



**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.



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, 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



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, 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 médica-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





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, 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, retorno 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:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

091.191.752-72 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

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rm Iquiri

Bairro:

km 2 AOS ET BR 317 sentido Senador Guiomard

Cidade:

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

 REÚSCO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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 itaú e Bradesco. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0534 CONTA: 66362

(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, o que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sómente 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, sócio 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 Lider para verificar a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima seve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantas: Vivas: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar vivo, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na legislação penal.

Local e Data: Rue Branca 09/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina a RGCC.

Francisco Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGCC, 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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

091.191.752-72 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

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rov Iquiri

Bairro:

km 2 AOS ET BR 317 sentido Senador Guiomard

Cidade:

E-mail:

Estado:

Acre

CPF: 091.191.752-72
Número: 3100 Complemento:
CEP: 69.925-000 Tel (DD): (65) 9 9997-5923

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos itaú e Caixa. Assinale uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0534 CONTA: 66362

(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)

(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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, sócio 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 Lider para verificar a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantas: Vivas: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou herdeiro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar vivo, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na legislação (artigo 289 do Código Penal).

Local e Data: Rue Branca 09/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina a RGCC.

Francisco Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGCC, 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.

Calta ss 23:15m

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. [] RAIOS 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:

fractura colo coxa esq e fratura d'humero

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

No pe esq ap/ ublc
intensas
Talo bts

DATA DA SAIDA:

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] TIME [] 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: 00000066361-7

Nr. da Autenticação 27BE2EFB69CE8830

SEU CÓDIGO

0396454-0

203921038

MARCO/2019

15/03/2019

30

21,86

FRANCISCO CARLOS GOMES DE SOUZA
 RM IQUIRI 3100 N° 1 AOB ET BR 317(SENTIDO BO
 CPF: 06004838-24000736
 TEF: 69-925-300 - SENADOR GUIMARAO SANTOSOT: 23.020.23.01.003610

