
Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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.**

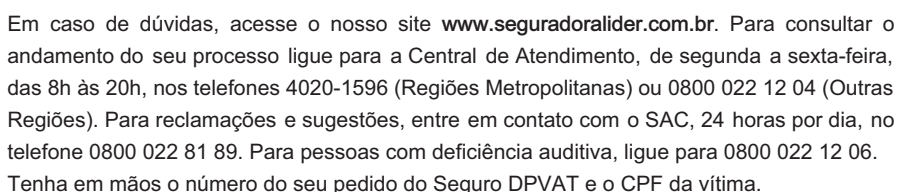
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000069788-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672037 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: PG. 3,17.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. (ILEGÍVEL), HOSPITAL - HUERB - PG. 15. DATA: 28/11/2019.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8422-6055

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:
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)

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) ou nascido(s)? ☐ 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 ocorra, 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.

Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.182-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 020027/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2018 09:25 Data/Hora Fim: 09/07/2018 09:29
Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional
Data/Hora do Fato: 21/05/2018 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: ESTRADA DO CALAFATE

Bairro: Conj Habitacional

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA (VÍTIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Sena Madureira

Sexo: Feminino Nasc: 08/03/1978

Profissão: Diarista

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição de Freitas

Nome do Pai: Sebastiao Maucio Ferreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 701.814.202-44

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Projeta

Bairro: Floresta Sul

Telefone: (68) 99936-4746 (Celular)

Nº 57

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA NO LOCAL ACIMA CITADO NA CALÇADA QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA. A MESMA FICOU BASTANTE LESIONADA.

ASSINATURAS



Fernanda Moraes de Oliveira
Responsável pelo Atendimento



Antônia Francelina de Freitas Ferreira
(Comunicante / Vítima)

Declaro, para os efeitos legais, que sou o(a) Oficial responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração, que os
origem, conforme previsto nos artigos 230-Denúnciação Calúnia e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Fabrício Leonardo da S. Sobreira
Delegado de Polícia Civil
Mat. 9325298-1



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 426/2018

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

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 21/05/2018 HORA: 18:00
LOGRADOURO: ESTRADA DO CALAFATE
BAIRRO: VILA BETEL CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓX A FUNDAÇÃO BRADESCO

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: MARCA: MODELO: ESPÉCIE
RENAVAM: CHASSI: COR: UF:
PROPRIETÁRIO: CPF:
ENDEREÇO: CIDADE

3. DADOS DA VÍTIMA

() CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA (X) PEDESTRE
NOME: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: FEMININO NASCIMENTO: 08/03/1978 PROFISSÃO: DIARISTA
CPF: 701.814.202-44 RG: 353300 ORG.: SEPC/AC
NATURALIDADE: SENA MADUREIRA NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL INCOMPLETO
REGISTRO DA CNH: CATEGORIA: VALIDADE: UF:
ENDEREÇO: CIDADE:

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito, a Sra. ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA que relata que no dia, local e horário supramencionados estava na calçada conversando com seu cunhado quando, de repente, foi atingida em cheio por uma motocicleta, que segundo ela era uma CB 300 de cor azul, mas que não foi possível identificar a placa, pois o condutor se evadiu, sem prestar socorro à vítima. A vítima teve três faturas na perna direita e encaminhada ao Pronto Socorro de Rio Branco pela Equipe do SAMU conforme consta no B.E. nº 2553929.

Antonia Francelina de Freitas Ferreira

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: AKAUANY FERRAZ PEREIRA RG: 4538
POSTO/GRAD: SD PM MATRÍCULA: 9378456-1 OPM: BPTRAN
DATA: 03/07/2018 HORA: 15:00
ASSINATURA: *Akauany Ferraz Pereira*

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

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: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8422-6055

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:
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)

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(a) nascido(a)? ☐ 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 ocorra, 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.

Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.182-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8422-6055

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:
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)

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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(a) nascido(a)? ☐ 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 ocorra, 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.

Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8422-6055

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:
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)

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) ou nascido(s)? ☐ 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 ocorra, 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.

Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.182-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000069788-5

Nr. da Autenticação C286662177F3F8F8

*Actualizado hasta el 1 de febrero de 2003 - 7712 Filas de datos
publicados el 12 de febrero de 2003*

260,86

QDT: 6.001.06.13.001900

Examen de Estado General: **NORMAL**

Classe/Serviço	Unidade	Número Matrícula	Curso	Colégio Pol.	Módulo 1.1
RESIDENCIAL	MONO	7168397		1.1.1.1	232

CONSUMO		281 A R\$ 0,890311 =	250,17
SET/19	202	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	10,69
AGO/19	203	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,55
JUL/19	309	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	9,73
JUN/19	251		
MAI/19	327		
ABR/19	390		
MAR/19	138		
FEV/19	142		
JAN/19	185		
DEZ/18	173		

DARIFM SEM TRIBUTOS:
 O A 281 = 0,890311

Des/Ano	Valor R\$
09/2019	281,37

Unidade de Placa e com o sistema de armazenamento de energia elétrica e serviu de 1978 a 1980. O uso posterior foi para outros fins, inclusive no nome do consumidor não consta. Não foram efetuados reparos ou melhorias desde a sua saída.

RESERVADO AO FISCO 43CB, D3F1, CBE8, BCDD, F077, A1A0, B863, 7CEU

43CB.D3F1.CBES.BCDD.1077.A1A0.B863.7CE0		Módulo 1 (Anexo 1)	
Distribuição:	69,56	Banco de Crédito:	250,17
Energia:	82,51	Aluguel do Imóvel:	25,00%
Transmissão:	2,10	Valor do ICMS:	62,54
Impostos:	24,12	Valor do PIS:	0,66%
Outros:	71,88	Valor do CIDE:	7,68

	BIB				PIC		DENC		DICG
	Desimal	Volumetrik	Akumulasi	Mutasi	Saldo Awal	Saldo Akhir	Mutasi	Mutasi	
BIB	9,24	18,49	36,99	4,82	9,66	19,22	4,90		
Bakal	1,49			2,00			0,53		
Cumulative					Periodic average	08/2019		108,80	
Company	TANGARA								

ROT: 6.001.06.13.001900

Eletroacre  Energisa

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Vences Magalhães, 238 - Bomfim - Rio Branco - AC
CNPJ 04.265.230/0001-77 | Email: @energia.ac.gov.br | 068 341.903-45

0135012-9	TOTAL A PAGAR - R\$
MÊS FATURADO	260,86
10/2019	VENCIMENTO
	01/11/2019
Nº da Nota Fiscal	005839001 FCM

8360000002 3 60360045000 1 0000000135 4 01291019008 6



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2553929 DATA: 21/05/2018 HORA: 18:58 USUARIO: CONCEICAO
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE		DOC...: NT
NOME	: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA	SEXO...: FEMININO
IDADE.....	: 40 ANOS NASC: 08/03/1978	NUMERO: 57
ENDEREÇO.....	: TRAV. BOM JESUS	CEP....: 99937-345
COMPLEMENTO...	: LOTE 57 BAIRRO: FLORESTA SUL	
MUNICIPIO.....	: BUJARI UF: AC	
NOME PAI/MAE...	: SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA /MARIA DA CONCEICAO DE FREITAS	
RESPONSÁVEL...	: A MESMA VEIO NO SAMU	TEL...: 99919-7001
PROCEDENCIA...	: VILA BETEL	MAE
ATENDIMENTO...	: ATROPELAMENTO	
CASO POLICIAL..	: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO:	: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM	

PA[50 X 80 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[78b] SPO2[100]%

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

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

DADOS CLINICOS: PACIENTE VITIMA DE ATROFIA MUSCULAR. TUMOR PELO SANG. ORIENTAM
em tempo e espaço 6/15/15. (NOTA) PERMANENTE em REGIÃO FRONTAL, NECA VENTRAL,
BUPHA 150MM. FOTONEGATIVOS. LEVE DOA PERMANENTE LATERAL DIREITO. AUSCULTO PULSA
V PRESERVADO em ambos membros inferiores. AUSCULTO CONTATO RITMICO NORMOFREQUENCIA

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

③ Sa-Firulocin 100ml 0,9% + Trisun 100mg EV LENTO

2) TL DE LAMPO E LAMPO LEVICAL

③ Rx Tank, auxiliary, member inf direct

CONTINUE SINCE WE ARE -

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAÍDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO:	☐ ATÉ 48HS	☐ APÓS 48HS	☐ FAMÍLIA	☐ IML	☒ ANAT. / PATOL.
--------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------	--

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

às 18:58h paciente vítima de atropelamento por motor
conduzida pelo SAMU com prancha rígida e colar cervical,
sendo cortada com auxílio de ventol. + imobilização e
um 30. Apb em MSE. Damenta no momento por causa da
e o cut. de Tec. Inf. ^{per} Muz.

21/05/2018

USG ABDOMINAL

- ORGÃO ABDOMINAIS SEM LESÃO VISÍVEL NA ECOPTORIC
- SEM líquido livre na cavidade peritoneal.

Dr. KLEBER

UTM 864 AC.

USG ABDOMINAL SEM LESÃO VISÍVEL.
20:40h. Rx de TUMOR, DURA-MEIA SEM ALTERAÇÕES

ALTA DA CIRURGIA

GENAU

Rx MARCHA INFERIOR COM FORTISSIMA TENSÃO E FIBROS.

0 KENALIS SUTURA REGIÃO FRONTAL E NASAL.

② SOLICITA AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA

③ SOLICITA AVALIAÇÃO ORTODONTIA

Dr. Bruno Braga Falcão
Residente - Cirurgia Geral
CRM/AC 22.324

21/05/18
12:10h

NeuroQ

Paciente ACS 15/15
Sem focalização motor
ou sensitiva
fugaz reflexos e adormecimento
presença.

TAC/Rx sem radiografias
neurocirurgias emergentes
As lesões da coluna
C-6.

Dr. João Faria

às 03:20h paciente admitido
no centro cirúrgico
consciente, responsiva, para
procedimento cirúrgico.

Maria José Monteiro
Enfermeira
77206



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 03:20 SALA 02 DATA 22/05/2018

NOME DO PACIENTE Antônia Claudeltona ID 40

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (X) AMBULATÓRIO () OUTROS ()

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

INÍCIO DA ANESTESIA 03:55 TÉRMINO DA ANESTESIA

PROCEDIMENTO REALIZADO fixação interna de tornete

INÍCIO DA CIRÚRGIA 04:00 TÉRMINO DA CIRÚRGIA

CIRURGIÃO Dr. S. Almeida AUXILIAR(ES) Dr. R. R.

ANESTESISTA Dr. P. W. Almeida INSTRUMENTADOR elaine

CIRCULANTE Antônia Claudeltona ENF Maria Gore

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº <u>10x1,2</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>10ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>152</u>	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAYULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO <u>30x</u>	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

Antônia Claudeltona
10 de janeiro de 2018

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 04:50	HORÁRIO: 04:00	HORÁRIO: 04:30
PA: 112 x 78	PA: 112 x 78	PA: 100 x 67
FC: 89 bpm	FC: 100 bpm	FC: 101 bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 05:00	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 107 x 59 mmHg	PA:	PA:
FC: 85 bpm	FC:	FC:
SPO2: 100%	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:

Lote: 085258 Código: F08 2 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - CINEFIX
FÊMUR - T 350 - ESTÉRIL

Fabric.: 19/02/2018 Val.: 02/2023

Registro ANVISA Nº: 80080850031

Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.423/0001-00 - Rio Claro / SP
+55 19 3639-1910 - comercial@sartori.ind.br

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 90260
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 8/03/1978 Idade: 40 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA
Nome da Mae.....: MARIA DA CONCEICAO DE FREITAS
Endereco.....: TRAV. BOM JESUS 57 LOTE 57
Bairro.....: FLORESTA SUL Cep.: 00000-000
Telefone.....: 99919-7001 MAE
Município.....: 1200138 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2553929
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0117
Data da Internacao: 21/05/2018
Hora da Internacao: 19:00
Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.....: Y87.1
Identif. Operador.: COSMA

INFORMACOES DE SAIDA

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

COPIA
ORIGINAL

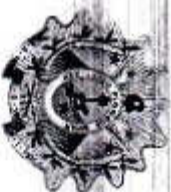


Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

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				3 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				90260	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				13/03/1978	
9 - SEXO				10 - RAÇA/COR	
Masculino ☒ Feminino ☒					
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
				DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
				DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
				18 - UF	
				19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Trauma no punho @ com fx exposta limitando movimento + dor					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Cirurgia					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame físico + RX					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Luzio cirurgia + Osteosíntese HC					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CLÍNICA					
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
30 - DOCUMENTO					
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - Nº DO BILHETE					
41 - SÉRIE					
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
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. ORGÃO EMISSOR					
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					



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



UNIDADE:

NOME:

IDADE:

OBSERVAÇÃO

LEITO:

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

21/05/18

Tratamento de fratura de fêmur e humero (2)

(1) Anti-Zen

(2) ST 0.9% 500ml EV 12/18

(3) Tramadol 100mg

ST 100mg / EV 8/18

Plano

(4) Paracetamol 500mg EV 8/18

(5) Exame de sangue

citologia

Dr. Fabiano Cesar Bernardi
FARMACIA DE ESPECIALIDADE
CRM - AC 1070



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



UNIDADE: HCCB

NOME: Antônio Bonifácio Brito PRESCRIÇÃO MÉDICA: 404 B.E. OBSERVAÇÃO: CCB LEITO: 114

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
22/05/18	Ex capoti do Tórax	(1) 7150 (16) 1000		As 08:10 h. 1000
		(2) 570,94. 2000 (16) 818 500		As 08:10 h. 1000
	Imuniza + Linco + com	(3) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
	Exatibol + Exatemo	(4) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(5) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(6) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(7) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(8) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(9) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(10) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(11) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(12) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(13) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(14) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(15) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(16) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(17) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(18) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(19) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(20) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(21) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(22) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(23) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(24) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(25) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(26) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(27) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(28) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(29) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(30) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(31) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(32) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(33) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(34) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(35) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(36) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(37) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(38) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(39) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(40) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(41) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(42) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(43) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(44) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(45) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(46) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(47) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(48) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(49) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(50) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(51) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(52) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(53) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(54) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(55) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(56) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(57) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(58) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(59) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(60) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(61) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(62) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(63) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(64) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(65) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(66) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(67) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(68) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(69) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(70) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(71) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(72) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(73) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(74) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(75) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(76) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(77) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(78) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(79) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(80) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(81) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(82) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(83) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(84) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(85) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(86) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(87) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(88) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(89) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(90) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(91) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(92) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(93) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(94) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(95) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(96) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(97) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(98) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(99) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000
		(100) 1000 (16) 818 1200		As 08:10 h. 1000

LEITO
MOR

70-10819-3 de Alameda
Escuela de Medicina
San Francisco, California



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

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

174

EVOLUÇÃO

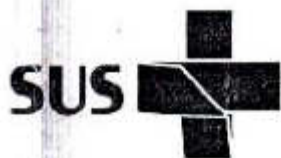
PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT: 21/05/2018 FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA ALERGIA A DÍPIRONA CD: LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR BIPLANAR PACIENTE REFERE DOR EM PERNA DIREITA FO COM SECREÇÃO SANGÜÍNEA	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12H 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 H 8. RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 10. CUIDADOS GERAIS 11. SINAIS VITAIS 12. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA 13. CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS 14. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO	<i>Handwritten notes and signatures:</i> <i>DIETA LIVRE</i> <i>SF 0,9% 500ML IV 8/8H</i> <i>DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS</i> <i>TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12H</i> <i>PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 H</i> <i>RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS</i> <i>CUIDADOS GERAIS</i> <i>SINAIS VITAIS</i> <i>CLEXANE 40 MG SC 1X DIA</i> <i>CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS</i> <i>GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO</i>	<i>Handwritten notes and signatures:</i> <i>DIETA LIVRE</i> <i>SF 0,9% 500ML IV 8/8H</i> <i>DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS</i> <i>TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12H</i> <i>PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 H</i> <i>RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS</i> <i>CUIDADOS GERAIS</i> <i>SINAIS VITAIS</i> <i>CLEXANE 40 MG SC 1X DIA</i> <i>CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS</i> <i>GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO</i>	<i>Handwritten notes and signatures:</i> <i>DIETA LIVRE</i> <i>SF 0,9% 500ML IV 8/8H</i> <i>DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS</i> <i>TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12H</i> <i>PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 H</i> <i>RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS</i> <i>CUIDADOS GERAIS</i> <i>SINAIS VITAIS</i> <i>CLEXANE 40 MG SC 1X DIA</i> <i>CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS</i> <i>GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO</i>
---	---	---	---	---

Glaura Leidy de Medeiros
Enfermeira
CRM: 58333



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente:		Idade		Sexo		Cor		Registro / BE		
Setor proc:		☐ PSA	☐ PSI	☐ CCA	☐ CCB	☐ CMA	☐ CMB	☒ CC	☐ UTI	
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh		
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP		
Diagnóstico Pré-Operatório:										
Ap. Resp:		☐ Asma	☐ Bronquite	MV:		Complacência:				
ACV:		ECG:		Alegrias:						
Ap. Digestivo/Dentes					Pescoço		Peças Dent.			
Ap. Urinário:					Drogas em Uso:					
Estado Mental:										
Anestesias Anteriores:					ASA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		Risco			
Medicação Pré-anestésica:					Hora:		Efeito:			
HORA:										
GASES	O ₂									
	NO ₂									
	HALOG									
Líquidos										
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂									
	240									
	220									
	200									
	180									
	160									
	140									
	120									
	100									
	80									
	60									
	40									
	20									
	DROGAS ADMINISTRADAS			Técnica:			Monitorização:			
	1º			2º			3º			
4º			5º			6º				
7º			8º			9º				
10º			Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):			Pedro C. Anest.				

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. SACOS UNIDAS, 700, - BOQUE - RIO BRANCO - CEP. 69200-020 - Tel.: 233-2000

CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.006821
Num. do BE: 02553929

Idade.: 68A
Requis.: 22/05/20

Origem.: HUERB/PS *CSA*
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Labor.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemoglobina (em milhas)	1.50	mm3	VR: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhas/mm3
Hematocrito	7.24	g/dL	VR: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Índice globular	23.00	%	VR: 42 a 52 M: 37 a 45 %
Hemoglobina média	66.70	fL	VR: 76 a 98 fL
Hemoglobina média	10.60	pg	VR: 26 a 34 pg
Hemoglobina média	30.90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucócitos Global	7.100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Linfócitos	0	mm3	
Monócitos	0	%	VR: 2 a 4 %
Eosinófilos	0	mm3	
Basófilos	0	%	VR: 0 %
Plaquetas	0	mm3	
Plaquetas	0	%	VR: 0 a 1 %
Plaquetas	0	%	
Plaquetas	0	%	VR: 0 a 2 %
Plaquetas	212	mm3	
Plaquetas	40	%	VR: 54 a 64 %
Plaquetas	2.640	mm3	
Plaquetas	50	%	VR: 21 a 35 %
Plaquetas	1.550	mm3	
Plaquetas	7	%	VR: 4 a 8 %
Plaquetas	497	mm3	
Plaquetas	0	%	VR: 0 %
Plaquetas	0	mm3	

Rosemary M. Riveros
Biomédica
CRM - 4 N° 750

VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Realizado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 23/05/18 às 08:55 Coleta: 23/05/18 às 06:22-1a. Via Impressa: 23/05/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de sangramento	02 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de coagulação	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas	261.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Realizado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 23/05/18 às 06:56 Coleta: 23/05/18 às 06:22-1a. Via Impressa: 23/05/18

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor + limitação do movimento do
peito (D)

História da Doença Atual: Trauma no peito (D)

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: Dor + limitação do movimento do
peito Exposto

Diagnóstico Provisório: Fx Exposta do tórax (D)

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Motivo da Cobrança: Cirurgia 1

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 CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

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 A 48 HS
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
24 HS A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
48 HS A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO
RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM
NASCIDO



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

RECEITUÁRIO MÉDICO

ANÁLISE LABORATORIAL DE URINA
TRABALHO

LABORATÓRIO

Paciente vítima de trauma por
queda com lesões superficiais
de pele sem risco de infecção
com ferida aberta com
perda de 40% na pele e
o mesmo

5822

DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIÓTIPO

[Handwritten signature]

CONSELHO

[Handwritten signature]

