



**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.

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

Carta nº 14185520



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.

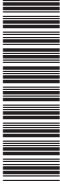
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00579/00580 - carta_02 - INVALIDEZ



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:

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

CPF:

091.191.752-72

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rm Iguaçu

Bairro:

Km 2 AOS ET BR 317 Sentido de Senador Guionard

Cidade:

Estado:

MT

E-mail:

Número:

3100

Complemento:

Casa

CEP:

69.925-000

Tel (DDD):

(66) 9.9997-5923

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

RENDA MENSAL:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00

☐ 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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT il 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 LIDER 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 LIDER 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: ☐ D&M (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:

Rm Iguaçu

Bairro:

Km 2 AOS ET BR 317

Cidade:

Senador Guionard

Estado:

MT

E-mail:

CPF:

091.191.752-72

Número:

3100

Complemento:

Casa

CEP:

69.925-000

Tel (DDD):

(66) 9.9997-5923

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

RENDA MENSAL:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00

☐ 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT il 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 LIDER 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (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 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 23:15mm

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
 ENDEREÇO.....: 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
 RESPONSÁVEL...: 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[] PC[] 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: *fratura Coluna Cervical C6*
 PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

De p.e. Exigido Ap / UB / UO
Interno
Tela Bata

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 [] TML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

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

SEU CODIGO
0396454-0
003921038

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

FRANCISCO CARLOS GOMES DE SOUZA
RM LOQUIRI 3100 KM 2 A08 ET BR 317 SENTIDO BO
CPF: 00048362400730
CEP: 69.025-000 - SENADOR GUIOMARD SANTOS RT: 23.020.23.01.003610

VALOR	DATA DE PAGAMENTO
2318	09/03/2019
2204	08/02/2019
2000	07/04/2019
30	06/03/2019
30	09/03/2019
FCAM	
MINIMO	29

RESIDENCIAL MONO 7120437 1.1.1.1 122

FEB/19	30	CONSUMO	30 A R\$ 0,632747 =	18,98
JAN/19	30	COBRANCA DIF ENERGIA 2497ANEEL		2,8
DEZ/18	125	COBRANCA DIF CCFINS R2497ANEEL		
NOV/18	121			
OUT/18	117			
SET/18	118			
AGO/18	256			
JUL/18	95			
JUN/18	156			
MAI/18	305			
TOTAL	1000			
VALOR A PAGAR	18,98			

COMPREV
COMPREV DENCIA S/A
11 ABR 2019
PROTOCOLO
DE REGISTRO

Nov/Ano Valor R\$ 02/2019 18,36
Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica e multa de 24,00 reais, de acordo com a Resolução ANEEL 2497/18, não apresentando a unidade consumidora a inclusão do nome do consumidor no sistema, influenciando assim a suspensão do fornecimento e a aplicação da multa de 24,00 reais, de acordo com a Resolução ANEEL 2497/18, de acordo com a Resolução ANEEL 2497/18, de acordo com a Resolução ANEEL 2497/18.

* (FATURADO PELO MINIMO. IMÓVEL DESOCUPADO IMPEDE 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	
6,98	
8,27	
0,21	
2,34	0,10
0,58	0,48

17,34	34,69	69,38	9,95	19,90	39,80	9,27
4,40			4,00			2,12
TAQUARI					01/2019	11,03

RT: 23.020.23.01.003610

0396454-0 21,86
03/2019 15/03/2019
003921038 FCAM

836600000000 1 21860045000 9 000000000396 2 45400319008 8



ENTR: 11
3A

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 25/01/2021 às 07:32, sob o número WEB121700027905. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709184-34.2020.8.01.0001 e código 28282EO.

