



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07091843420208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	25/01/2021 07:32:06

Partes

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

Documentos

Petição:	2777089_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2777089_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-15.pdf
Anexo - Petição:	2777089_CONTESTACAO_A nexo_02 - 16-26.pdf
Anexo - Petição:	2777089_CONTESTACAO_A nexo_02 - 27-37.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 13-20.pdf

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07091843420208010001

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **15/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **01/04/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **15/01/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ art.

1º

(...)

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 18 de janeiro de 2021.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO NASCIMENTO**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07091843420208010001.

Rio de Janeiro, 18 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07091843420208010001**, que tramita **2ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 18 de janeiro de 2021.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO NASCIMENTO

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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272846 Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00579/00580 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14286516

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização o 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: **FRANCISCO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **0000066361-7**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: **091.191.752-72** Nome completo da vítima: **Francisco Nascimento**

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

Nome completo: **Francisco Nascimento** CPF: **091.191.752-72**
Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rm Iguaçu** Número: **3100** Complemento: **Casa**
Bairro: **Km 2 AOS ET BR 317** Cidade: **Senador Guionard** Estado: **MT** CEP: **69.925-000**
E-mail: _____ Tel (DDD): **(66) 9.9997-5923**

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

REDA 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: _____

AGÊNCIA: **0534** **03** CONTA: **66362** **7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 li 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Rio Branco 09/04/2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª 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 ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE
VIOLÊNCIA - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011264/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2019 09:53 Data/Hora Fim: 01/04/2019 10:15
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Nilton César Boscaro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher Vítima de Violência
Data/Hora do Fato: 15/01/2019 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: BR 317 KM 30

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Zona Rural

Natureza

Melo(s) Empregado(s)

1224: Deixar o condutor do veículo, em acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública: (Art. 304 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 26/02/1955
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Madalena do Nascimento

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: km 30 Ramal Iquiri
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (68) 99999-6758 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante/vítima veio a esta especializada registrar que estava indo deixar a moto do seu genro, quando um motociclista foi desviar de um buraco e lhe fechou, o tirando do afasto chegando a cair na beira da estrada. Que o motociclista não prestou nenhum tipo de assistência, nem chegando a parar. Que o comunicante quebrou o calcanhar esquerdo e está ainda tratamento. A moto que vítima estava era a Honda/CG150 FAN placa NAD6666. Pede assim as medidas cabíveis.



Delegado de Polícia Civil: Nilton César Boscaro
Impresso por: Ana Carla Sancho Carvalho de Souza
Data de Impressão: 01/04/2019 10:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: **091.191.752-72** Nome completo da vítima: **Francisco Nascimento**

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

Nome completo: **Francisco Nascimento** CPF: **091.191.752-72**
Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rm Iguaçu** Número: **3100** Complemento: **Casa**
Bairro: **Km 2 AOS ET BR 317** Cidade: **Senador Guionard** Estado: **MT** CEP: **69.925-000**
E-mail: _____ Tel (DDD): **(66) 9.9997-5923**

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

RENDIA 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: _____

AGÊNCIA: **0534** **08** CONTA: **66362** **7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Rio Branco 09/04/2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª 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.

Caleta AS 23:15 min

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2609522 DATA: 15/01/2019 HORA: 20:43 USUARIO: RENIS
CNS: 707803620185713 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FRANCISCO NASCIMENTO DOC...: RG59839
IDADE.....: 63 ANOS NASC: 26/02/1955 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: BR 317 KM 30 RAMAL BEIXA VERDE COL.SANTA NUMERO:
COMPLEMENTO...: FE BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: /MARIA MADALENA DO NASCIMENTO
RESPONSAVEL...: GENRO-RAILSON ALMEIDA DA SILVA TEL....: 99967-2932
PROCEDENCIA...: RODOVIA - BR 317 GENRO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] TML

[] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

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: 22/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000066361-7

Nr. da Autenticação 27BE2EFB69CE8830

Para saber mais sobre
Energia, consulte
o NÚMERO

SEU CODIGO

0396454-0

003921038

MARCO/2019 15/03/2019 30 21,86

FRANCISCO CARLOS GOMES DE SOUZA
RM LOQUIRI 3100 KM 2 408 ET BR 317 (SENTIDO BO
CPF: 00048362400230
CEP: 69.925-000 - SENADOR GUIOMARD SANTOS: 23.020.23.01.003610

VALOR	RATING NATIONALE
2318	09/03/2019
2294	08/02/2019
1.000	07/04/2019
30	06/03/2019
30	09/03/2019
FCAM	

MINIMO 29

RESIDENCIAL MONO 7120437 1.1.1.1 122

Mes/Ano	Valor R\$	Consumo
FEB/19	30	30 A R\$ 0,032747 =
JAN/19	30	COBRANCA DIF ENERGIA 2497ANEEL
DEZ/18	125	COBRANCA DIF COFINS R2497ANEEL
NOV/18	121	
OUT/18	117	
SET/18	118	
AGO/18	256	
JUL/18	95	
JUN/18	158	
MAI/18	305	

TARIFA DE TRIBUTOS
R\$ 30 - 0,610000



Mes/Ano Valor R\$ 02/2019 18,38
Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 24/02/2015, de acordo com as condições estabelecidas neste contrato. Não havendo suspensão, a tarifa será a inclusão do nome do consumidor no sistema. Inclusive, a tarifa será a inclusão do nome do consumidor no sistema. Inclusive, a tarifa será a inclusão do nome do consumidor no sistema.

* (FATURADO PELO MINIMO - IMÓVEL DESOCUPADO IMPEDIR LEITURA)
FATURA COM COBRANCA DIFERENÇA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/18 C
ONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 1001413-57.2018.4.01.3000

B647.A202.47DD.EEF1.11D5.DA49.2845.851C

Consumo	Valor R\$
6,98	
8,27	
0,21	
2,34	
0,58	
0,10	
0,48	

Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
17,34	34,69	69,38	9,95	19,90	39,80	9,27	
4,40			4,00			2,12	

TARIFA 11,03

RC: 23.020.23.01.003610

0396454-0 21,86

03/2019 15/03/2019

003921038 FCAM

836600000000 1 21860045000 9 000000000396 2 45400319008 8



Caleta AS 23:15 min

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2609522 DATA: 15/01/2019 HORA: 20:43 USUARIO: RENIS
CNS: 707803620185713 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FRANCISCO NASCIMENTO DOC...: RG59839
IDADE.....: 63 ANOS NASC: 26/02/1955 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: BR 317 KM 30 RAMAL BEIXA VERDE COL.SANTA NUMERO:
COMPLEMENTO...: FE BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: /MARIA MADALENA DO NASCIMENTO
RESPONSAVEL...: GENRO-RAILSON ALMEIDA DA SILVA TEL....: 99967-2932
PROCEDENCIA...: RODOVIA - BR 317 GENRO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] TML

[] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: _____

Lauro

Atesto que o Sr. Francisco Nascimento, RG 59.839.550-16, sofreu acidente de trânsito no dia 15/01/19 apresentando fratura de calcâneo esquerdo sendo substituído a cirurgia ortopedica com 2 parafusos. No exame físico apresenta excitação e inervação de 1 cm no fr. posterior de calcâneo esquerdo, grande aumento de volume do tornozelo, limitação funcional na flexo-extensão do tornozelo (E), marcha claudicante e redução da força muscular da manobra plantar e portador de sequelas definitivas no M.M.E.

