
Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031613

Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031613

Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 000000128411-3

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **953.353-152-53** Nome completo da vítima: **Leandro Magalhães de Souza**

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

Nome completo: **Leandro Magalhães de Souza** CPF: **953.353-152-53**

Profissão: **Revisor-me** Endereço: **Av 7 de setembro** Número: **3412** Complemento: **06 19 15 22**

Raça: **Congo Habito Brasil** Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC** CEP: **69915-378**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **(68) 99956-3973**
(68) 99924-5338

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0534** CONTA: **00128433** **3**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não 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: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Rio Branco, AC 14, Janeiro 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leandro Magalhães de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 4ª REGIONAL
Endereço: AV. OESTE, 542 - CONJUNTO TUCUMÃ FONE: (88) 3229-2802

OCORRÊNCIA OFF-LINE Nº 2604/2017 - 4ª DPCR

Registrado em 26/05/2017 16:14:38

FATO COMUNICADO

ACIDENTE DE TRANSITO

LOCAL DO FATO:

Município de Rio Branco
Logradouro: AVENIDA NOROESTE
Bairro: TUCUMÃ
Referência: PROXIMO A SORVETERIA ZERO GRAU

Data/Hora do Fato: 05/05/2017 às 22h30min

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

Nome: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
Filiação: AROLDI BARRETO DE SOUZA e MARIA INES MAGALHAES DE MELO
Data de Nascimento: 25/02/1993 Idade: 24 Naturalidade: PAUJUNI/AM
RG: 21608887 SSP/AC CPF: 953.353.152-53
Logradouro: AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 1.412 Q 19 CS 22
Bairro: CONJUNTO HABITAH BRASIL
Profissão: AUTONOMO
Telefone: (68) 99956-3973



ENVOLVIMENTO: AUTOR A APURAR

VEICULO: HONDA NXR BROS 150 MIX ESD PLACA MZO 9345 DE COR VERMELHA, EM NOME DE LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA.

HISTÓRICO:

Veio o comunicante a esta regional registrar que estava pilotando sua moto em um pátio próximo a quadra de areia de um complexo esportivo e quando estava manobrando o veículo em baixa velocidade, ao passar numa via para pedestres, a moto derrapou o pneu dianteiro e causou uma queda no noticiante que mesmo sob baixa velocidade fraturou o braço esquerdo. Diante dos fatos, requer a vítima as devidas providências legais cabíveis.

Rafael Marcos C. Pimentel
Delegado de Polícia Civil
Mat. 9210245 - 2

Pedro Henrique Resende Teixeira Campos
Delegado de Polícia Civil

Daniel
DANIEL S. DE MENDONÇA
Agente de Polícia Civil

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
Comunicante/vítima



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 116/2017

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

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 05/05/2017 HORA: 22:30
ENDEREÇO: AVENIDA NOROESTE
BAIRRO: TUCUMÃ CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓXIMO A SORVETERIA ZERO GRAU

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: MZO9345 MARCA: HONDA MODELO: NXR150BROSS ESPÉCIE: PASSAGEIRO
RENAVAM: 00223142069 CHASSI: 9C2KD0510AR026410 COR: VERMELHA UF: AC
PROPRIETÁRIO: LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA CPF/CNPJ: 953.353.152-53
ENDEREÇO: AVENIDA 7 DE SETEMBRO 1412 QD C22 BAIRRO: CONJ. HABITAR BRASIL

3. DADOS DA VÍTIMA

(☒) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE

NOME: LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: MASCULINO NASCIMENTO: 25/02/1993 PROFISSÃO: ESTUDANTE COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
CPF: 953.353.152-53 RG: 21608687 ORG.: SSP/AM
NATURALIDADE: PAUINI - AM NACIONALIDADE: BRASILEIRO 14 JAN 2019
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MEDIO COMPLETO, CURSANDO NÍVEL SUPERIOR
REGISTRO DA CNH: 06270576146 CATEGORIA: AB VALIDADE: 26/08/2019 UF: AC
ENDEREÇO: AVENIDA 7 DE SETEMBRO 1412 QD C22 CIDADE: RIO BRANCO

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

DE ACORDO COM O B.O Nº02604/2017, COMPARECEU AQUI NO BPTRAN O SRº LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA, INFORMOU QUE NO DIA 05/05/2017, POR VOLTA DAS 22:30, TRAFEGAVA DE MOTOCICLETA PLACA MZO9345, QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO EM UM PÁTIO PRÓXIMO A UMA QUADRA DE AREIA DE UM COMPLEXO ESPORTIVO E QUANDO ESTAVA MANOBRANDO O VEÍCULO EM BAIXA VELOCIDADE AO PASSAR NUMA VIELA PARA PEDESTRES, A MOTO DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO E CAUSOU UMA QUEDA NO NOTIFICANTE, QUE MESMO SOB BAIXA VELOCIDADE FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO. DIANTE DOS FATOS, REQUER A VÍTIMA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS. INFORMA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI LEVADO POR SOCORRISTAS DO SAMU AO PRONTO SOCORRO E LÁ PERMANECERU INTERNADO PELO PERÍODO DE 03 DIAS. DIANTE DO EXPOSTO REQUER AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. SEGUNDO O B.E Nº2449983.

Leandro Magalhães de Souza
Assinatura do Declarante

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: DENILSON BARDALES D'ÁVILA RG: 120002965-00
POSTO/GRAD: 2º SGT PM MATRÍCULA: 362638-5 OPM: BPTRAN
DATA: 18/06/2017 HORA: 16:54
ASSINATURA: *Denilson Bardales d'Ávila*

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **953.353-152-53** Nome completo da vítima: **Leandro Magalhães de Souza**

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

Nome completo: **Leandro Magalhães de Souza** CPF: **953.353-152-53**

Profissão: **Revisor-me** Endereço: **Av 7 de setembro** Número: **3412** Complemento: **06 19 15 22**

Raça: **Congo Habito Brasil** Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC** CEP: **69915-378**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **(68) 99956-3973**
(68) 99924-5338

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0534** CONTA: **00128433** **3**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Rio Branco, AC 14, Janeiro 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leandro Magalhães de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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.

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 08/05/2017 Hora Emissão: 10:41 Operador:
Nº da Ocorrência 1705050119	Qty. Vítimas 1	Data Início: 05/05/2017 22:20 Data Término: 05/05/2017 23:07	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUEDA DE MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: GOR
End. R
Bairro: CONJUNTO TUCUMÁ
Cidade: RIO BRANCO
CEP
Ponto de Referência: NA QUADRA DE ESPORTES DO PARQUE DO TUCUMÁ, SENT. JOAQUIM, PRÓX. A ZERO GRAU



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO Telefone do Solicitante: (68) 999231647 Guerra:	Origem de Ligação: VIA PÚBLICA
--	--------------------------------

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente: LEANDRO M. DE SOUZA	Idade: 24 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	Civ:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Avaliação: PCT LOTE G-13 COM POSSÍVEL LUXAÇÃO EM MVSS ESQUERDO PA-12W10 SP02-98% FC-77BPM	Data/Hora: 05/05/2017 22:49
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Avaliação: PCT COM POSSÍVEL LUXAÇÃO APÓS QUEDA DE MOTO	Data/Hora: 05/05/2017 22:24

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 05/05/2017 22:50	Situação: F
	Decisão: ENCAMIINHAR À UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 05/05/2017 22:50	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RBO - HUURB		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 05/05/2017 22:50	Situação: F
	Intercorrência		
	Observação		
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 05/05/2017 22:24	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 05/05/2017 22:24	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 05/05/2017 22:24	Situação: F
	Intercorrência		
	Observação		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 08 R90	Data/Hora Envio Equipe: 05/05/2017 22:25
	Di.Hr: Saída Base: 05/05/2017 22:26	Di.Hr: Chegada Local: 05/05/2017 22:32
	Di.Hr: Saída Local: 05/05/2017 22:48	Di.Hr: Chegada Destino: 05/05/2017 22:58
	Di.Hr: Saída Destino: 05/05/2017 23:06	Di.Hr: Chegada Base: 05/05/2017 23:06

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

	Elaborado pelo Profissional	Data / hora	Origem	Destino
	ANNY KAROLINE BARDALES SALES	05/05/2017 22:20		ANNY KAROLINE BARDALES SALES
	ANNY KAROLINE BARDALES SALES	05/05/2017 22:21	ANNY KAROLINE BARDALES SALES	EM FILA
	ANTONIO SILVA DE CASTRO	05/05/2017 22:24	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
	ANTONIO SILVA DE CASTRO	05/05/2017 22:50	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA



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: 18/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000128411-3

Nr. da Autenticação 5F34D91AE6F96E85



CTOE CUIABA MT PL6

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
AV 7 DE SETEMBRO 1412 QDR 19 CS 22 - CONJUNTO HABITAR BRASIL
RIO BRANCO - AC
69915-378



15802638

63762118



7208288526235391580004153830150318

PROGRAMA

UNIVERSITÁRIO-EMPRESAS

SEU PRIMEIRO
ESTÁGIO ESTÁ
BEM PERTO
DE CHEGAR.