Caleta AS 23:15mm

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[] PC[] 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: *fratura Coluna Cervical C6*
 PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

De p.e. Exigido Ap / UB / UO
Interno
Tala 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 [] TML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: _____

Paulo

Atesto que o Sr. Francisco Nascimento, RG 59.839.550-10, sofreu acidente de trânsito no dia 15/01/19 apresentando fratura de calcâneo esquerdo sendo submetido a cirurgia ortopédica com 2 parafusos no exame físico apresenta excitação e inervação de 1 cm no fraco 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 A.M.E.

DATA: 25/4/19

José 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 - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 ABR 2019
PROTOCOLO
AC. RIO-BRANCO

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? [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 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





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

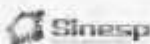
ASSINATURAS

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 assentadas e ciente que poderei 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



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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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 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.

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
HUERL			
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO	
7 0 7 8 0 3 6 2 0 1 8 5 7 1 3		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3	
8 - DATA DE NASCIMENTO		10 - RAÇA/COR	
26/02/1955		10.1 - ETNIA	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
Márcia Madalena do Nascimento		DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
BR 317 km 30 - Ramal Baixa Verde - Col. Santa - Zona Rural		18 - UF	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		19 - CEP	
Rio Branco		AC	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
pt com htem d acido p-lunite otigub fuzdo e libaco expdo edm d bnter fu			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
pt d htem d mus crme drch			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Prteur Coleares Enqueto			
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	
Dr. João Carlos		15-04-19	
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	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
		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)	
11/1		Med. Rui Pinto SP - 0.571.77-68	


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2 - CNES

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

FERNANDO NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

01079036201105943

26/12/1955

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

MARIANA NASCIMENTO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

BR-12 N. 30 - PAMAL BAIXA VERDE. CUL. SANTA - 3001 PUR

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

Rio Branco

AC

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt. les. fígado e rins de origem viral
 fígado e rins (exames) e com o sistema fu

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pt. de lesão e fígado e rins de origem viral

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

Proteína C-reativa elevada

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)

/ /

Assinatura: [assinatura]
 Nome: [nome]
 Nº: [número]
 Data: [data]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 25/01/2021 às 07:32 , sob o número WEB121700027905 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709184-34.2020.8.01.0001 e código. 28282E0.

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

HUEB
Haupt- u. Nebengeschäfte
Haupt- u. Nebengeschäfte
Haupt- u. Nebengeschäfte

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>MECANISMO DE TRAUMA: FORTM CNL CONTRA ESQUELETO</p> <p>DATA DO TRAUMA: 15-01-19</p> <p>RADIOGRAFIAS:</p> <p>EXAME FÍSICO: Desobstr.</p> <p>DIAGNÓSTICO: FORTM CNL CONTRA ESQUELETO</p> <p>CONDUTA NA EMERGENCIA:</p>	<p>1. DIETA VIA ORAL LIVRE</p> <p>2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML IV 12/12 H</p> <p>3. DIPIRONA 1G IV 6/6 H</p> <p>4. TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 H S/N</p> <p>5. METOCLOPRAMIDA 10MG IV DILUIDO 8/8 H S/N</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 6/6 H</p> <p>8. COGITOIN 1 Ponto SL 6/6 H S/N</p> <p>9. ZEN & SYPHAR 1</p> <p>10. CSL + ECG</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p><i>[Carimbo: M. A. Almeida (Coordenador), Módulo Cuid. SIA - 100, Hospital de Traumatologia]</i></p>	<p>5:00 PM</p> <p>5:10 PM</p>	<p>23:55h - Admissão na CCB, prevenção da rota de entrada. No exame físico não foram detectadas alterações neuromusculares ou alterações progressivas. - Exame físico realizado em 23:55h. - Exame físico realizado em 23:55h. - Exame físico realizado em 23:55h.</p>



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, PULSO

SOLICITO EXAME PREOP

VISITADOR: DR. FRANCISLEI

1. DIETA VO LVRE Snd
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H
3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN
6. RANITIDINA 50MG EV CADA 12/12H - 16/04
7. DEXAMETASONA 8MG EV CADA 12/12H - 16/04
8. SINAIS VITAIS ✓
9. CURATIVO DIÁRIO ✓
10. ELEVAR MEMBRO NO LEITO ✓