2318	09/03/2019
2286	08/02/2019
1.000	07/04/2019
50	06/03/2019
30	09/03/2019

FCAM

RESIDENCIAL

MONO

7220437

1.1.1.1

122

FEB/19	30	CONSUMO	30 A R\$ 0,632747 =
JAN/19	30	COBRANCA DIF ENERGIA 2497ANEEL	18,9
DEZ/18	123	COBRANCA DIF COFINS 2497ANEEL	2,8
NOV/18	121		
OUT/18	117		
SET/18	118		
AGO/18	256		
JUL/18	95		
JUN/18	156		
MAI/18	305		
ABR/18	305		
MAR/18	305		
FEB/18	305		
JAN/18	305		
DEZ/17	305		
NOV/17	305		
OUT/17	305		
SET/17	305		
AGO/17	305		
JUL/17	305		
JUN/17	305		
MAI/17	305		
ABR/17	305		
MAR/17	305		
FEB/17	305		
JAN/17	305		
DEZ/16	305		
NOV/16	305		
OUT/16	305		
SET/16	305		
AGO/16	305		
JUL/16	305		
JUN/16	305		
MAI/16	305		
ABR/16	305		
MAR/16	305		
FEB/16	305		
JAN/16	305		
DEZ/15	305		
NOV/15	305		
OUT/15	305		
SET/15	305		
AGO/15	305		
JUL/15	305		
JUN/15	305		
MAI/15	305		
ABR/15	305		
MAR/15	305		
FEB/15	305		
JAN/15	305		
DEZ/14	305		
NOV/14	305		
OUT/14	305		
SET/14	305		
AGO/14	305		
JUL/14	305		
JUN/14	305		
MAI/14	305		
ABR/14	305		
MAR/14	305		
FEB/14	305		
JAN/14	305		
DEZ/13	305		
NOV/13	305		
OUT/13	305		
SET/13	305		
AGO/13	305		
JUL/13	305		
JUN/13	305		
MAI/13	305		
ABR/13	305		
MAR/13	305		
FEB/13	305		
JAN/13	305		
DEZ/12	305		
NOV/12	305		
OUT/12	305		
SET/12	305		
AGO/12	305		
JUL/12	305		
JUN/12	305		
MAI/12	305		
ABR/12	305		
MAR/12	305		
FEB/12	305		
JAN/12	305		
DEZ/11	305		
NOV/11	305		
OUT/11	305		
SET/11	305		
AGO/11	305		
JUL/11	305		
JUN/11	305		
MAI/11	305		
ABR/11	305		
MAR/11	305		
FEB/11	305		
JAN/11	305		
DEZ/10	305		
NOV/10	305		
OUT/10	305		
SET/10	305		
AGO/10	305		
JUL/10	305		
JUN/10	305		
MAI/10	305		
ABR/10	305		
MAR/10	305		
FEB/10	305		
JAN/10	305		
DEZ/09	305		
NOV/09	305		
OUT/09	305		
SET/09	305		
AGO/09	305		
JUL/09	305		
JUN/09	305		
MAI/09	305		
ABR/09	305		
MAR/09	305		
FEB/09	305		
JAN/09	305		
DEZ/08	305		
NOV/08	305		
OUT/08	305		
SET/08	305		
AGO/08	305		
JUL/08	305		
JUN/08	305		
MAI/08	305		
ABR/08	305		
MAR/08	305		
FEB/08	305		
JAN/08	305		
DEZ/07	305		
NOV/07	305		
OUT/07	305		
SET/07	305		
AGO/07	305		
JUL/07	305		
JUN/07	305		
MAI/07	305		
ABR/07	305		
MAR/07	305		
FEB/07	305		
JAN/07	305		
DEZ/06	305		
NOV/06	305		
OUT/06	305		
SET/06	305		
AGO/06	305		
JUL/06	305		
JUN/06	305		
MAI/06	305		
ABR/06	305		
MAR/06	305		
FEB/06	305		
JAN/06	305		
DEZ/05	305		
NOV/05	305		
OUT/05	305		
SET/05	305		
AGO/05	305		
JUL/05	305		
JUN/05	305		
MAI/05	305		
ABR/05	305		
MAR/05	305		
FEB/05	305		
JAN/05	305		
DEZ/04	305		
NOV/04	305		
OUT/04	305		
SET/04	305		
AGO/04	305		
JUL/04	305		
JUN/04	305		
MAI/04	305		
ABR/04	305		
MAR/04	305		
FEB/04	305		
JAN/04	305		
DEZ/03	305		
NOV/03	305		
OUT/03	305		
SET/03	305		
AGO/03	305		
JUL/03	305		
JUN/03	305		
MAI/03	305		
ABR/03	305		
MAR/03	305		
FEB/03	305		
JAN/03	305		
DEZ/02	305		
NOV/02	305		
OUT/02	305		
SET/02	305		
AGO/02	305		
JUL/02	305		
JUN/02	305		
MAI/02	305		
ABR/02	305		
MAR/02	305		
FEB/02	305		
JAN/02	305		
DEZ/01	305		
NOV/01	305		
OUT/01	305		
SET/01	305		
AGO/01	305		
JUL/01	305		
JUN/01	305		
MAI/01	305		
ABR/01	305		
MAR/01	305		
FEB/01	305		
JAN/01	305		
DEZ/00	305		
NOV/00	305		
OUT/00	305		
SET/00	305		
AGO/00	305		
JUL/00	305		
JUN/00	305		
MAI/00	305		
ABR/00	305		
MAR/00	305		
FEB/00	305		
JAN/00	305		
DEZ/99	305		
NOV/99	305		
OUT/99	305		
SET/99	305		
AGO/99	305		
JUL/99	305		
JUN/99	305		
MAI/99	305		
ABR/99	305		
MAR/99	305		
FEB/99	305		
JAN/99	305		
DEZ/98	305		
NOV/98	305		
OUT/98	305		
SET/98	305		
AGO/98	305		
JUL/98	305		
JUN/98	305		
MAI/98	305		
ABR/98	305		
MAR/98	305		
FEB/98	305		
JAN/98	305		
DEZ/97	305		
NOV/97	305		
OUT/97	305		
SET/97	305		
AGO/97	305		
JUL/97	305		
JUN/97	305		
MAI/97	305		
ABR/97	305		
MAR/97	305		
FEB/97	305		
JAN/97	305		
DEZ/96	305		
NOV/96	305		
OUT/96	305		
SET/96	305		
AGO/96	305		
JUL/96	305		
JUN/96	305		
MAI/96	305		
ABR/96	305		
MAR/96	305		
FEB/96	305		
JAN/96	305		
DEZ/95	305		
NOV/95	305		
OUT/95	305		
SET/95	305		
AGO/95	305		
JUL/95	305		
JUN/95	305		
MAI/95	305		
ABR/95	305		
MAR/95	305		
FEB/95	305		
JAN/95	305		
DEZ/94	305		
NOV/94	305		
OUT/94	305		
SET/94	305		
AGO/94	305		
JUL/94	305		
JUN/94	305		
MAI/94	305		
ABR/94	305		
MAR/94	305		
FEB/94	305		
JAN/94	305		
DEZ/93	305		
NOV/93	305		
OUT/93	305		
SET/93	305		
AGO/93	305		
JUL/93	305		
JUN/93	305		
MAI/93	305		
ABR/93	305		
MAR/93	305		
FEB/93	305		
JAN/93	305		
DEZ/92	305		
NOV/92	305		
OUT/92	305		
SET/92	305		
AGO/92	305		
JUL/92	305		
JUN/92	305		
MAI/92	305		
ABR/92	305		
MAR/92	305		
FEB/92	305		
JAN/92	305		
DEZ/91	305		
NOV/91	305		
OUT/91	305		
SET/91	305		
AGO/91	305		
JUL/91	305		
JUN/91	305		
MAI/91	305		
ABR/91	305		
MAR/91	305		
FEB/91	305	</td	

Calta ss 23:15m

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

*Perdeu seu sono acorde de brinde
atrasado tempo e x Leyte*

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

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

DIAGNOSTICO:

fractura colo coxa esquerda d'água QTD: _____
PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

No pe esquerdo ap/ ub/ o
intensas
Talo bota

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] TIME [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

*SAME/HUERB**CÓPIA**CONFIRME ORIG NAL*

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Tarso

Atende que o Sr. Francisco Nascimento, RG 59.839.550-RC, sofreu acidente de trânsito no dia 15/01/19 apresentando fratura diáfisea no esquerdo fêmur subtraído a unidade ortopédica com 2 parafusos. No exame físico apresenta escoriação na face anterior de 1 cm. Ur. fr. direito de catedra no esquerdo, grande aumento de volume do tornozelo, limitação funcional no flexo-extensão do tornozelo (E), marcha claudicante e redução da força muscular da panturrilha e fortalecer de pé fundo definido no M.I. E.

DATA: 25/01/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

*José W. Silveiro C.
Médico Ortopedista
Santa Casa de Misericórdia do Acre - AC*

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





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 calcaneo esquerdo

Descrição do 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

Resultados terapêuticos: cirurgico 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 TECNICA 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 Guiomard/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.

Diagnóstico: Fratura de calcaneo esquerdo

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

Tratamento: cirúrgico 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 cirúrgica de 1 cm na face posterior do calcaneo, 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.

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

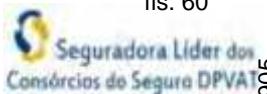
V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

Funcional: limitação funcional na flexoextensão 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NASCIMENTO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

FRANCISCO NASCIMENTO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NASCIMENTO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO NASCIMENTO

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR





**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 assinaladas e penho que poderé responder civil e criminalmente pela preservação declaracião 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
 Municipio.....: 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 Saída:

Especialidade:

Tipo de Saída:

CID Principal:

CID Secundario:

Principal:

Secundario:

Outro:

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

276333936

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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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

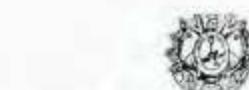
Região Corporal

% 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.



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7078103620185713 26/02/1955

9 - SEXO

Masc.

1 Fem.

3

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Matilde Madalena do Nascimento

000

12 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

000

14 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

BR 317 Km 30- Ramal Baixa Verde - Col. Santa Izabel Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

AC

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt. ter htem d dente d- mto d-
 fygdo e cheiro esgotado - edra e dente fu

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pt. htem d mto dente d-
 fygdo e cheiro esgotado - edra e dente fu

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

grilhos Colares Engata

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)

DR

lito Correia

15/01/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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)

Med. Rui Pinto

15/01/2020

José Luis Silverio Cabanillas
José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HUERB**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Flávia da Nascimento

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

201780362011857443

Masc. 1 Fem. 3

11 - NOME DA MAE

12 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

Márcia da Nascimento

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

BR-12 N. 30 - Ramal Baixa Verde. Col. Santa Rita

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Palor, fadiga, mal-estar, dor de barriga, dor nas costas, dor nas articulações, febre, calafrios, cefaleia, náuseas, vômitos.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Análise Clínica

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)

DIEGO LIMA PAULI

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 EMISOR

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)



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

REGISTRO PACIENTE

Fernanda Melo

67

IDADE

Clinica
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
V110

HUERB
Hospital Universitário de Roraima

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

Mecanismo de trauma:

Fraqueza

Data do trauma:

15-01-19

Radiografias:

③ cefalofaringo
④ esclerose
⑤ coluna

Exame Físico:

Durante

1. DIETA VIA ORAL LIVRE
2. SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML IV 12+12 H
3. DIPIRONA 1G IV 6/6 H
4. TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 H SIN
5. METOCLOPRAMIDA 10MG IV DILUIDO 8/8 H SIN
6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO
7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 6/6 H

23'55h - Admitida no
CCB, proveniente da
Vila da Intendência. Negou
alvoxa. Indicamento
de díseos progressivos.
- Corre queixas na TIR
- Corre queixas na TIR

Dr. Mente. P.120kg
m/mg. m/mg para m/20
Prazos de falso q/16.900

DIAGNOSTICO:	<u>Fraqueza</u>
CONDUTA NA EMERGENCIA:	<u>SAME / HUERB</u> <u>CÓPIA</u> <u>CONFORME ORIGINAL</u>

REGISTRO

PACIENTE

FRANCISCO NASCIMENTO

IDADE
63

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
M10

HUERB
Hospital Universitário da UFSC

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

DATA: 15/01/19

FRATURA DE CALCANEU ESQUERDO
CD: INTERNACAO

PACIENTE EM BEG APRESENTA DOR
DE MODERADA INTENSIDADE EM TNZ.
DOR , EDEMA 2+4+ NEUROLOGICO
PRESERVADOS, EQUIMOSE
PERIMALEOLAR PULSO
PRESERVADOS.

SOLICITO EXAME PREOP:
VISITADOR: DR FRANCISLEI

1. DIETA VOLVRE *8/10*
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H *12/10/04*
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/9G *12/10/04*
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H *8/10/04*
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H *8/10/04*
6. RANITIDINA 50MG EV CADA 12/12H *10/10/04*
7. DEXAMETASONA 8MG EV CADA 12/12H *10/10/04*
8. SINAIS VITAIS *✓*
9. CURATIVO DIARIO *✓*
10. ELEVAR MEMBRO NO LEITO *✓*

17/01/19
Recebido no
caixa de dia 0.0.0.0
Ponto contínuo de
30 minutos. Os
líquidos do oto pede
botecos. Unj. 10.0.0.0
sem dor. Fiz
banho. Bifur
Bifur
Sar. Bifur
Sar.

17/01/19

Os 4:00 da noite
dormiu coisas e
soltou gatos e
migas presente
Tax = 36,80 AC
Taxa = 160
Casa Cores 173,160

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Prontuário 105.311
Data 05/01/2017
Traumatologia



71

三

67

ECKERIA

四

ESTADO DE SÃO

30

DUACKE - SEJACK

HUEKE

1

REGISTRO PACIENTE

FRANCISCO NASCIMENTO

104

10

110

卷之三

111

10

17

Evolução	Prescrição	Horário	Anotações de Enfermagem
<p>DIVOT: 15/01/19</p> <p>FRATURA DE CALCANEURO ESQUERDO</p> <p>CD: INTERNAÇÃO</p> <p>PACIENTE EM BEG APRESENTA DOR DE MODERADA INTENSIDADE EM TNZ</p> <p>DOR , EDEMA 2+/4+ NEUROLOGICO PRESERVADOS, PERIMALEOLAR PRESERVADOS</p> <p>SOLICITO EXAME PRE OP</p> <p>DIRURGIA AGENDADO COM DR RONEIDO NO HC PARA DIA 25/01/19</p> <p>VISITADOR DR RONEIDO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8BH</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>6. RANITIDINA 50MG EV CADA 12/12H</p> <p>7. DEXAMETASONA 8MG EV CADA 12/12H</p> <p>8. SINAIOS VITais</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. ELEVAR MEMBRO NO LEITO</p>	<p>16-16-04 16-16-22-04 16-04 10-22</p>	<p>17:30pm saida da sala hospitalar com visita em mutos e quirúrgico p/ médico. Tc. farto leito</p>

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E ENERGÉCIAS DE RIO BRANCO

LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA

PACIENTE: Francisco Nascimento IDADE: 63 anos

DATA NASC.: 26/04/55 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 : Refluxo leve a moderado - tipico f. anterior mitral.

TRICUSPIDE: Refluxo leve e moderado; PSAP = 30MMHG

AORTICA : Refluxo leve

PULMONAR: Normal

Contração segmentar do VE: conservada

Câmaras cardíacas: normais

Espessuras Parietais: conservadas

Função diastólica: alt. de relaxamento.

Função sistólica: normal

Aparelho Philips Infinity 50

Exame de face realização e qualidade técnica.