EXTRATO INTELIGENTE
FEVEREIRO 2018



HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 84626
Numero do CNS.....: 163624659630014
Nome.....: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
Documento.....: CART.SUS Idad.:
Data de Nascimento: 25/02/1993 Idade: 24 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ARCLDO BARRETO DE SOUZA
Nome da Mae.....: MARIA INES MAGALHAES DE MELO
Endereco.....: COM.HABITAR BRASIL VEIO DE SANTU
Bairro.....: FLORESTA Dep.: 00000-000
Telefone.....: 9990332 SAMBO
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE



DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2449988
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "E"
Leito.....: 999.0001
Data da Internacao: 05/05/2017
Hora da Internacao: 23:30
Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ROSARIO

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERO

CÓPIA

INFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade: _____ Assinatura: _____

Ministério da Saúde		SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR											
Identificação do Estabelecimento de Saúde															
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERS											
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				H U E R B											
Identificação do Paciente				2 - CNES 2 0 0 1 5 7 8											
5 - NOME DO PACIENTE				Leonio Magalhães do Nascimento											
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO				9 - SEXO		10 - RACIA/COR		10.1 - ETNIA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
11 - NOME DA MÃE				12 - NOME DO RESPONSÁVEL				13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF		16 - CEP	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO											
				De + um tempo estou (E)											
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				Cirurgia											
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				Ex frot. Radiografia											
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRIMÁRIO				25 - CID 10 SECUNDÁRIO				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
Ex frot. Radiografia				Ex frot. Radiografia				Ex frot. Radiografia				Ex frot. Radiografia			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				PROCEDIMENTO SOLICITADO											
28 - CLÍNICA				29 - CARACTER DA INTERNAÇÃO				30 - DECORRÊNCIA				31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				33 - DATA DA SOLICITAÇÃO				34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
Dr. Marcelo Pereira				04/08/2017				[Assinatura]				[Carimbo]			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
[] EMPREGADOR				[] EMPREGADOR				[] AUTÔNOMO				[] DESEMPREGADO			
[] APOSENTADO				[] NÃO SEGURO				40 - Nº DO BILHETE				41 - SÉRIE			
42 - CNPJ DA EMPRESA				43 - CNIE DA EMPRESA				44 - CBOR				45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
46 - DOCUMENTO				47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR				48 - Nº DO DOCUMENTO (EMPRESA) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				INFORME ORIGINAL			

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

Nº. DO BE: 2449988 DATA: 05/05/2017 HORA: 22:40 USUARIO: OLIVIA
CNS: 163624659630004 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA DOC.: CART.SUS
IDADE: 24 ANOS NASC: 25/02/1993 SEXO.: MASCULINO
ENDERECO.: CONJ.HABITAR BRASIL NUMERO:
COMPLEMENTO.: VEIO DE SAMU BAIRRO: FLORESTA
MUNICIPIO.: RIO BRANCO UF: AC CEP.:
NOME PAI/MAE.: AROLD0 BARRETO DE SOUZA /MARIA INES MAGALHAES DE MELO
RESPONSAVEL.: AMIGO-VANDERSON TEL.: 999033216A
PROCEDENCIA.: CONJ. TUCUMA COMPREV PREVIDENCIA S/A MIGO
ATENDIMENTO.: ACIDENTE DE MOTO 14 JUN 2017
CASO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE.: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/_

25/05/17 - Queda de moto.
Sem lesões (E)

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 S.O.
2 Redução de dor (E)
3 Intenso

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

COPIA

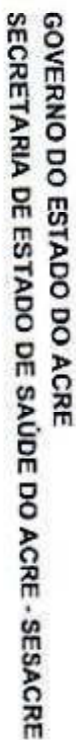
INFORME ORIGINAL

NOME: *deante Magalhães do Siqueira* IDADE: *24*
ENFERMARIA: *CCB* DATA:

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
DIAGNÓSTICO: <i>FX 1/2 x Cefalotórax</i> <i>FX sobre o tórax</i> MÉDICO ORTOPÉDICA: <i>Dr. Alexandre Almeida</i> DATA DO TRAUMA: <i>05/05/2017</i> DATA DA INTERNAÇÃO: <i>05/05/2017</i>	1. DIETA LIVRE 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H 3. DIFERONAL 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 - S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110mmHg 8. CUIDADOS GERAIS 9. SINAIS VITAIS	<i>5:00</i> <i>5:00</i> <i>10:16</i> <i>21</i>	<i>Recebi o paciente com queixa de dor no tórax, após trauma, com lesão de pele e dor intensa. Foi realizada a aplicação de analgésico e curativo. O paciente está estável, sem sinais de infecção. Será monitorado.</i>

Dr. Alexandre Almeida
Médico Ortopedia e Trauma do Acre
CRM 12.120

SAME / HUERB
CÓPIA
UNIFORME ORIGINAL



digitado e impresso em: 06/05/2017 às 16:19:11



LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA

LEITO
M 02

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FMXZ COTOVELO ESQUERDO/ FA
CABECA RADIO FRAGMENTO
PRESERVADO

B. SINAIS VITAIS

COMPRIV PREVIDENCIA S/A
1 A JAN 7799
PROTOCOLO
22 NOV 1976

Felipe Henrique de M. Dutra
P.M. Ortopedia e Traumatologia
CRM/SP 2196

SAME / HUERB
CÓPIA

INFORME ORIGINAL

08:22

[illegible]



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

digitado e impresso em: 07/05/2017 às 09:56:55



HUERB
Hospital de Urgência e Emergência
Rua 15 de Novembro, 1500 - Fátima

REGISTRO

PACIENTE

LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA

IDADE

24

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

M 02

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI:05/05/2017

DT:05/05/2017

FXL X COTOVELO ESQUERDO/ FX
CABEÇA (RABO) FRAGMENTO
DESVIADO

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SIN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SIN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. CUIDADOS GERAIS
8. SINAIS VITAIS



Felipe Henrique de M. Dutra
PRA Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2106

SANE / HUERB
CÓPIA
INFORME ORIGINAL

7:00h Pac. apresenta
insucesso de medicação
para controle da dor
brônquica e aspersão
tracheal. Redução de
cãibras. Te (horário)
19:00h Pac. apresenta
insucesso de medicação
para controle da dor
brônquica e aspersão
tracheal. Te (horário)

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. JACQUES UNICAP, 707 - BIRDE - FZ BRASCO - CEP: 69006-20 - Tel.: 333-3180
CGC - 04.054.526/0002-24

Paciente.: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA (EME)
Requisicao: 17.PC.2.006452
Num. do BE: 02449988

Idade.: 24A
Requis.: 06/05/2017

US. Origem.: HUERB/PS ^{ccB}
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões/l...)	4.54	mm ³
Hemoglobina (em g/dl...)	14.70	g/dl
Hematócrito (em %...)	41.00	%
Hemoglobina (em g/dl...)	98.10	g/dl
Hemoglobina (em g/dl...)	27.60	g/dl
Hemoglobina (em g/dl...)	11.30	g/dl

LEUCOGRAMA

Leucócitos (em milhões/l...)	15.300	mm ³
Basófilos (em %...)	0	%
Valor Absoluto (em %...)	0	mm ³
Eosinófilos (em %...)	0	%
Valor Absoluto (em %...)	0	mm ³
Neutrófilos (em %...)	0	%
Valor Absoluto (em %...)	0	mm ³
Monócitos (em %...)	0	%
Valor Absoluto (em %...)	0	mm ³
Metanucleos (em %...)	0	%
Valor Absoluto (em %...)	0	%
Segmentados (em %...)	0	mm ³
Valor Absoluto (em %...)	0	%
Linfócitos (em %...)	100	mm ³
Valor Absoluto (em %...)	15.300	mm ³
Monócitos (em %...)	0	%
Valor Absoluto (em %...)	0	%
Eosinófilos (em %...)	0	%
Valor Absoluto (em %...)	0	%
Basófilos (em %...)	0	%
Valor Absoluto (em %...)	0	%
Observações:		

VR: 114.0 a 5.000 a 5 milhões/mm³
VR: 11.0 a 16.0 a 16 g/dl
VR: 30.0 a 52.0 a 48 %
VR: 78.0 a 94.0
VR: 16.0 a 24.0
VR: 37.0 a 51.0 g/dl

VR: 5.000 a 10.000 /mm³
VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 4 %

VR: 0 a 5 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 5 %

VR: 14 a 64 %

VR: 21 a 35 %

VR: 1 a 5 %

VR: 0 a 0

SAME / HUERB
CÓPIA

INFORME ORIGINAL

30/05/2017
SILVANA CORREIA PAIVA
URB 17-655

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: SILVANA CORREIA PAIVA - CRM 658/PA 06/05/17 às 18:19 Coleta: 06/05/17 às 08:00-18. Via Impressa: 06/05/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento (em minutos)	3 minutos
Tempo de Coagulação (em minutos)	5 minutos
Contagem de Plaquetas (em /mm ³)	173.000 /mm ³

VR: 1 a 3 minutos
VR: 2 a 10 minutos
VR: 50 a 400.000 /mm³

Liberado por: SILVANA CORREIA PAIVA - CRM 658/PA 06/05/17 às 18:19 Coleta: 06/05/17 às 08:00-18. Via Impressa: 06/05/17



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Do sistema urinário

História da Doença Atual: Uso de urina

História da Doença Anterior:



Exame Físico:

Diagnóstico Provisório: Ex Lx urinário Ex urina

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança: 1

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ 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

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



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



LAUDO MÉDICO

NOME: Leonardo Magalhães de Souza

O paciente supracitado apresenta fratura da cabeça
do rádio e ulna esquerda a partir do DS 105 / 12
lançamento do ulnar tendo sido tratado com imobilização
e fisioterapia + medicação adequada.

No momento, encontra-se em acompanhamento
ortopedico. Apresenta diminuição
do arco de movimento e força com
manuseio de mobilização. Sugere-se todo
o melhor esforço físico com HSE.

Dra. Lígia dos R. Ferreira
CRM-AC 1983

CH: 52 1/553.1

24/05/12



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



LAUDO MÉDICO

NOME: LEONARDO MAGALHÃES DE SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fratura cabeça do
radio esquerdo a partir de 05.05.12

ou há _____, tendo sido tratado com
tratamento conservador

No momento, encontra-se
Aguardando Cirurgia (exceção
de fratura de Articul. do

cid: 5521

Médico

30.8.12



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: Leandro Rogério Souza Nº Registro: 361.911
 Data Nas: 25.02.1993 Sexo: M Estado Civil:
 End.:
 Naturalidade: Profissão:
 Nome e Endereço do Responsável: O mesmo.



DATA	ANOTAÇÕES
25/06/14	De ac p/ avaliação
25/06/14	Paciente com lesão hiperemica em palmo e plant do pé d. OS hiperemica assimétrica e presença de lesão gastrointestinal
18/02/14	Feb. 130 fra 4x8! Del 132 C/AN 01 W. 6 6.80 Del. 212000/— Aet. 0.9 W. 2.6 T. 22 T. 14 Aet. 10.00 Cet. 10.00 10.00 T. 10.00 10.00 T. 10.00 10.00
	CONFERE COM ORIGINAL Dr. [Signature] 22/11/18 Gerente do SAME H.C.
24/05/17	— Ambulatório — M. Felício
dentro	* Fx 1x de colorado (E)
25/05/17	Faculdade da região
	Paciente com dor leve. Em uso de tela no 1º dedo, compressas de Rho apresentando fissura do pulso corado e

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: _____ Nº Registro: _____

Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

End.: _____

Naturalidade: _____ Profissão: _____

Nome e Endereço do Responsável: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14/11/2019

PROTOCOLADO

AS 10:00:00

DATA	ANOTAÇÕES
	<u>Amb do Ombro</u> DT: 05/05/12
11/04/18	# falta cabço do radio (E).
	Quixas de dor leve
	10/04/2018 Painel recomendação FST.
	CONFERE COM Painel recomendação FST.
	Atendimento Painel recomendação FST.
20/06/18	<u>Amb. ombro</u> # Ex Lx olo DT: 05/05/18 radio (E).
	Paciente com pouca dor, ambuleta, melhora do quadro clínico.
	AO exame: ADM - Flexo - extensor 0° - 180° Prone - supinados sem bloqueio movimento cefalocervical
	Rx: Ex consolidado
	CP: (1) flexão manual (2) extensão

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 361911

Nome.....: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Documento....: 2160868-7 Tipo: IDENTIDADE

Nascimento....: 25/02/1993

Estado Civil..:

Idade.....: 25 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: O MESMO

Nome da Mae...: MARIA INES MAGALHAES DE MELO

Endereço.....: AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 01412 ESPERANCA CEP: 99999-999

Telefone.....: 000006899020607

Bairro.....: HABITAR BRASIL

Município.....: 1200401 - RIO BRANCO - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: AMAZONAS

Cadastramento: 25/08/2014



CONFERE COM ORIGINAL
Deleusa Amorim da Silveira Tavora
Gerente do SAME - H.C. Responsável



Novo Acre
Governo para todos, sem exceção

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: UPA 24 HORAS DO 2º DISTRITO
CNPJ: 04034526003169

RECEITUÁRIO MÉDICO

Leandro M. S. Souza



cefalexina 500 mg - 28
1 comp 6'6 h
Dipirona 500 mg - 15
1 comp 8' h

LP
CA
Dr. Antônio Carlos Pereira
Médico Geral
CRM-AC 9455

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.



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

LAUDO MÉDICO

NOME: LEANDRO MAGALHÃES DO SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fratura aberta do
Radio Esquerdo a partir de 05,05,12

ou foi tendo sido tratado com
tratamento Conservador

No momento, encontra-se Agarrado Curativo (Exonje
do fratura Articular)

CID: 552.1

Dr. Rogério Luiz Páez Páez
Pós-Graduado em Traumatologia
CRM: 1927-AC

Médico

30,8,12

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN 2012

PROTOCOLO



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

LAUDO MÉDICO

NOME: Isabella Magalhães da Silva



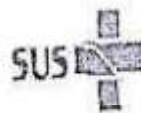
O paciente supracitado apresenta fratura da cabeça
do úmero direito cominada + 05/05/14
lesão da articulação tendo sido tratado com imobilização
em gesso + medicação inibidora

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial. Apresenta diminuição
dos movimentos e dor na
região da articulação do ombro direito
de realizar exercícios físicos com MSF.

Dra. Lígia dos P. Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1933

CID: S21.1/553.1

24/05/14



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

UNIDADE:

RECEITUÁRIO MÉDICO

Via Interno:

1) Fluorelona 600mg - 15g
Tumor 01 gda @ B/Bb, por os
dias.

2) Dapsinona 500mg - 20g
Tumor 01 gda @ B/Bb, re
dia.



DATA

01/01/17

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Felipe Henrique de M. Dória
PRM de Urgência e Emergência
Rio Branco - Acre

Nº CONSELHO

Av. Nações Unidas, 700 - Bosque Rio Branco - Ac CNPJ: 04034526000224 CNES: 2001578



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

LAUDO MÉDICO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 JAN 2019
PROTÓCOLO

NOME: LIANDRO MAGALHÃES DE
SAEZA

O paciente supracitado apresenta fratura do ulna
proximal a partir de 05/05/17
sendo visto tratado com fixação
algumas e anti-inflamatórios
No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial, relato de
incômodo no cotovelo
na movimentação

CIP: 552.0

Rio Branco AC 22/11/17

Rui Ramos dos Santos
CRM/AC 1955
Ortopedia e Traumatologia



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

LAUDO MÉDICO

NOME:

Lauro Pinheiro de Souza

O paciente supracitado apresenta

fratura humero-cubital

a partir de

05/05/2017

ou há

tendo sido tratado com

tratamento

conservador

No momento, encontra-se

sem complicações

alta ambulatorial

CID:

S52.5

Felipe Henrique de A. Souza
RPM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2196
Médico

21.11.18

Rio Branco - AC



CEDDIP_DIAGNOSTICO POR IDAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
N 24 66010
1003: 25 fev 1993
05 May 2017 1024

BRIVO CT325 SYS#CT
Ex: 29853
Se: 400 SSAVE
R0.00
Im: 4
DFOV 0.0cm

CEDDIP_DIAGNOSTICO POR IDAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
N 24 66010
1003: 25 fev 1993
05 May 2017 1024

BRIVO CT325 SYS#CT
Ex: 29853
Se: 400 SSAVE
R0.00
Im: 3
DFOV 0.0cm



2.00mm VOL REN
Tilt: 0.0
23:55:26



2.00mm VOL REN
Tilt: 0.0
23:55:26

BRIVO CT325 SYS#CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

RO: 00

In: 5

DFOV 0.0cm

CEDIMP DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num: 29853

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

M 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024

BRIVO CT325 SYS#CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

RO: 00

In: 6

DFOV 0.0cm

CEDIMP DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num: 29853

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

M 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00mm VOL REN
Tilt: 0.0
23:55:26

Patient ID:
Age:

2.00mm VOL REN
Tilt: 0.0
23:55:26

Patient Name:
Sex:

BRIVO CT325 SYS#CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

R0.00

Ln: 1

DFOV 0.0cm

CEDIP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num:29853

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

N 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00mm VOLREN

Tilt: 0.0

23:55:26

BRIVO CT325 SYS#CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

R0.00

Ln: 2

DFOV 0.0cm

CEDIP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num:29853

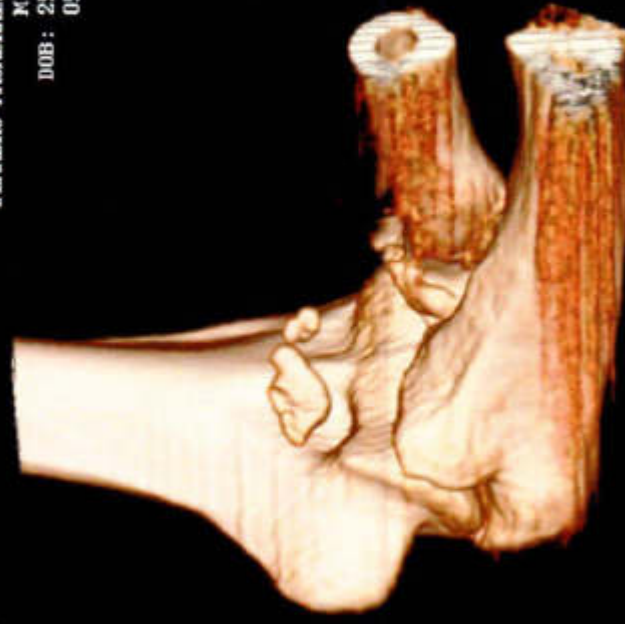
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

N 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00mm VOLREN

Tilt: 0.0

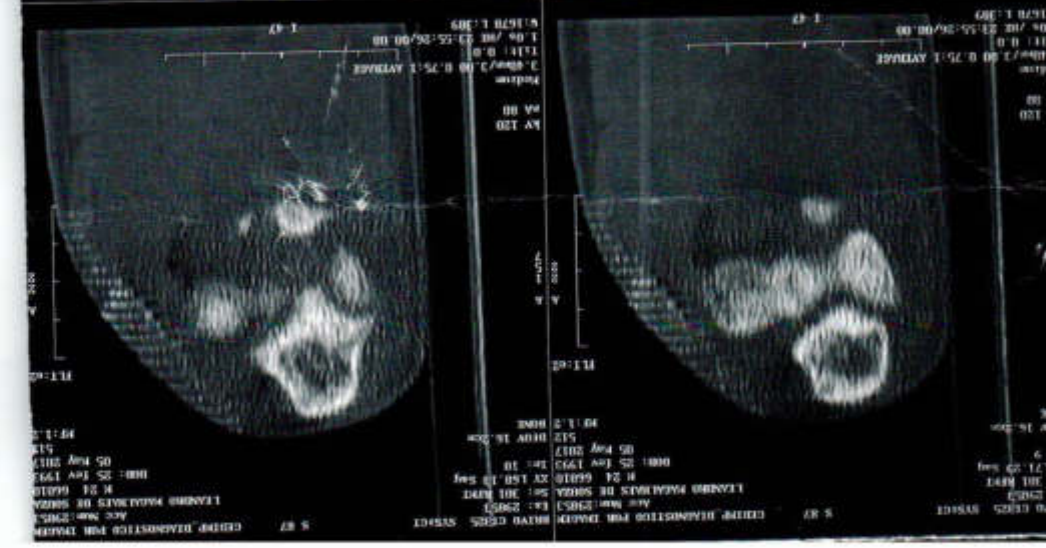
23:55:26

Patient ID:

Age:

Sex:

Patient Name:

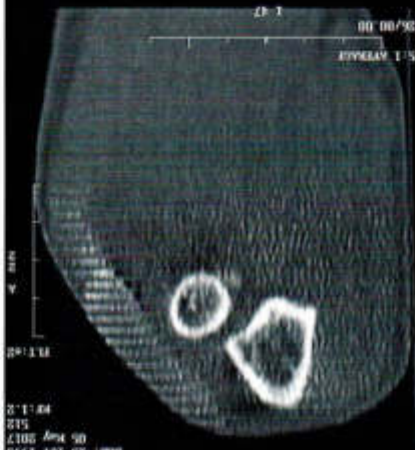




W:1500 L:300
1.00 mm/23.55:36/00.00
T111: 0.0
2.40mm/7.00 0.75:1 AVERAGE
Position
KV 120
MA 80
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A



W:1500 L:300
1.00 mm/23.55:36/00.00
T111: 0.0
2.40mm/7.00 0.75:1 AVERAGE
Position
KV 120
MA 80
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A



W:1500 L:300
1.00 mm/23.55:36/00.00
T111: 0.0
2.40mm/7.00 0.75:1 AVERAGE
Position
KV 120
MA 80
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A



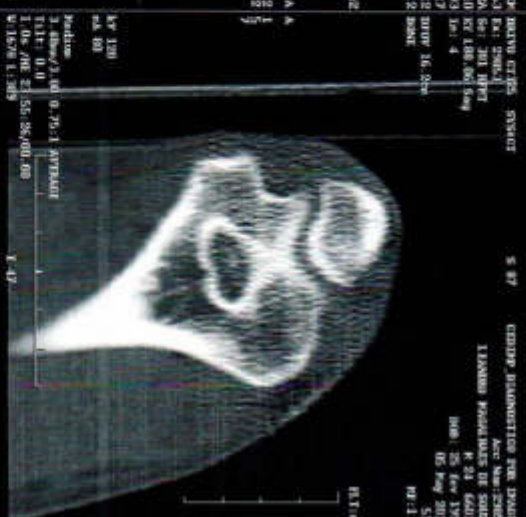
W:1500 L:300
1.00 mm/23.55:36/00.00
T111: 0.0
2.40mm/7.00 0.75:1 AVERAGE
Position
KV 120
MA 80
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A



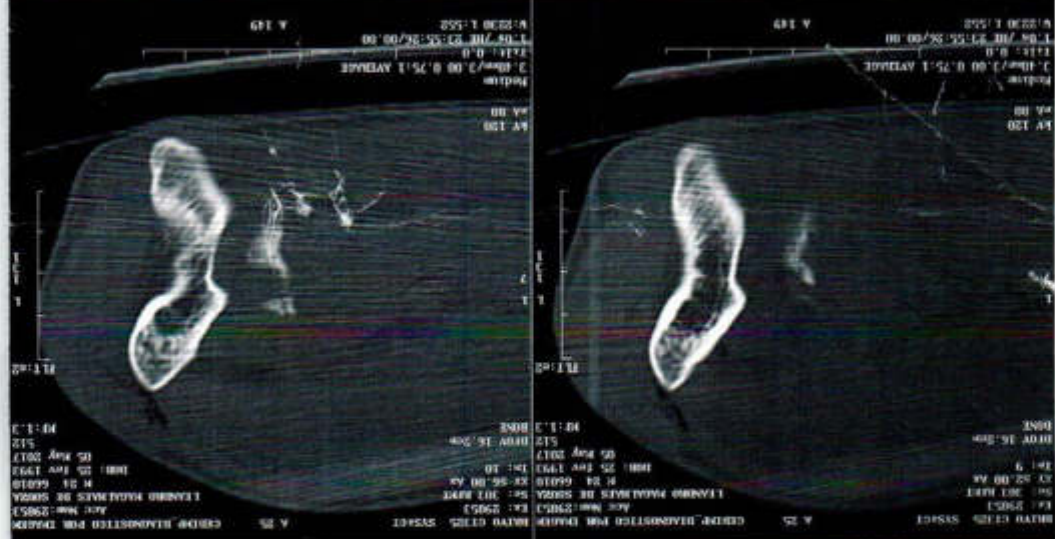
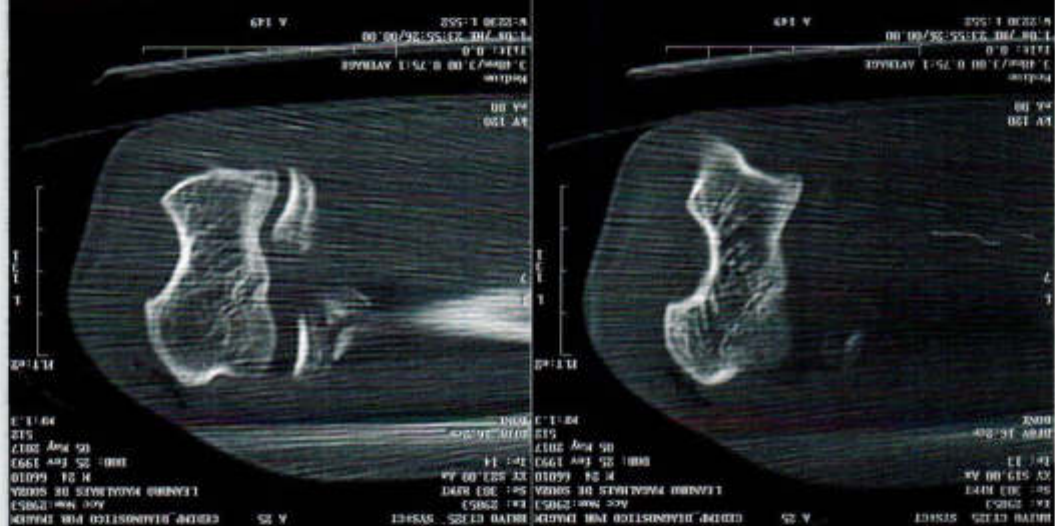
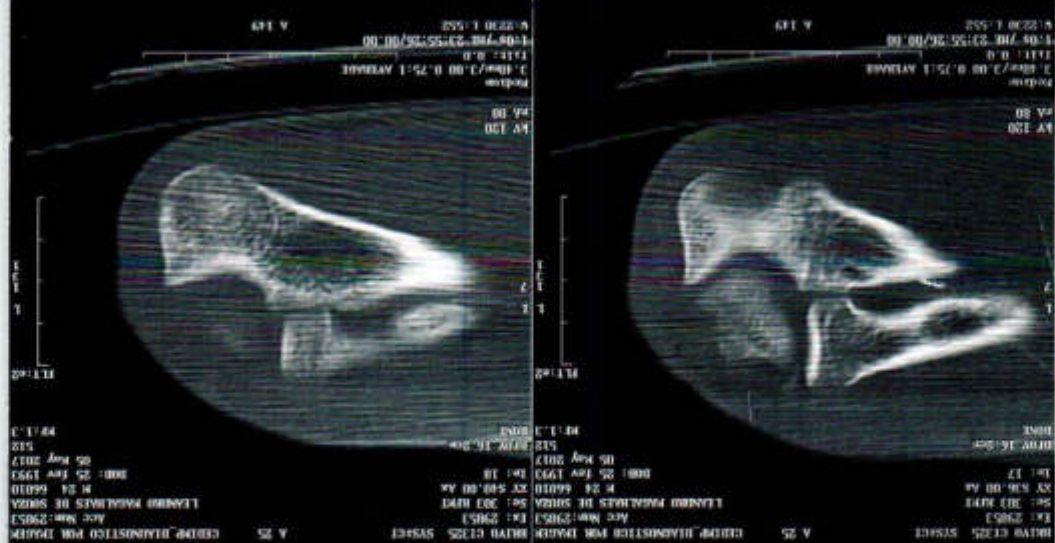
W:1500 L:300
1.00 mm/23.55:36/00.00
T111: 0.0
2.40mm/7.00 0.75:1 AVERAGE
Position
KV 120
MA 80
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A