Pauli, Diego Lima
Tribunal de Justiça do Acre
22/17

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

17/01/19
As 4:00 da tarde
dor mais controlada e
sinais vitais presentes
taxa = 36,8°C
pressão arterial 173,1/60



REGISTRO PACIENTE FRANCISCO NASCIMENTO IDADE 63 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 134

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

D/MOT: 15/01/19	1. DIETA VO LIVRE		
FRATURA DE CALCANEIO ESQUERDO	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/H	16:18:04	Propor sair de alta hoje
CD: INTERNAÇÃO	3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H	16:22:04	tolerou com ruído em
PACIENTE EM BEG APRESENTA DOR DE MODERADA INTENSIDADE EM TNZ	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8/H SN	16:04	ruídos e orientado pelo
DOR , EDEMA 2+/4+ NEUROLOGICO PRESERVADOS, PERIMALEOLAR PRESERVADOS.	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN	16:22	médico. Te. tolerou a orientação.
SOLICITO EXAME PRE OP	6. RANITIDINA 50MG EV CADA 12/12H	10:22	
CIRURGIA AGENDADO COM DR RONEIDO NO HC PARA DIA 25/01/19	7. DEXAMETASONA 8MG EV CADA 12/12H		
VISITADOR DR RONEIDO	8. SINAIS VITAIS	10	
	9. CURATIVO DIARIO		
	10. ELEVAR MEMBRO NO LEITO		

13/01/19 -

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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Paulo Marcelino S. Jr.
CRM/AC 2217

Paulo Marcelino S. Jr.
CRM/AC 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 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 faixa 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. f. anterior V. M. mod
- 5- -
- 6- -

Eduardo Vasconcelos Passos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1656

Thiago da Costa Santos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1691



II



III



IV



V

62 bpm

51/01/19

23:42

CONFIRME ORIGINAL
SANTIE / HUERB
CÓPIA

M10/004/134



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 Colcocho esquerdo.
Requisita de cirurgia ortopédica,
Solicito Visto Cirurgico.

NOME DO SOLICITANTE: [Assinatura] DATA: 1 / 1 / 2021 HORA: 15

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Cardiologia
Paciente de 63 anos de idade
em tratamento com
Dr. Eliton Costa
CARDIOLOGISTA
CRM 7515
CRM 762

NOME DO MÉDICO: [Assinatura] DATA: 1 / 1 / 2021 HORA: 15

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 milhões)	4,49	mm3	VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/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
Basófilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Eosinófilos	4	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto	308	mm3	
Mielócitos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Metamielócitos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	%	
Bastões	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Segmentados	69	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto	5.313	mm3	
Linfócitos	19	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto	1.463	mm3	
Monócitos	8	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto	616	mm3	
Blastos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Observação			

SAME/HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Jardeli Santos de Araújo
Bando Bico
CRBM 2660

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

Resultado	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 CLINICA**

AV. NACER UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CRP.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.: 16/01/20

US. 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-CRP 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 Araújo
Médico
CRBM 1666

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - W10 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. Vis 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. Vis Impressa: 16/01/19

**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.: 15/01/201

US. 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 /mm3

VR: 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. [Assinatura]
 CRBM - 4 n° 780 - PA

15/01/2019 23:58:57

Página 1 de 1

15/01/2019 23:58:57

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

Jarueli Santos de Araújo
Biomédico
CRBM 1671

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:

*pus com lacer d'uma orelha
na altura do test. pe esqto edem e infla
ção*

História da Doença Atual:

*pus com dor edem e infla
ção pe esqto*

História da Doença Anterior:

*pus com esqto de lacer d'uma orelha
pe esqto*

Exame Físico:

*pus na edem e infla
ção com respo d' infla do colar*

Diagnóstico Provisório:

fratura Colar esqto

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

SAME / HUERR
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL