 2. DIPIRONA UMA AMP EV 6/8H 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D7 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA, D7 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D7 Paulo Napoleão S. # Medico CRM 5004		As 07:00 recebido Pot. estável, não repete algum medicação. Não temo curso Urso, deben bem a dita Ofensiva, fengem fi- siologias presente taman tambe no cabo dengem a en- fite. Alana Nogueira TSC 08/03/2018 CORENING 52510

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 DESINSER70 TRAUMATICA DO TEND70 PATELAR ESQUERDA CD: LC - RAFIA E CURATIVO. BEG, COM DOR LEVE PERFUS70 E NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND70. AGUARDA AGENDAMENTO COM DR ANTONIO	1. DIETA VO LIVRE. 2. DIPIRONA UMA AMP EV 6/6H 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV 6/6H 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D9 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D9 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D9 <i>Paulo Henrique S. P.</i> Medico CRM: 10000	18/06/2018 22:04 12/20/2018 16:04 12/22/2018 04	Pac tomou banho de aspersão com auxílio + troca de roupa de cama 16:00hs, pac não refere queixas no período, aceita a dieta oferecida. Buções fisiológicos, com urina e fezes normais.

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

500ml Soro fisiológico
meio álcool, por
medicação - sem
queixas de náuseas
diuréticos presentes.
Dr. Rorato



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

digitado e impresso em: 09/04/2018 às 15:10:34



HUERB

REGISTRO PACIENTE

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

IDADE

20

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 DESINSER770 TRAUMATICA DO TEND70 PATELAR ESQUERDA CD: LC + RAFIA E CURATIVO. BEG, COM DOR LEVE. PERFUS70 E NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND70. AGUARDA AGENDAMENTO COM DR ANTONIO	1. DIETA VO LIVRE. 2. DIIPIRONA UMA AMP EV 68H 12 16 27 04 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 16 7. METRONODAZOL 500 MG EV 8/8 H D11 12 26 04 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D11 16 9. CEFZAZOLINA 1G EV 8/8H D11 12 26 04 FELIPE MARCELINO S. JR. Médico CRM 5004		DA 3.0800HS AS 1600HS Pac. loté TOPPOU BAIHO DE ASPERSA TUCADO LENOL DE CAMA + CUSTO FEITO MEDICINAS EVU7. + CURATIVO. SE ALIMENTAR 705604 S. Col. Chante suppurado afeloid, acuturacido S. Col. queixoso no luto ingesto, duresse que beute. e: Rotundem

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

168

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

EVOLUÇÃO João Vitor Santos do Silva

PRESCRIÇÃO

DI 29/03/2018	1. DIETA VO LIVRE.	
DESINSER770 TRAUMATICA DO	2. DIPIRONA UMA AMP EV 6H ☒ 26 26 26	
TEND70 PATELAR ESQUERDA	3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H ☒ 26 26 26	
CD: LC + RAFIA E CURATIVO.	4. PLASIL UMA AMP EV ☒ 26 26 26	
BEG. COM DOR LEVE PERFUSO E	5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA ☒ 26 26 26	
NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO	6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA ☒ 26 26 26	
PROCEDIMENTO DE RAFIA DO	7. METRONODAZOL 500 MG EV 8/8 H D12 ☒ 26 26 26	
TEND70.	8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D12 ☒ 26 26 26	
AGUARDA AGENDAMENTO COM DR	9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D12 ☒ 26 26 26	
ANTONIO		

Paulo Marcelino S. Jr.
Médico
CRM 5004

As 06hs - paciente em
suu ambiente, supnui
co, responsivo, segue
as queixas no pto
do. T. 36,9°C

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 12/04/2018 às 12:09:49

REGISTRO PACIENTE

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

IDADE

20

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

188

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

DI 29/03/2018	1. DIETA VO LIVRE.		
DESINSERÇÃO TRAUMÁTICA DO TENDÃO PATELAR ESQUERDA	2. DÍPIRONA UMA AMP EV 8H 10 16 22 04		
	3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN		
CD: LC - RAPIA E CURATIVO	4. PLASIL UMA AMP EV SN		
	5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 06		
BEG, COM DOR LEVE PERFUSÃO E NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAPIA DO TENDÃO.	6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 10		
	7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8H D14 12 20 04		
	8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D14 10		
AGENDADO PARA DIA 10/04/18	9. CEFAZOLINA 1G EV 8H D14 12 20 04		

Paulo Marcelino S. Jr.
Médico
CRM 5004
CIRURGO

ALTA

HOSPITALAR

8:00 - Cliente apela-
bril, expulsa, com
calor, com uni-
cativa repouso
em leito, troca
de roupa pri-
vativa, feito cur-
tiss simples, seco
sem soro. feita
dieta. Sem queixa.

17:00 - Excelente sem
intercorrência, dieta
dieta. Sem queixa.

Vina Brasília, do Nascimento
e
e
e

At 16:05h - Paciente de
alta hospitalar, com orientações, recidi-
e agendamentos At. Enf. Alessandra de
fa

Tatiane de Jesus Mendes
Enfermeira
COREN/AC 302

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 11/04/2018 às 13:52:19



HUERB

Unidade de Registro

REGISTRO

PACIENTE

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

IDADE

20

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

168

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018		1. DIETA VO LIVRE. 2. DIPIRONA UMA AMP EV 66H 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D13 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D13 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D13		das 10 as 17:00 h ACT como orientado esfuerzo, comunitário trata procedimento de enfermagem tomou banho de aspersão lavado nova de longa distância curativo + medicamento diurético presente + fraldas fisiológica presente aguarda atendimento médico ACT com 12x20x30mm Hg Gonorréia Dose 600mg AC 12.14.2018 5:10 min Paciente em quarto de internação Paciente em quarto Paciente em quarto 12.04.18. às 16:05h - Paciente de alta hor- ptalão, com orientações, receita e agenda- mento de Enq Alessandra Costa

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

168

Pag.: 001

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: JOAO VITOR BENTES DA SILVA (EME)
Requisicao: 18.PC.1.004810
Num. do BE: 02539361

Idade...: 20A
Requis.: 02/04/2018

US. Origem.: HUERB/PS *LCB*
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,63	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	40,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	86,10	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,50	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Plaquetados:.....	76	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	7.144	mm3	
Linfocitos:.....	23	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.162	mm3	
Monocitos:.....	1	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	94	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: SILVANA CORELHO PAIVA - CRM 658/PA 02/04/18 as 09:34 Coleta: 02/04/18 as 08:28 Via Impressa: 02/04/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:...	02 MINUTOS E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:...	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas: ..	120.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: SILVANA CORELHO PAIVA - CRM 658/PA 02/04/18 as 09:34 Coleta: 02/04/18 as 08:28-1a. Via Impressa: 02/04/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

Silvana Corêlho Paiva
CRM 658/PA
02/04/2018

Silvana Corêlho Paiva
CRM 658/PA
02/04/2018

OK 168

Pag.: 001

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: JOAO VITOR BENTES DA SILVA (EME)
Requisicao: 18.PC.1.004928
Num. do BE: 02539361

Idade...: 20A
Requis.: 01/04/2018

US. Origem.: HUERB/PS *CCB*
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	4,06	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,70	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	35,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	85,70	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	94	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Sgmentados:.....	48	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.512	mm3	
Linfocitos:.....	44	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	4.136	mm3	
Monocitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	658	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Rosemeiry M. Riveros
Biomédica
CRBM - 4 N° 759

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 01/04/18 as 09:46 Coleta: 01/04/18 as 06:30-1a. Via Impressa: 01/04/18

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:.....	94.900	< /mm3	VR: 150 a 400.000 / mm3
-----------------	--------	--------	-------------------------

** TROMBOCITOPENIA **

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 01/04/18 as 09:46 Coleta: 01/04/18 as 06:30-1a. Via Impressa: 01/04/18

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Transtorno de ansiedade

História da Doença Atual:

Paciente vindo de Trauma Rotacional
40 anos de idade evoluindo com FC em 100 bpm

História da Doença Anterior:

Transtorno de ansiedade FC Exato

Exame Físico:

Suprimido

Diagnóstico Provisório:

Reação emocional frente a situação

Diagnóstico Definitivo:

OMI

Motivo da Cobrança:

12

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/ 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/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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

LAUDO MÉDICO

NOME:

Felipe Victor Bentes do Alencar

O paciente supracitado apresenta lesão do tendão anterior

do punho esquerdo a partir de 29/03/18

ou há 1 ano, tendo sido tratado com procedimento

cirúrgico de reparo + reconstrução do tendão

No momento, encontra-se do punho mobilizado, com

força normal e sem dor

função normal

CID: 793.8

Médico

23/09/18

Rio Branco - AC



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOÃO VITOR BENTES DA SILVA

1561501930

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1561501930

JOÃO VITOR BENTES DA SILVA

047.881.442-32 **12/01/1999**

JOÃO SIÂNIO DA SILVA

MARIA DAS GRACAS BENTES DE SOUSA

06781682871 **18/10/2021** **09/02/2017**

JOÃO VITOR BENTES DA SILVA

1561501930

1561501930

ACRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO



Polgar Direito



João Vitor Bentes Da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1319524-7

DATA DE
EMISSÃO

08/09/2016

NOME

JOÃO VÍTOR BENTES DA SILVA

FILIAÇÃO

JOÃO RIBEIRO DA SILVA

MARIA DAS GRAÇAS BENTES DE SOUZA

NATURALIDADE

RIO BRANCO - AC

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 4689 FLS 218 LIV A-16

3 OF RIO BRANCO-AC

CPF

047.891.442-32

2 VIA

SANDRO ROBERTO CORREA AGUIAR
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

DATA DE NASCIMENTO

12/01/1998

P. 00

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 MAI 2019

PROTOCOLO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA TRANSPORTES

DETTRAN-AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO: 2018

PLACA: NAC2524

CHASSI: C6KE1500C0058802

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ANEXO: 2012

MODELO: YBR125 ED

CATEGORIA: PARTICU

VENG. COTA UNICA: 1*****

VENG. COTAS: 2*****

VENG. COTAS: 3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$0.7

PREMIO TOTAL (R\$): R\$185.5

DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO * BENEFITARIO

RIO BRANCO AC

DATA: 19/07/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR VEICULOS TRANSPORTADOS OU NA O - SEGURO DPVAT

AC Nº 014397529902 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RECIBO AC Nº 014397529902

19/07/2018

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018

DATA EMISSÃO: 19/07/2018

PLACA: NAC2524

CHASSI: C6KE1500C0058802

ANEXO: 2012

MODELO: YBR125 ED

CATEGORIA: PARTICU

VENG. COTA UNICA: 1*****

VENG. COTAS: 2*****

VENG. COTAS: 3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$0.7

PREMIO TOTAL (R\$): R\$185.5

DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO * BENEFITARIO

RIO BRANCO AC

DATA: 19/07/2018

COMPREV - SEVIDENCIA S/A

NAC2524

014397529902

00475486480

19/07/2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146641/19

Vítima: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

CPF: 047.891.442-32

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/03/2018

Titular do CPF: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO VITOR BENTES DA SILVA : 047.891.442-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 02/05/2019
Nome: JOAO VITOR BENTES DA SILVA
CPF: 047.891.442-32

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146641/19

Vítima: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

CPF: 047.891.442-32

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/03/2018

Titular do CPF: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO VITOR BENTES DA SILVA : 047.891.442-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 02/05/2019
Nome: JOAO VITOR BENTES DA SILVA
CPF: 047.891.442-32

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301690

Vítima: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

Data do Acidente: 29/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO VITOR BENTES 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 047.891.442 - 32 Nome completo da vítima: João Vitor Bentes da Silva

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

Nome completo: João Vitor Bentes da Silva CPF: 047.891.442 - 32
Profissão: Autônomo Endereço: R. Zitoria Número: 652 Complemento: _____
Bairro: Nova Esperança Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69915-232
E-mail: _____ Tel.(DDD): (66) 99283-4537

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2359 CONTA: 46707
(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.

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 implica em concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA S/A
02 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Rio Branco - AC, 30/04/2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
João Vitor Bentes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036356/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/11/2018 09:16 Data/Hora Fim: 29/11/2018 09:40
Origem: Polícia Judiciária Data: 29/11/2018
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional

Data/Hora do Fato: 29/03/2018 19:44

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: AV GETULIO VARGAS

Ponto de Referência: PROXIMO A PONTE SOBRE O IGARAPÉ SÃO FRANCISCO
Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Raimundo Melo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRENDON JACKSON PANTOJA PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/04/1993
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA GUARANI Nº 415
Bairro: BOSQUE
Telefone: (68) 99606-1510 (Celular)

Nome Civil: JOÃO VITOR BENTES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 12/01/1998
Profissão: Desempregado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria das Graças Bentes de Souza Nome do Pai: João Ribeiro da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 13195247
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.891.442-32

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA BENJAMIN Nº 367
Bairro: VITÓRIA
Telefone: (68) 99283-4537 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa: MZY1273 Número do Chassi: *****76377

Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara
Impresso por: Denis Fernandes de Araújo
Data de Impressão: 29/11/2018 09:40
Protocolo nº: Não disponível



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036356/2018

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
UF Veículo Acre
Marca/Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido

Cor Prata
Município Veículo Rio Branco
Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX
Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Brendo Jackson Pantoja Pereira	Proprietário

Grupo Veículo
Placa NAC2524
Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
UF Veículo Acre
Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido

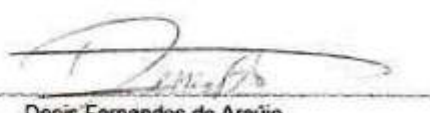
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi *****58802
Cor Roxa
Município Veículo Rio Branco
Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED
Quantidade 1 Unidade

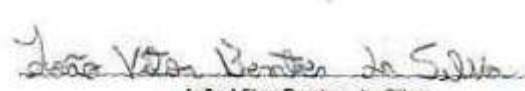
Nome Envolvido	Envolvimentos
João Vitor Bentes da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTO PLACA NAC-2524 PELA AVENIDA GETULIO VARGAS SENTIDO BAIRRO CENTRO QUANDO COLIDIU NO VEÍCULO PLACA MZY-1273 QUE ESTAVA DEVIDAMENTE ESTACIONADO DO LADO DIREITO DA VIA. QUE FOI CONDUZIDO PELO SAMU PARA O PRONTO SOCORRO ONDE FOI DETECTADO LESÕES. QUE REGISTRA ESTE BO PARA FINS DE DPVAT. BAT N° 01767.

ASSINATURAS


Denis Fernandes de Araújo
Responsável pelo Atendimento


João Vitor Bentes da Silva
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro.


Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Delegado(a) de Polícia

DESPACHO 2018 0329192409 75534

DETRAN
ACRE

GOVERNO DO
Povo do Acre
SERVIÇO DE TRÂNSITO

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

01767

NÚMERO FOLHA

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

Av. Getúlio Vargas -

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

PRÓX. A PONTE SOBRE O IGARAPÉ SÃO FRANCISCO

06 HORA DA OCORRÊNCIA

19:44

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

12/10/2018

09 DIA DA SEMANA

Quinta

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

PARALELEPÍPEDO ☐ 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 N° DE VEÍCULOS

2

15 N° DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

BRUNO JACKSON Pinheiro Pereira - 996061510

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

11/10/1913

19 ENDEREÇO

RUA GUARANI 415 BOSQUE

20 1ª HABILITAÇÃO

05/10/2011

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

05520305300

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ NÃO ☐ 3

27 MARCA

Fiat Pao Fire Flex 1.4S AUTOMÓVEL

28 ESPÉCIE

AUTOMÓVEL

29 PLACA

MZY 1243

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

O MESMO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9B D171646851 76 377

36 AVARIAS

SIDE ANGULAR POSTERIOR DIREITO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

ESTAVA DEVIDAMENTE ESTACIONADO.

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

PONTOS

37 CARRO 

39 MOTO 

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

42 NOME CONDUTOR

JOÃO VITOR BENTES DA SILVA 992321661

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

11/10/1918

45 ENDEREÇO

RUA BENJAMIM 367 VITÓRIA

46 1ª HABILITAÇÃO

09/02/17

47 CATEGORIA

A

48 PRONTUÁRIO

06391682871

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☒ NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ NÃO ☐ 3

53 MARCA

YAMAHA FACTORY

129

54 ESPÉCIE

PASSEIRO

55 PLACA

NAC 2524

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

O MESMO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9C6KE1900C0058802

62 AVARIAS

SIDE FRONTAL / LAT. DIREITO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZINDO PELO SINAL

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

PONTOS

63 CARRO 

65 MOTO 

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

68 NOME

Mirla Assaf da Silva

71 ENDEREÇO

CPF: 9984388228-67

72 IDENTIDADE

69 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

11/11/1972

73 ÓRGÃO EMISSOR

Fl. 20

74 UF

AC

75 NOME

Coordenadora de Engenharia de Trânsito

69 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

11/11/1972

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

EMUNHAS

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Fl. 20

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 047.891.442 - 32 Nome completo da vítima: João Vitor Bentes da Silva

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

Nome completo: João Vitor Bentes da Silva CPF: 047.891.442 - 32
Profissão: Autônomo Endereço: R. Zitoria Número: 652 Complemento: _____
Bairro: Nova Esperança Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69915-232
E-mail: _____ Tel.(DDD): (66) 99283-4537

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2359 0 CONTA: 46707 3
(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.

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 implica em concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA S/A
02 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Rio Branco - AC, 30/04/2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
João Vitor Bentes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 29/11/2018 Hora emissão: 10:06 Operador:
Nº da Ocorrência 1803290083	Qtd. Vítimas 1	Dthr Início: 29/03/2018 19:32 Dthr Término: 29/03/2018 20:45	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: BRENDO
End.: R GETULIO VARGAS
Bairro: RAIMUNDO MELO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PRQX. A PRAÇA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO
Telefone do Solicitante: (68) 306061510
Quilômetro:

Origem de Ligação: VIA PÚBLICA



VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: JOAO VICTOR MENDES SILVA	Idade: 20 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08
	Avaliação: EQUIPE INFORMANDO PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM MIE SEM SANGRAMENTO ATIVO	
Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDERO	Data/Hora: 29/03/2018 19:34
	Avaliação: ACIDENTE CARRO X MOTO 1 VITIMA	

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Decisão: ENCAIXINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RBO - HUERS		
	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Intervenção:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEICULO		
	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Intervenção:		
	Observação:		

CONCLUSÃO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1803290083, de 29/03/2018, às 119:32 horas, registrada pelo SAMU como: **COLISÃO CARROX MOTO**, com 01 vítima, refere-se ao paciente **PAULO VITOR BENTES DA SILVA**, 20 anos

Rio Branco, 29 de novembro de 2018.

Solange Maria de Sousa
Enfermeira. COREN/AC 51978

COMPREV - COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
02 MAI 2019
PROTÓCOLO
AG - RIO BRANCO

0043179-0

003931609

AVENIDA DE EXTINÇÃO DO INCÊNDIO S/A
 100 FLORES MAGALHÃES 225 - Banguê - Rio Grande - RJ
 CHAMAR 0800-0000-70 ou TELEFAR 01 224 1.61.007-40
 100 FLORES MAGALHÃES 225 - Banguê - RJ

© 2002 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 252: 105–112

PERÍODO	VERGIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	18/03/2019	155	155,72

SEBASTIANA FRANCISCA NERI LIMA
R. VITORIA 652 NOVA ESPERANCA
CPF: 80033990387200
CEP: 69.915-232 - RIO BRANCO

ROT: 7.001.07 01.000480

CPF: 00033990387-00	CPF: 69.915-232 - RIO BRANCO	DATA DA LETURA	
BANCOS PALESTINOS		DATA	11/03/2019
	3106	Anterior	07/02/2019
	2951	Proxima Letura	11/04/2019
Anterior	1,000		07/03/2019
	155		11/03/2019
Saldo em Maturidade	155	FCAN	
Saldo em Letura			
			32

Forma de Faturamento: **NORMAL**

Code de réglementation

Forma de Pagamento	Modalidade	Valor	Código Val.	Moeda
Normal	Residencial	7293213	1.1.1.1	150

RESIDENCIAL	NOME	DESCRIÇÃO DA CONTA	
HISTÓRICO			
FEV/19	124	CONSUMO	155 A R\$ 0,852880 = 132,19
JAN/19	137	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,70
DEZ/18	139	COBRANCA DIF ENERGIA R2497ANEEL	13,20
NOV/18	175	COBRANCA DIF ICHS R2497ANEEL	2,53
OUT/13	181	COBRANCA DIF PIS R2497ANEEL	0,01
SET/18	185	COBRANCA DIF COFINS R2497ANEEL	0,07
AGO/18	153	MULTA POR ATRASO 02/19-00	1,81
JUL/18	150	JUROS DL HORA DE IMPO 02/19-00	0,21
JUN/18	136		
MAI/18	135		
TOTAL			

FATURA COM COBRANCA DIFERENÇA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/18 C
 ONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 1001413-57.2018.4.01.3000
 Parabens! Até o dia 07/03/2019, não constatamos faturas vencidas
 nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F27E.096A.4059.8037.F5D5.B304.53BD.0CB8

RESERVADO AO FISCO F27E.096A.4059.8037.F5D5.B304.53DD.0C60		MONTANTE DO IMPORTE	
COMPOSICAO DA CONTA - R\$			
Distribuição	35,95	Base de Cálculo	132,19
Energia	42,73	Alíquota ICMS	25,00%
Transmissão	1,12	Valor do ICMS	33,04
Encargos	15,20	Valor do PIS	0,74
Pratado	37,19	Valor do COFINS	3,41

NÚMERO DE CONTAS DE CONTABILIDADE							DATA	DESCRIÇÃO
	BIC			FIC			DAIC	DCIC
	Manual	Telemetral	Autocl	Manual	Telemetral	Autocl	Manual	Manual
União	9,24	18,49	36,93	4,83	9,66	19,32	4,99	
Bastante	0,00			0,00			0,00	
						Parcelas de apuração:	01/2019	SUNT: 50,4
EMPRESA: TANGARA								