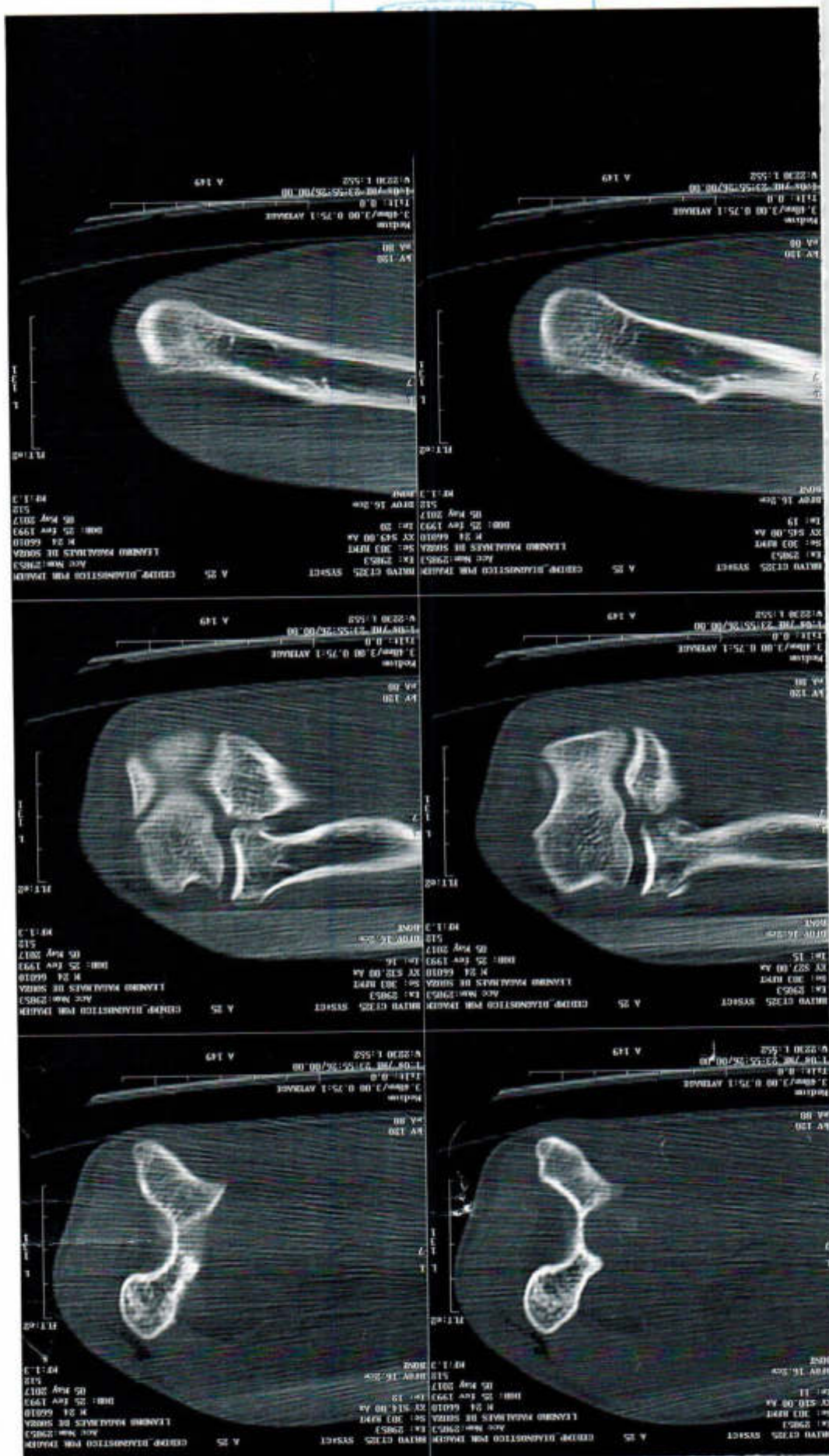


W:1500 L:300
1.00 mm/23.55:36/00.00
T111: 0.0
2.40mm/7.00 0.75:1 AVERAGE
Position
KV 120
MA 80
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A
S 87
CE: 29853
AC: 29853
LEARNED PATIENTS RE 50854
S: 301 3047
XY 134.21 Sag
Z: 201 2097
H: 24 66010
M: 24 66010
DMM: 25 1993
05 May 2017
RT: 1.2
A



Sex: _____





OBJETO CT205 SYSCAT
EX: 29863
SE: 303 RPT
SV: 123.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON

A 25

CELEPE DIAGNOSTICO POR DUADE
Acc No: 29863 Ex: 29863
LEONARDO PALMARES DE SOUSA
SE: 303 RPT
SV: 123.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON



Position
3.00w/2.00 0.75:1 ANT/PA
Tilt: 0.0
Tb: 708 23:55:26/00.00
W: 2220 L: 5562

A 149

OBJETO CT205 SYSCAT
EX: 29863
SE: 303 RPT
SV: 115.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON

A 25

CELEPE DIAGNOSTICO POR DUADE
Acc No: 29863 Ex: 29863
LEONARDO PALMARES DE SOUSA
SE: 303 RPT
SV: 115.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON



Position
3.00w/2.00 0.75:1 ANT/PA
Tilt: 0.0
Tb: 708 23:55:26/00.00
W: 2220 L: 5562

A 149

OBJETO CT205 SYSCAT
EX: 29863
SE: 303 RPT
SV: 123.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON

A 25

CELEPE DIAGNOSTICO POR DUADE
Acc No: 29863 Ex: 29863
LEONARDO PALMARES DE SOUSA
SE: 303 RPT
SV: 123.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON



Position
3.00w/2.00 0.75:1 ANT/PA
Tilt: 0.0
Tb: 708 23:55:26/00.00
W: 2220 L: 5562

A 149

OBJETO CT205 SYSCAT
EX: 29863
SE: 303 RPT
SV: 115.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON

A 25

CELEPE DIAGNOSTICO POR DUADE
Acc No: 29863 Ex: 29863
LEONARDO PALMARES DE SOUSA
SE: 303 RPT
SV: 115.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON



Position
3.00w/2.00 0.75:1 ANT/PA
Tilt: 0.0
Tb: 708 23:55:26/00.00
W: 2220 L: 5562

A 149

OBJETO CT205 SYSCAT
EX: 29863
SE: 303 RPT
SV: 123.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON

A 25

CELEPE DIAGNOSTICO POR DUADE
Acc No: 29863 Ex: 29863
LEONARDO PALMARES DE SOUSA
SE: 303 RPT
SV: 123.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON



Position
3.00w/2.00 0.75:1 ANT/PA
Tilt: 0.0
Tb: 708 23:55:26/00.00
W: 2220 L: 5562

A 149

OBJETO CT205 SYSCAT
EX: 29863
SE: 303 RPT
SV: 115.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON

A 25

CELEPE DIAGNOSTICO POR DUADE
Acc No: 29863 Ex: 29863
LEONARDO PALMARES DE SOUSA
SE: 303 RPT
SV: 115.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON



Position
3.00w/2.00 0.75:1 ANT/PA
Tilt: 0.0
Tb: 708 23:55:26/00.00
W: 2220 L: 5562

A 149

OBJETO CT205 SYSCAT
EX: 29863
SE: 303 RPT
SV: 123.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON

A 25

CELEPE DIAGNOSTICO POR DUADE
Acc No: 29863 Ex: 29863
LEONARDO PALMARES DE SOUSA
SE: 303 RPT
SV: 123.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON



Position
3.00w/2.00 0.75:1 ANT/PA
Tilt: 0.0
Tb: 708 23:55:26/00.00
W: 2220 L: 5562

A 149

OBJETO CT205 SYSCAT
EX: 29863
SE: 303 RPT
SV: 115.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON

A 25

CELEPE DIAGNOSTICO POR DUADE
Acc No: 29863 Ex: 29863
LEONARDO PALMARES DE SOUSA
SE: 303 RPT
SV: 115.00 AS
DI: 1
HOUR: 16:20w
MON: 05 May 2017
PT: 1.3 MON



Position
3.00w/2.00 0.75:1 ANT/PA
Tilt: 0.0
Tb: 708 23:55:26/00.00
W: 2220 L: 5562

A 149

BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 66.54 Cor
Is: 3

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1

BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 66.54 Cor
Is: 4

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1



BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 67.45 Cor
Is: 7

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1

BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 68.30 Cor
Is: 8

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1



BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 69.16 Cor
Is: 11

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1

BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 69.01 Cor
Is: 12

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1



BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A79.73 Cor
In: 1
DR: 16.2cm
DONT

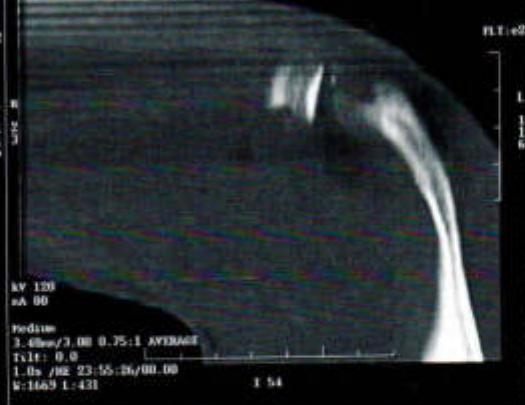
S 94

CEDIP DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1

BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A62.58 Cor
In: 2
DR: 16.2cm
DONT

S 94

CEDIP DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1



BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A71.48 Cor
In: 5
DR: 16.2cm
DONT

S 94

CEDIP DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1

BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A71.48 Cor
In: 6
DR: 16.2cm
DONT

S 94

CEDIP DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1



BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A83.15 Cor
In: 9
DR: 16.2cm
DONT

S 94

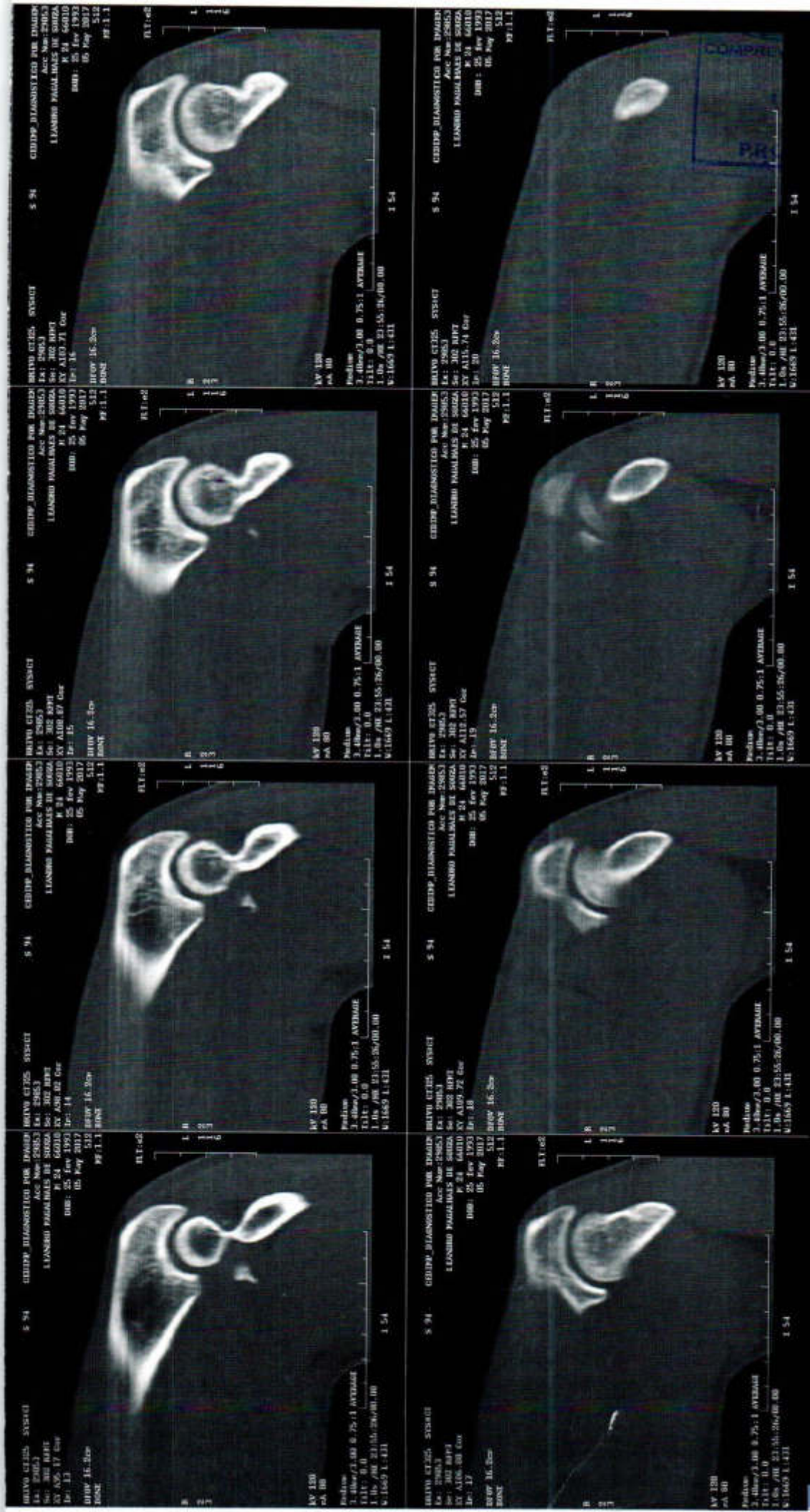
CEDIP DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1

BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A86.31 Cor
In: 10
DR: 16.2cm
DONT

S 94

CEDIP DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1





Patient Name:
Sex:

Patient ID:
Age:

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 84626
Numero do CNS.....: 163624659630014
Nome.....: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
Documento.....: CART. SUS Idad.:
Data de Nascimento: 25/02/1993 Idade: 24 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ARCLDO BARRETO DE SOUZA
Nome da Mae.....: MARIA INES MAGALHAES DE MELO
Endereco.....: COM. HABITAR BRASIL VEIC DE SANU
Bairro.....: FLORESTA Dep.: 00000-000
Telefone.....: 9990332 SAMISO
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE



DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2449988
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "E"
Leito.....: 999.0001
Data da Internacao: 05/05/2017
Hora da Internacao: 23:30
Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ROSARIO

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERO

CÓPIA

INFORME ORIGINAL

Unidade: _____ Assinatura: _____

Ministério da Saúde SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERS		2 - CNES 2 0 0 1 5 7 8	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HUERS		4 - CNES	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Leonardo Magalhães do Nascimento		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO: ☒ MASC ☐ FEM		10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO 12.1 - Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO 12.1 - Nº DO TELEFONE	
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - UF	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CEP	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Justificativa da internação: Dor + um tapo estomacal (E)		15 - UF	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Crônico		16 - CEP	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ex frot. Radiografia		17 - UF	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Ex frot. Radiografia (E) / Ex intest. de laqueamento de intest.		24 - Nº DO LAUDO	
25 - DATA DO LAUDO		26 - Nº DO LAUDO ASSOCIADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOENÇA		32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Marcelo Pereira		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 04/08/2017	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO		38 - Nº DO BIOMÉTRICO	
39 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		40 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
41 - SÉRIE		42 - CNES DA EMPRESA	
43 - CNES DA EMPRESA		44 - CBO	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

INFORME ORIGINAL

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2449988 DATA: 05/05/2017 HORA: 22:40 USUARIO: OLIVIA
CNS: 163624659630004 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA DOC.: CART.SUS
IDADE: 24 ANOS NASC: 25/02/1993 SEXO.: MASCULINO
ENDERECO.: CONJ.HABITAR BRASIL NUMERO:
COMPLEMENTO.: VEIO DE SAMU BAIRRO: FLORESTA
MUNICIPIO.: RIO BRANCO UF: AC CEP.:
NOME PAI/MAE.: AROLD0 BARRETO DE SOUZA /MARIA INES MAGALHAES DE MELO
RESPONSAVEL.: AMIGO-VANDERSON TEL.: 999033216A
PROCEDENCIA.: CONJ. TUCUMA COMPREV PREVIDENCIA S/A MIGO
ATENDIMENTO.: ACIDENTE DE MOTO 14 JUN 2017
CASO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE.: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/_

25/05/17 - Queda de moto.
Sem lesões (E)

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 S.O.
2 Redução de dor (E)
3 Intenso

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

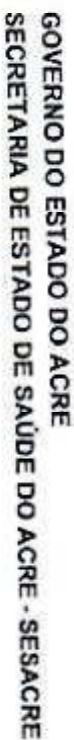
COPIA

INFORME ORIGINAL

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

DATA:

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
DIAGNÓSTICO: Fx 1 L x Cefaleia Fx labrego no olho no olho da esquerda MÉDICO ORTOFEDISTA: Dr. Alexandre Almeida DATA DO TRAUMA: 05/05/2017 DATA DA INTERNAÇÃO: 05/05/2017	1. DIETA LIVRE 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110mmHg 8. CUIDADOS GERAIS 9. SINAIS VITAIS <i>Polipe H. da Silva de Sá</i> Enfermeira e Transfusão 05/05/2017	500 500 05/10/16 05/17	Recebi o Sinal Cefaleia que recebeu o Sinal de 05/05/17 20:00 41.6/100 Comunicação de Sinal afirmação de Sinal de comunicação de Sinal de 24/17 (17) Sinal de Sinal de afirmação de Sinal de



digitado e impresso em: 06/05/2017 às 16:19:11



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

17:00 Evoluindo como
oportunidade de comunicação
comunitária e desenvolvimento.
Operando diversos
elementos: PA 112 x 60 mm
The Electric
02/03/17 08:10:00
100% de sucesso
na presença
na presença
período de 120 X 60
na presença
02/03/17 08:10:00



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

digitado e impresso em: 07/05/2017 às 09:56:55



HUERB
Hospital de Urgência e Emergência
Rua 15 de Novembro, 1500 - Fátima

REGISTRO

PACIENTE

LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA

IDADE

24

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

M 02

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI:05/05/2017

DT:05/05/2017

FXL X COTOVELO ESQUERDO/ FX
CABEÇA (RABO) FRAGMENTO
DESVIADO

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SIN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SIN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. CUIDADOS GERAIS
8. SINAIS VITAIS



Felipe Henrique de M. Dutra
PRA Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2106

SANE / HUERB
CÓPIA
INFORME ORIGINAL

7:00h Pac. apresenta
insucesso de medicação
para controle da dor
devido a lesão de
tórax. Reduzir a
dosagem de analgésico
para 19:00h. Pac. apresenta
insucesso de medicação
para controle da dor
devido a lesão de
tórax. Reduzir a
dosagem de analgésico
para 19:00h.



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

digitado e impresso em: 08/05/2017 às 10:40:00

HUERB
Imagem e Sinal
Imagem e Sinal

REGISTRO

PACIENTE

LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA

IDADE

24

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

M 02

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI:05/05/2017 DT:05/05/2017 FY LX COTOVELO ESQUERDO/ FX CABEÇA RABDO FRAGMENTO DESVIADO	1. DIETA VO LIVRE <i>SD</i> 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H <i>SDT 500</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>SDT 500</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H (S/N) <i>SDT 4</i> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H (S/N) <i>SDT 4</i> 6. SINAIS VITAIS <i>4</i> 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS	COMPREV PREVIDENCIA S/A PROTÓCOLO ABRIL 2017	Requiere Hematócrito de M. Dútila Para Ortopedia e Traumatologia Cópia 2106	SABE / HUERB CÓPIA INFORME ORIGINAL	10:00h Paciente lóla eufrático, portadora de OP, comunicativa, realizando curativos, não realiza queixas no momento, medicação com, fte. Sebo. Hemanter de 375,44g 16:00h Paciente sem queixas, recebe adietas operadas, fte, medicado com, fte. 32cmcmmtg. fte. Sebof com coque 375,44g 01:30h, fte. 370x33cmcmmtg. fte. medicado com, fte. 32cmcmmtg. fte. Sebof com coque 375,44g 11:00h, fte. 370x33cmcmmtg. fte. medicado com, fte. 32cmcmmtg. fte. Sebof com coque 375,44g 18:00h Paciente sem queixas, recebe adietas operadas, fte, medicado com, fte. 32cmcmmtg. fte. Sebof com coque 375,44g
--	---	---	--	--	---

CORREN-AC 186820

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. JACQUES UNICAP, 707 - BIRDE - FZ BRASCO - CEP: 69006-20 - Tel.: 333-3180
CGC - 04.054.526/0002-24

Idade...: 24A
Requis.: 06/05/2017

Paciente...: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA (EME)
Requisicao: 17.PC.2.006452
Num. do BE: 02449988

US. Origem.: HUERB/PS ^{ccB}
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões/l...)	4.54	mm ³
Hematócrito.....	14.70	%
Hemoglobina.....	41.00	g
Hemoglobina.....	98.10	g
Hemoglobina.....	27.60	g
Hemoglobina.....	11.30	g/dl

LEUCOGRAMA

Leucócitos (em milhões/l...)	15.300	mm ³
Basófilos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	mm ³
Eosinófilos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	mm ³
Neutrófilos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	mm ³
Monócitos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	mm ³
Metamleucócitos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	%
Plaquetas.....	0	mm ³
Valor Absoluto.....	0	%
Segmentados.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	%
Linfócitos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	%
Monócitos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	%
Eosinófilos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	%
Basófilos.....	0	%
Valor Absoluto.....	0	%
Concentração.....	0	%

VR: 114.0 a 5.000 milhões/mm³
VR: 11.0 a 18.0 %
VR: 11.0 a 18.0 g/dl
VR: 11.0 a 18.0 g/dl
VR: 11.0 a 18.0 g/dl
VR: 11.0 a 18.0 g/dl

VR: 5.000 a 10.000 /mm³
VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 1 %

VR: 14 a 34 %

VR: 21 a 35 %

VR: 1 a 4 %

VR: 0 a 1 %

SAME / HUERB
CÓPIA

INFORME ORIGINAL

30/05/2017
SILVANA CORREIA PAIVA
CRM 658/PA-655

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: SILVANA CORREIA PAIVA - CRM 658/PA 06/05/17 às 18:19 Coleta: 06/05/17 às 08:00-18. Via Impressa: 06/05/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	5 minutos
Tempo de Coagulação.....	5 minutos
Contagem de Plaquetas.....	173.000 /mm ³

VR: 1 a 3 minutos
VR: 2 a 10 minutos
VR: 50 a 400.000 /mm³

Liberado por: SILVANA CORREIA PAIVA - CRM 658/PA 06/05/17 às 18:19 Coleta: 06/05/17 às 08:00-18. Via Impressa: 06/05/17



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Do sistema esquelético

História da Doença Atual: Queixa de dor

História da Doença Anterior:



Exame Físico:

Diagnóstico Provisório: Fratura lateral do fêmur direito

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança: 1

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ 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



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



LAUDO MÉDICO

NOME: Leonardo Magalhães de Souza

O paciente supracitado apresenta fratura da cabeça
do osso e humero esquerdo +
luxação do cotovelo a partir de 25/05/17
ou há 10 tendo sido tratado com imobilização
e fisioterapia + medicação analgésica

No momento, encontra-se em acompanhamento
ortopedico. Apresenta diminuição
da amplitude de movimento e força com
manuseio de mobilização. Suspeita de
de realizar exame físico com HSE.

Dra. Lígia dos R. Ferreira
CRM-AC 1983

CH: 52 1/553.1

24/05/17



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



LAUDO MÉDICO

NOME: LEONARDO MAGALHÃES DE SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fratura cabeça do
radio esquerdo a partir de 05.05.12

ou há _____, tendo sido tratado com
tratamento conservador

No momento, encontra-se
Aguardando Cirurgia (exceção
de fratura de Articul. do

cid: 5521

Médico

30.8.12



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: Leandro Rogério Souza Nº Registro: 361.911
 Data Nas: 25.02.1993 Sexo: M Estado Civil:
 End.:
 Naturalidade: Profissão:
 Nome e Endereço do Responsável: O mesmo.



DATA	ANOTAÇÕES
25/06/14	De ac p/ avaliação
27/2/14	Paciente com lesão hiperemica em palmo e plant do pé cl. 05 hiperemica avulsão e fratura distal metatarsiana
18/02/14	Feb. 130 fra 4x8! Del 132 C/au 01 W. 6 6.50 Del. 212000/— Aet. 0.9 W. 2.6 Tm. 22 Tm 14 Aet. 10.00 Cet. 10.00 de 10.00 Tm 14 De 10.00
	CONFERE COM ORIGINAL Dr. Rogério Silva Távora 22/11/18 Gerente do SAME-HC
	Dr. Rogério Silva Távora
24/05/17	— Ambulatório — M. Felício
dentro	* Fx 1x de cotovelo @
25/05/17	Fratura do rádio
	Paciente com dor leve. Em uso de tala no braço. Comprometido o Rto apresentando fratura do punho ulnare e



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: _____ Nº Registro: _____
 Data Nasc: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 End: _____
 Nacionalidade: _____ Profissão: _____
 Nome e Endereço do Responsável: _____



DATA	ANOTAÇÕES
14/04/18	<u>Amb do Ombro</u> DT: 05/05/17 # <u>fx/lx cabeça do humero (E)</u> <u>Quartas de dor leve</u> <u>usio Ambulatório</u> <u>rx/lx</u> <u>rehabilitação</u> <u>FST</u> CONFERE COM _____ _____ _____ _____ Atividade Junior 100% Capacidade de Trabalho 14/11/2019
20/06/18	<u>Amb. ombro</u> # <u>Ex/Lx olo</u> DT: 05/05/17 <u>rodio (E)</u> <u>Paciente comparece ao ambulatório</u> <u>relatando melhora do quadro clínico</u> <u>AO exame: ADM - Flexo - extensão 0° - 120°</u> <u>Prong - supinados sem bloqueio</u> <u>movimentos completos sem</u> <u>Rx: Ex consolidação</u> <u>CP: (1) Reforço muscular (2) Orientações</u> <u>(3) FST</u>

Robson de Souza
 ORTODONTIA E ORTOPEDIA
 CRM - 1903

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 361911

Nome.....: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Documento....: 2160868-7 Tipo: IDENTIDADE

Nascimento....: 25/02/1993

Estado Civil..:

Idade.....: 25 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: O MESMO

Nome da Mae...: MARIA INES MAGALHAES DE MELO

Endereço.....: AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 01412 ESPERANCA CEP: 99999-999

Telefone.....: 000006899020607

Bairro.....: HABITAR BRASIL

Município.....: 1200401 - RIO BRANCO - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: AMAZONAS

Cadastramento: 25/08/2014



CONFERE COM ORIGINAL
Deleusa Amorim da Silveira Tavora
Gerente do SAME - H.C. Responsável



Novo Acre
Governo para todos, sem exceção

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

UPA 24 HORAS DO 2º DISTRITO
CNPJ: 04034526003169

RECEITUÁRIO MÉDICO

Leandro M. S. Souza



*cefalexina 500 mg - 28
1 comp 6'6 h
Dipirona 500 mg - 15
1 comp 8' h*

LP
CA
Dr. Antônio Carlos Pereira
Médico Geral
CRM-AC 9455

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.



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

LAUDO MÉDICO

NOME: LEANDRO MAGALHÃES DO SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fratura aberta do
Radio Esquerdo a partir de 05,05,12

ou foi tendo sido tratado com
tratamento Conservador

No momento, encontra-se Agarrado Curativo (Exonje
do fratura Articular)

CID: 552.1

Dr. Rogério Luiz Páez Páez
PRM: Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1927-AC

Médico

30,8,12

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN 2012

PROTÓCOLO



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

LAUDO MÉDICO

NOME: Isabella Magalhães de Souza

COMPREV EVIDÊNCIA S/A
14 JUL 2019
PROTOCOLO
10.000.00

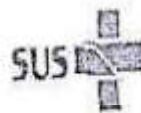
O paciente supracitado apresenta fratura da cabeça
do osso da mandíbula esquerda a partir de 05/05/17
lesão da articulação temporomandibular tendo sido tratado com imobilização
e fisioterapia + medicação incompleta

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial. Apresenta diminuição
dos movimentos da mandíbula com
dores de musculatura temporomandibular
na realização de movimentos funcionais com HSE.

Dra. Lígia dos R. Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1933

CID: S21.1/553.1

24/05/17



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

UNIDADE:

RECEITUÁRIO MÉDICO

Via Interno:

1) Fluorelona 600mg - 15g
Tumor 01g @ B/Bb, por os
dias.

2) Dapsinona 500mg - 20g
Tumor 01g @ B/Bb, re
dia.



DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Nº CONSELHO

Av. Nações Unidas, 700 - Bosque Rio Branco - Ac CNPJ: 04034526000224 CNES: 2001578



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

LAUDO MÉDICO

NOME: LIANDRO MAGALHÃES DE
SAEZA

O paciente supracitado apresenta fratura do ulna
proximal a partir de 05/05/17

sendo visto tratado com fixação
algum tipo de anti-inflamatório

Atualmente, encontra-se sem acompanhamento
ambulatorial, relato de

interferência no cotovelo e
dores no membro superior

CIP: 552.0

Rio Branco AC 22/11/17



Rui Ramos dos Santos
CRM/AC 1955
Ortopedia e Traumatologia



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

LAUDO MÉDICO

NOME: Lauro Pinheiro de Souza



O paciente supracitado apresenta fratura humeral Colles
do lado direito a partir de 05/05/2017

ou há _____, tendo sido tratado com tratamento
conservador

No momento, encontra-se sem sintomas,
alta funcional

CID: S52.5

Felipe Henrique de A. Silva
RPM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2196
Médico

21.11.18

Rio Branco - AC

CEDDIP_DIAGNOSTICO POR IDAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
N 24 66010
00B: 25 fev 1993
05 May 2017 1024

BRIVO CT325 SYS#CT
Ex: 29853
Se: 400 SSAVE
R0.00
Im: 4
DFOV 0.0cm

CEDDIP_DIAGNOSTICO POR IDAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
N 24 66010
00B: 25 fev 1993
05 May 2017 1024