DATA: 25/4/19

Jose A. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 463-AC

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIC BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
SECRETARIA NACIONAL DE HABILITACAO

ACRE

ACRE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1423425704

FRANCISCO NASCIMENTO

DOT IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) UF
55839 S82 AC

CPF
091.191.752-72

DATA NASCIMENTO
26/02/1959

RELACAO
MARTA MADALENA DO NASCIMENTO

PERMISSAO
3

CAT. HAB.
3

1ª HABILITACAO
04/05/1999

REGISTRO
00612574630

VALIDACAO
14/05/2022

OBSERVAÇÕES

Francisco Nascimento

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSAO
25/05/2017

67930000786
AC407537782

ACRE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190272846

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do acidente: 15/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: : Fratura de calcâneo esquerdo

Descrição do exame físico: MIE: cicatriz cirúrgica de 1 cm na face posterior do calcâneo, aumento de volume do tornozelo, limitação funcional na flexoextensão do tornozelo e na dorsiflexão do tornozelo, redução da força muscular do membro e marcha claudicante

Resultados terapêuticos: cirúrgico para redução cruenta e fixação com 2 parafusos, e fisioterapia.
Alta: Maio de 2019

Sequelas permanentes: DANO TORNELOZO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/05/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM AVALIAÇÃO TÉCNICA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA E EXAME REALIZADO PAGO DANO FUNCIONAL EM 50%

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190272846

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a): RM IQUIRI, 3100 - Senador Guimard/AC -
CEP 69925-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 59839 - SSP AC

Data e Local do Acidente : 15/01/2019

Data e Local do Exame : 16/05/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA
COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Diagnostico: Fratura de calcaneo esquerdo

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: cirurgico para redução cruenta e fixação com 2 parafusos, e fisioterapia.

Alta: Maio de 2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico: MIE: cicatriz cirurgica de 1 cm na face posterior do calcaneo, aumento de volume do tornozelo, limitação funcional na flexoextensao do tornozelo e na dorsiflexao do tornozelo, redução da força muscular do membro e marcha claudicante.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Funcional: limitação funcional na flexoextensao do tornozelo, marcha claudicante, e redução da força muscular do membro.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125268/19

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

CPF: 091.191.752-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO NASCIMENTO : 091.191.752-72

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: 11/04/2019
Nome: FRANCISCO NASCIMENTO
CPF: 091.191.752-72

FRANCISCO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
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-0125268/19

Número do Sinistro: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

CPF: 091.191.752-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/05/2019
Nome: FRANCISCO NASCIMENTO
CPF: 091.191.752-72

FRANCISCO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR



6277 8012 2155 9440

FRANCISCO NASCIMENTO

0534 013 00066361-7 07/21

elo



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE
VIOLÊNCIA - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011264/2019

ASSINATURAS

Ana Carla Sancho Carvalho de Souza
Responsável pelo Atendimento

Francisco Nascimento
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Nilton César Boscaro
Delegado(a) de Polícia

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 94983
Numero do CNS.....: 707803620185713
Nome.....: FRANCISCO NASCIMENTO
Documento.....: RG59839 Tipo :
Data de Nascimento: 26/02/1955 Idade: 63 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: MARIA MADALENA DO NASCIMENTO
Endereco.....: BR 317 KM 30 RAMAL BEIXA VERDE COL. FE
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 69900-000
Telefone.....: 99967-2932GENRO
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2609522
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0127
Data da Internacao: 15/01/2019
Hora da Internacao: 21:00
Medico Solicitante: 308.064.022-53 - JOSE LEONARDO CONTREIRAS ZURITA
Proced. Solicitado: 04.08.05.053-5
Diagnostico.....: S92.0
Identif. Operador.: DE PAULA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro: 276333936

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

pé esquerdo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUEB

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 7 8 0 3 6 2 0 1 0 5 7 1 3

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/02/1955

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Madalena do Nascimento

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

BR 314 Km 30 - Ramal Baixa Verde - Col. Santa - Zona Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF
AC

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt com htem d acido d-lactico elevado
fígado e coleno esqto e htem fcs

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pt com htem d htem acido d-lactico

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

Fígado Coleno Esqto

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Med. Rui Pinto
CRM 12.571.872-68


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUEB

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

João Vitor Nascimento

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

01079036201105713

26/12/1995

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

Mãe: Maria do Nascimento

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

BR-12 N. 30 - Páramal Baixa Verde. Col. Santa - 30011-000
Rio Branco

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt. com febre e dor de barriga (diarria)
fazendo o exame físico e laboratório (sangue)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pt. com febre e dor de barriga (diarria)

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

Proctus Colorem Sangue

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

1 / 1

BRASIL 1995
12/12/95
12/12/95



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

digitado e impresso em: 07/01/2019 às 20:51:36



HUERB

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

LEITO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Frazeria Oliveira

67

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

1110

MECANISMO DE TRAUMA:

Falta de equilíbrio
e queda

DATA DO TRAUMA:

15-01-19

RADIOGRAFIAS:

EXAME FÍSICO: De acordo

DIAGNÓSTICO: FHTM

Calvaria D

CONDUTA NA EMERGÊNCIA:

1. DIETA VIA ORAL LIVRE

2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML IV 12/12 H

3. DIFIRONA 1G IV 6/6 H

4. TRAMADOL 100MG + 100ML SFO,9% IV 8/8 H S/N

5. METOCLOPRAMIDA 10MG IV DILUIDO 8/8 H S/N

6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO

7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 6/6 H

3) Registra a Acumulação de urina

9) Exame de urina
CSL + ECG

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Dr. A. Leonardo Lacerda
Médico CCB - B
Médico Transfusão

510

500

CS

23:55h - Admissão na
ECB. paciente da
ala de emergência. Não
alergia medicamentos
ou doenças pregressas.
- Exame físico: 10/10
40°C, 100bpm, 94% saturação
em O2, 10/10 reflexos de
profundidade. 10/10
10/10 reflexos de



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

original e impresso em: 10/01/2019 às 12:30:00



REGISTRO

PACIENTE

FRANCISCO NASCIMENTO

IDADE

63

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 15/01/19

FRATURA DE CALCANEU ESQUERDO

CD: INTERNAÇÃO

PACIENTE EM BEG APRESENTA DOR DE MODERADA INTENSIDADE EM TNZ.

DOR, EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO PRESERVADOS, EQUIMOSE PERIMALEOLAR PRESERVADOS.

SOLICITO EXAME PREOP

VISITADOR: DR FRANCISLEI

1. DIETA VO LIVRE *SND*
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H *12:00 04*
3. DÍPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H *12:00 04*
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H *12:00 04*
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H *12:00 04*
6. RANITIDINA 50MG EV CADA 12/12H *12:00 04*
7. DEXAMETASONA 8MG EV CADA 12/12H *12:00 04*
8. SINAIS VITAIS *✓*
9. CURATIVO DIÁRIO *✓*
10. ELEVAR MEMBRO NO LEITO *✓*

Francisco Nascimento S. Jr.
PRIL 15/01/2019 12:30:00
CRM 2217

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

17:00h - Quebra do pulso
devido da e.e.v.
para continuar do de
do tratamento com
evidado do odo por
boto acionando do
para por via *17:00 119*
17:00 119
As 17:00h para
dormir com o
sinais vitais presente
médica 36,8°C
taxa = 36,8°C
pressão arterial 173,160



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

original e impresso em 11/01/2019 às 13:31:33



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

FRANCISCO NASCIMENTO

IDADE

63

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIOT: 15/01/19

FRATURA DE CALCANEIO ESQUERDO

CD: INTERNAÇÃO

PACIENTE EM BEG APRESENTA DOR DE MODERADA INTENSIDADE EM TNZ

DOR , EDEMA 2+/4+ NEUROLOGICO PRESERVADOS, EQUIMOSE PERIMALEOLAR PRESERVADOS, PULSO

SOLICITO EXAME PRE OP

CIRURGIA AGENDADO COM DR RONEIDO NO HC PARA DIA 25/01/19

VISITADOR DR RONEIDO

1. DIETA VO LIVRE

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

3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8/H SN

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

6. RANITIDINA 50MG EV CADA 12/12H

7. DEXAMETASONA 8MG EV CADA 12/12H

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

10. ELEVAR MEMBRO NO LEITO

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Paulo Marcelino S. Jr.
CRM 2217

16:18:04
16:22:04

16:04
16:22

16

Proprietário de alta hospitalar com fratura em fratura e curado pelo médico. Te. 16:18:04 e 16:22:04.

13/01/19 -

Alta com acompanhamento p/ HC. no dia 25/01/19 com orientações do Dr Roneido.

Paulo Marcelino S. Jr.
CRM 2217

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO

LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA

PACIENTE: Francisco Nascimento IDADE: 63 anos

DATA NASC.: 26/08/55

LEITO: CCB

DATA: 16/01/19

MÉDICO SOLICITANTE:

PESO : Kg / ALT : cm / FC : bpm / RITMO : Regular

Medidas:

- AORTA: 34 mm
- ATRIO ESQUERDO: 38 mm
- ATRIO DIREITO: normal
- VENTRICULO DIREITO: 20 mm
- SEPTO: 11 mm / Parede Posterior: 10 mm
- VENTRICULO ESQUERDO: DDVE: 56 mm x DSVE: 35 mm / FE 67 %

VALVAS:

- MITRAL : Reflexo leve e moderado - Espess. f. anterior normal.
- TRICUSPIDE: Reflexo leve e moderado, PSAP = 30MMHG
- AORTICA : Reflexo leve
- PULMONAR: Normal

Contração segmentar do VE: conservada

Câmaras cardíacas: normais

Espessuras Parietais: conservadas

Função diastólica: alt. do Relaxa/ô.

Função sistólica: normal

Aparelho Philips Infinity 50

Exame de facil realização e qualidade técnica.

PERICARDIO: normal

OBSERVAÇÃO: -

DIAGNÓSTICO:

- 1- Disfunção Diastólica tipo I VE
- 2- Insuficiência Mi e Tric leve a mod
- 3- Insuf. Ao leve

- 4- Espess. folheto mitral V-M-trip
- 5- -
- 6- -

Eduardo Vasconcelos Passos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1656

Thiago da Costa Santos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1691

Paciente 63 años

35/01/19

23:42

1. 0.3 I 2. 0.3 I 3. 0.3 I

0.3

V1

V2

V3

SAME / HUERB
COPIA
CONFIRME ORIGINAL

4. 0.3 I 5. 0.3 I 6. 0.3 I

0.3

V4

V5

V6

7. 0.3 I 8. 0.3 I 9. 0.3 I

0.3

V7

V8

10. 0.3 I 11. 0.3 I 12. 0.3 I

0.3

V9

V10

V11



M 10 / 004 / 134



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO Nº..... À CLÍNICA: Cardiologia

PACIENTE: Francisco Nascimento

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 63 anos, com diagnóstico
de fratura de Colcano esquerdo.
Requer de cirurgia ortopédica.
Solicito Vosso Cirurgico.

NOME DO SOLICITANTE:

[Signature]
Dr. Eliton Costa
CRM 2217
Ortopedia e Traumatologia

DATA: / / HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

[Signature]

Paciente de 63 anos de idade

[Signature]
Dr. Eliton Costa

CARDIOLOGISTA
CRM 762

RM # 515

NOME DO MÉDICO:

DATA: / / HORA:

CCB
134

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisicao: 19.PC.1.002691
Num. do BE: 02609522

Idade.: 63A
Requis.: 16/01/2019

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes) ...	4,49	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,00	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:.....	88,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:...	7.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Rosinofilos:.....	4	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	308	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	
Segmentados:.....	69	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.313	mm3	
Linfocitos:.....	19	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.463	mm3	
Monocitos:.....	8	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	616	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME/HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Jardeli Santos de Araujo
Benedicto
CRBM 2666

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 16/01/19 as 17:35 Coleta: 16/01/19 as 16:13-1a, Via Impressa: 16/01/19

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultados:.....	117.000	/mm3	VR: 150 a 400.000 / mm3
------------------	---------	------	-------------------------

••TROMBOCITOPENIA••

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 16/01/19 as 17:35 Coleta: 16/01/19 as 16:13-1a, Via Impressa: 16/01/19

HUERB
PATOLOGIA CLINICAAV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69208620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente.: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisicao: 19.PC.1.002691
Num. do BE: 02609522Idade.: 63A
Requis.: 16/01/2019US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 3 MIN E 30 SEG

VR: 1 - 5 minutos

Tempo de Coagulacao:.... 6 MIN E 30 SEG

VR: 2 - 10 minutos

Contagem de Plaquetas:.... 117.000 /mm3

VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 16/01/19 as 17:40 Coleta: 16/01/19 as 16:13-1a. Via Impressa: 16/01/19

Jardeli Santos de Araujo
Biométrico
CRBM 1664SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

M10 OK

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisicao: 19.PC.5.000757
Num. do BE: 02609522

Idade...: 63A
Requis.: 15/01/2019

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	5,12	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	15,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	45,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	88,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	13.400	/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:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	268	mm3	
Segmentados:.....	84	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	11.256	mm3	
Linfocitos:.....	8	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.072	mm3	
Monocitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	804	mm3	
Elastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 16/01/19 as 00:08 Coleta: 15/01/19 as 23:42-1a. Via Impressa: 16/01/19

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 143.000 /mm3

FRANCISCO
VR: 150 a 400.000/mm3
CRBM - 4 n° 780
[assinatura]

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 16/01/19 as 00:08 Coleta: 15/01/19 as 23:42-1a. Via Impressa: 16/01/19

HUERB
PATOLOGIA CLINICAAV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente.: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisicao: 19.PC.5.000757
Num. do BE: 02609522Idade.: 63A
Requis.: 15/01/2019US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 02 MINUTOS E 30 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao:..... 07 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:.... 143.000 /mm3VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 16/01/19 as 00:19 Coleta: 15/01/19 as 23:42-1a. Via Impressa: 16/01/19

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: FRANCISCO NASCIMENTO

ID paciente:

ID amost:

17

Data nascimento:

Idade:

0 Ano

Cód barra: 5000757

Tipo de amostra:

Soro

Sexo: Masc

Data da coleta:

15/01/2019

Depart.: PS

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	122	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE	39	mg/dL		10 - 50
CRE	0.9	mg/dL		0.7 - 1.2
AST	25	U/L		0 - 38
ALT	20	U/L		0 - 42
ACI	5.4	mg/dL		2.5 - 6.0

Data/Hora solicitação: 15/01/2019

Data/Hora teste: 15/01/2019

Data/Hora impr.: 15/01/2019 23:58:57

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Francisco C.
CRBM - 4 n° 780 - PA

15/01/2019 23:58:57

Resultado

Página 1 de 1

15/01/2019 23:58:57

Resultado

Página 1 de 1

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: FRANCISCO NASCIMENTO

ID paciente:

ID amost: 40

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 1002691

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 16/01/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	111	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE	35	mg/dL		10 - 50
CRE	1.2	mg/dL	ALTO	0.7 - 1.2
Na	138	mmol/L		135 - 150
K	3.3	mmol/L	BAIXO	3.9 - 4.6

Data/Hora solicitação: 16/01/2019

Data/Hora teste: 16/01/2019

Data/Hora impr.: 16/01/2019 17:33:36

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Jarielei Santos de Araújo
Biomédico
CRBM 7651

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

16/01/2019 17:33:36

Página 1 de 1

16/01/2019 17:33:36

Página 1 de 1



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

foto com lacer d'uma orelha
na altura do test. pe esqdo edem e infla
frente

História da Doença Atual:

paciente com dor edem e infla
frente pe esqdo

História da Doença Anterior:

paciente com edem e infla
frente pe esqdo

Exame Físico:

paciente com edem e infla
frente pe esqdo
R com infla e protuber do colarinho

Diagnóstico Provisório:

fractura Colarinho Esquerdo

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

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

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 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