PERICARDIO: normal

OBSERVAÇÃO: -

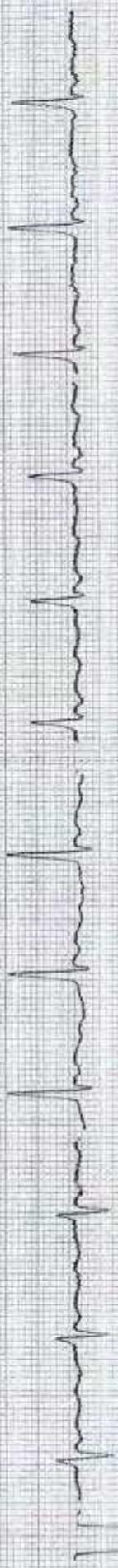
DIAGNÓSTICO:

- 1- Insuficiencia Aortica tipo I VE
- 2- Insuficiencia Mitral Trix leve a mod
- 3- Insuf. Ao leve

- 4- Sopro apical intenso V.M. dupl
- 5- -
- 6- -


Eduardo Vasconcelos Passos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1656

Thiago da Costa Santos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1691



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

2h:32 51110158

ESTAMPA
COPIA
ORIGINAL
SAMUELE HUERB

M 10 / 004 / 34



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopédica LEITO N° À CLÍNICA Cardiologia

PACIENTE: Fernando Mocimento

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 63 anos, com diagnóstico de fratura de Coleno esquerdo necessita de cirurgia ortopédica.
Solicito visto cirúrgico.

NOME DO SOLICITANTE: Dr. Eilton Costa S. Jr. CRMAC 221 DATA / / HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Dr. Eilton Costa
CARDIOLOGISTA
CRMAC 762

NOME DO MÉDICO: DATA / / HORA:

CCB
N24
HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisição: 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
HEMOCRISTALOGRAFIA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhares) ...	4,49	mm ³	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhares/mm ³
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	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Eosinófilos:.....	4	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	308	mm ³	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Segmentados:.....	69	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.313	mm ³	
Linfócitos:.....	19	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.463	mm ³	
Monócitos:.....	8	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	616	mm ³	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Observação:.....			

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

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

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:.....	117.000	/mm ³	VR: 150 a 400.000 / mm ³
-----------------	---------	------------------	-------------------------------------

TROMBOCITOPENIA

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

*Jardeli Santos de Araújo
Barducco
CRM 2661*

**HUERB
PATHOLOGIA CLINICA**

AV. NACERA UNIDAS, 700. - BOSQUE - RIO BRANCO - CRF-69308620 - 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
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

Amostra: Sangue

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

VR: 1 - 5 minutos

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

VR: 3 - 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

Jordeli Sampaio de Araújo
biomedico
CRBM-666

**SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

M10 *OK*

HUERB

PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇOES UNIDAS, 700. - BOSQUE - NIO 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.: 15/01/2015

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	5,12	/mm ³	VR: H:4,5 a 5,5 milhoes/mm ³
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	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	268	mm ³	
Segmentados:.....	84	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	11.256	mm ³	
Linfocitos:.....	8	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.072	mm ³	
Monocitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	804	mm ³	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAIS

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS

SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

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

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultados:..... 143.000 /mm³

Francisco
VR: 150 a 400.000/mm³
CRBM - 4 n° 780

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

**HUERB
PATHOLOGIA CLINICA**

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69905620 - 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
Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Cons. Regional:

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.... 02 MINUTOS E 30 SEGUNDOS

VR: 1 - 5 minutos

Tempo de Coagulacao.... 07 MINUTOS

VR: 2 - 10 minutos

Contagem de Plaquetas.... 143.000 /mm³

VR: 150 a 400.000 /mm³

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ARREU 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. NAÇOES UNIDASA,700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: FRANCISCO NASCIMENTO

ID paciente:

ID amostr: 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 ORIGINAIS

15/01/2019 23:58:57

Francisco C.
CRBM - 4 nº 780 - PA

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇOES UNIDAS, 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

Jardeli Santos de Araújo
Biomédica
CRBM 69

a solicitação: 16/01/2019

16/01/2019 17:33:36

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAIS

a indicação:

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:

*pnt com dor d lumb e nyqde
n dente d dent pe esqdo edem espalh
fus*

História da Doença Atual:

*pnt com dor edem lumb e
fus pe esqdo*

História da Doença Anterior:

*pnt com esqdo dmbd d nyqde
fus pe esqdo*

Exame Físico:

*pnt na edem d nyqde fus
Rc com nyqde d fustura d coluna*

Diagnóstico Provisório:

fustura coluna exp

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 CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 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.

*SAME / HUERB
CÓPIA
UNIFORME ORIGINA*

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