190000

ANTHONY FRANCIS (DEPT) 190000
190000
DOB: 08-Nov-1918 Age: 41 Y

190000

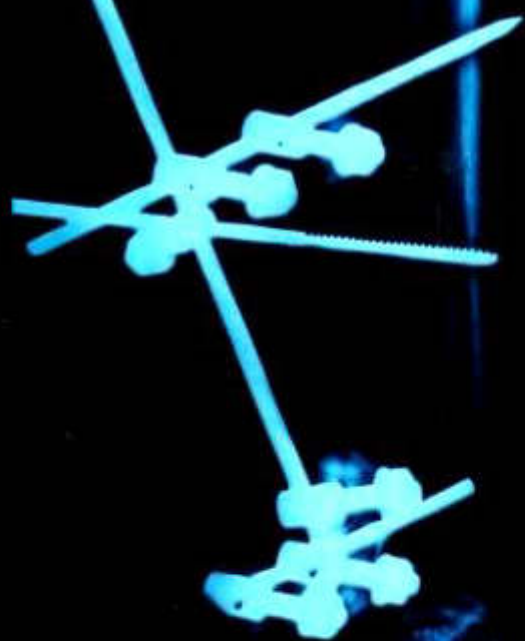
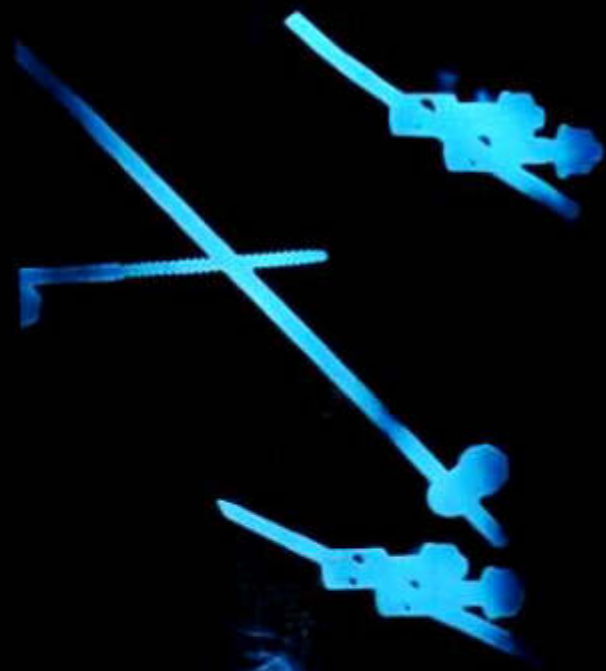
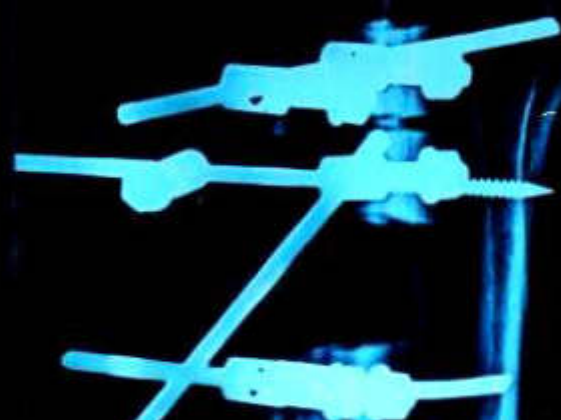
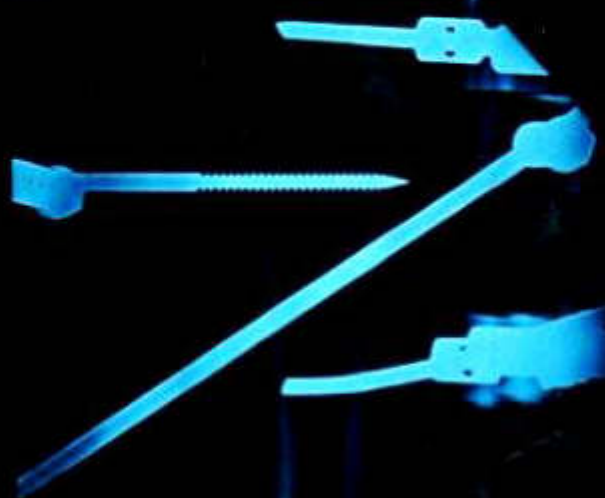
ANTHONY FRANCIS (DEPT) 190000
190000
DOB: 08-Nov-1918 Age: 41 Y

190000

190000

Zoom 85 17

Zoom 85 17



AP/D

P/D

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 353380 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/01/2017

NOME ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

FILIAÇÃO SEBASTIÃO MAURÍCIO FERREIRA

MARIA DA CONCEIÇÃO DE FREITAS

NATURALIDADE SEMA MADUREIRA - AC

DIG. ORIGEM CERTO NASC 16.314 FLS 194 LIV A-14

2 OF RIO BRANCO-AC

DATA DE NASCIMENTO 08/03/1978

CPF 701.814.202-44

3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Assinatura do Titular

CARTERA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428814/19

Número do Sinistro: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERR

CPF: 701.814.202-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA : 701.814.202-44

Autorização de pagamento

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: 06/12/2019

Nome: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

CPF: 701.814.202-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019

Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix

CPF: 025.787.852-10

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428814/19

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERR

CPF: 701.814.202-44

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA : 701.814.202-44

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: 02/12/2019
Nome: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
CPF: 701.814.202-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

MAIRLA LIMA DE SOUZA