BRIVO CT325 SYS#CT
Ex: 29853
Se: 400 SSAVE
R0.00
Im: 3
DFOV 0.0cm



2.00mm VOL REN
Tilt: 0.0
23:55:26



2.00mm VOL REN
Tilt: 0.0
23:55:26

BRIVO CT325 SYS#CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

RO: 00

In: 5

DFOV 0.0cm

CEDIMP DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num: 29853

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

M 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024

BRIVO CT325 SYS#CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

RO: 00

In: 6

DFOV 0.0cm

CEDIMP DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num: 29853

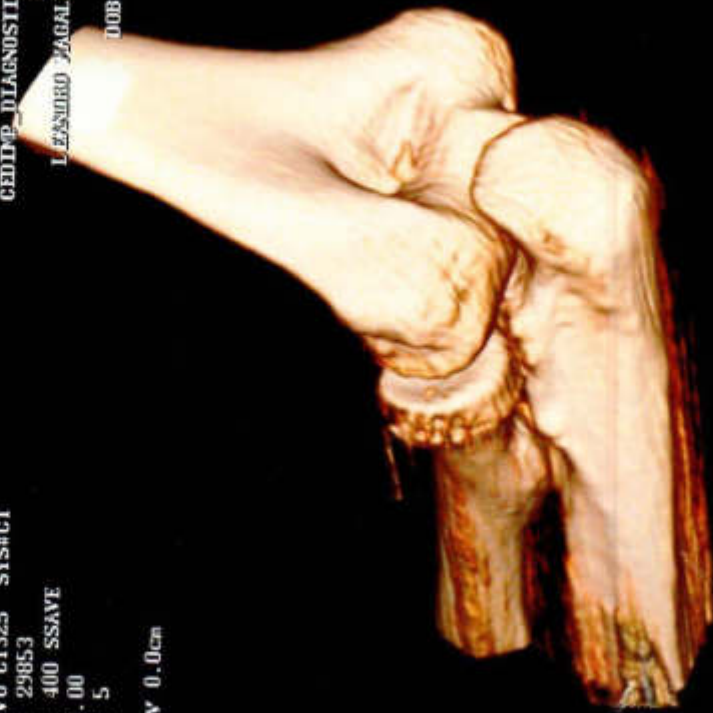
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

M 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00mm VOL REN

Tilt: 0.0

23:55:26

Patient ID:

Age:

Patient Name:

Sex:



2.00mm VOL REN

Tilt: 0.0

23:55:26

BRIVO CT325 SYS#CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

R0.00

Ln: 1

DFOV 0.0cm

CEDIP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num:29853

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

N 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00mm VOLREN

Tilt: 0.0

23:55:26

BRIVO CT325 SYS#CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

R0.00

Ln: 2

DFOV 0.0cm

CEDIP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num:29853

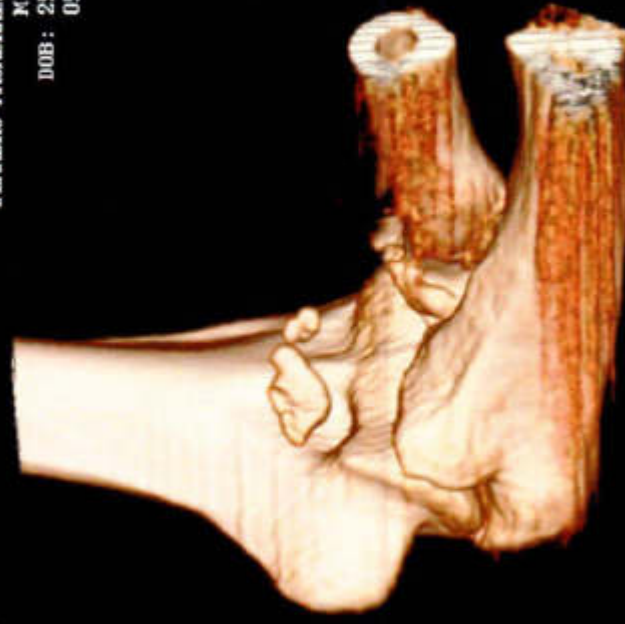
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

N 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00mm VOLREN

Tilt: 0.0

23:55:26

Patient ID:

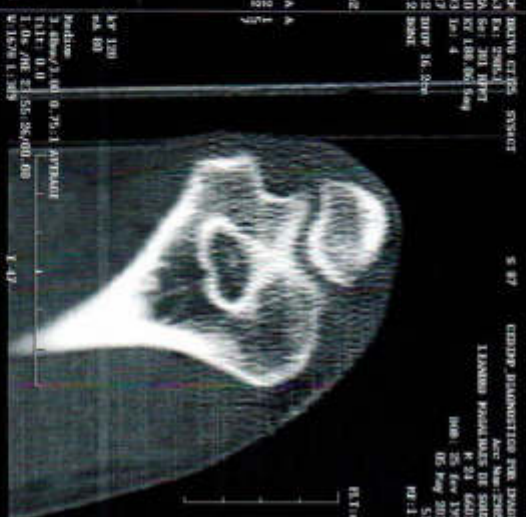
Age:

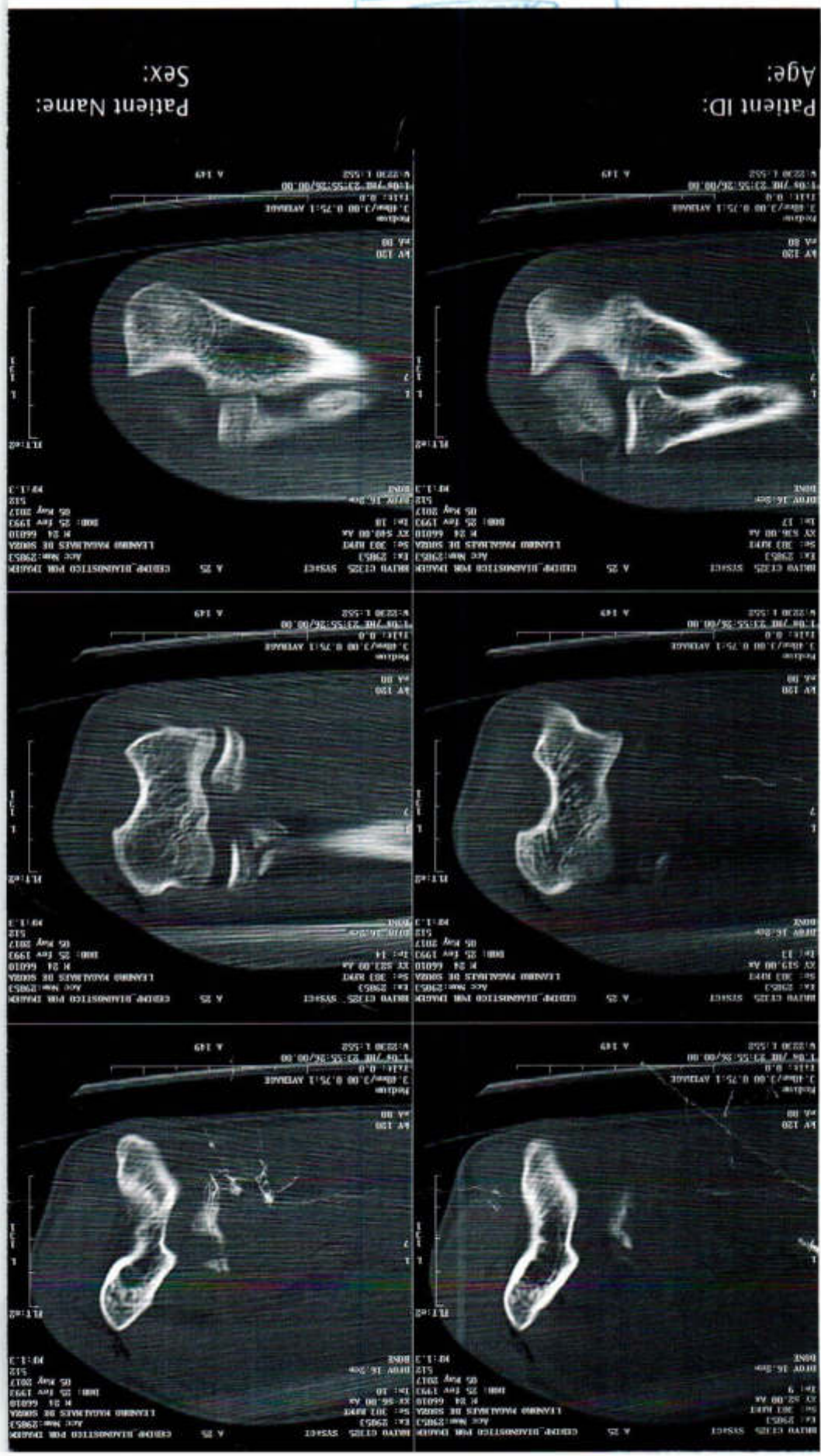
Sex:

Patient Name:









Patient ID:

Age:

Sex:

Patient Name:

BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 60.74 Cor
Is: 3

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1

BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 60.59 Cor
Is: 4

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1



BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 67.45 Cor
Is: 7

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1

BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 68.30 Cor
Is: 8

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1



BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 69.16 Cor
Is: 11

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1

BRIVO CT325 SYSACT
Ex: 29853
Se: 302 RPT
KV 69.01 Cor
Is: 12

S 94

CEDIM DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 Fev 1993
05 May 2017
512
PT: 1.1



BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A79.73 Cor
In: 1
DR: 16.2cm
DONT

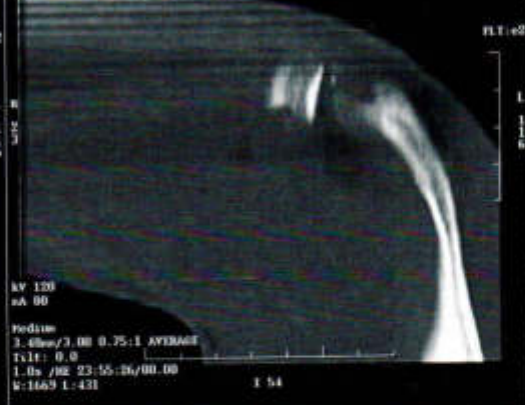
S 94

CEDIP-DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1

BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A62.58 Cor
In: 2
DR: 16.2cm
DONT

S 94

CEDIP-DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1



BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A71.48 Cor
In: 5
DR: 16.2cm
DONT

S 94

CEDIP-DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1

BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A71.48 Cor
In: 6
DR: 16.2cm
DONT

S 94

CEDIP-DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1



BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A83.15 Cor
In: 9
DR: 16.2cm
DONT

S 94

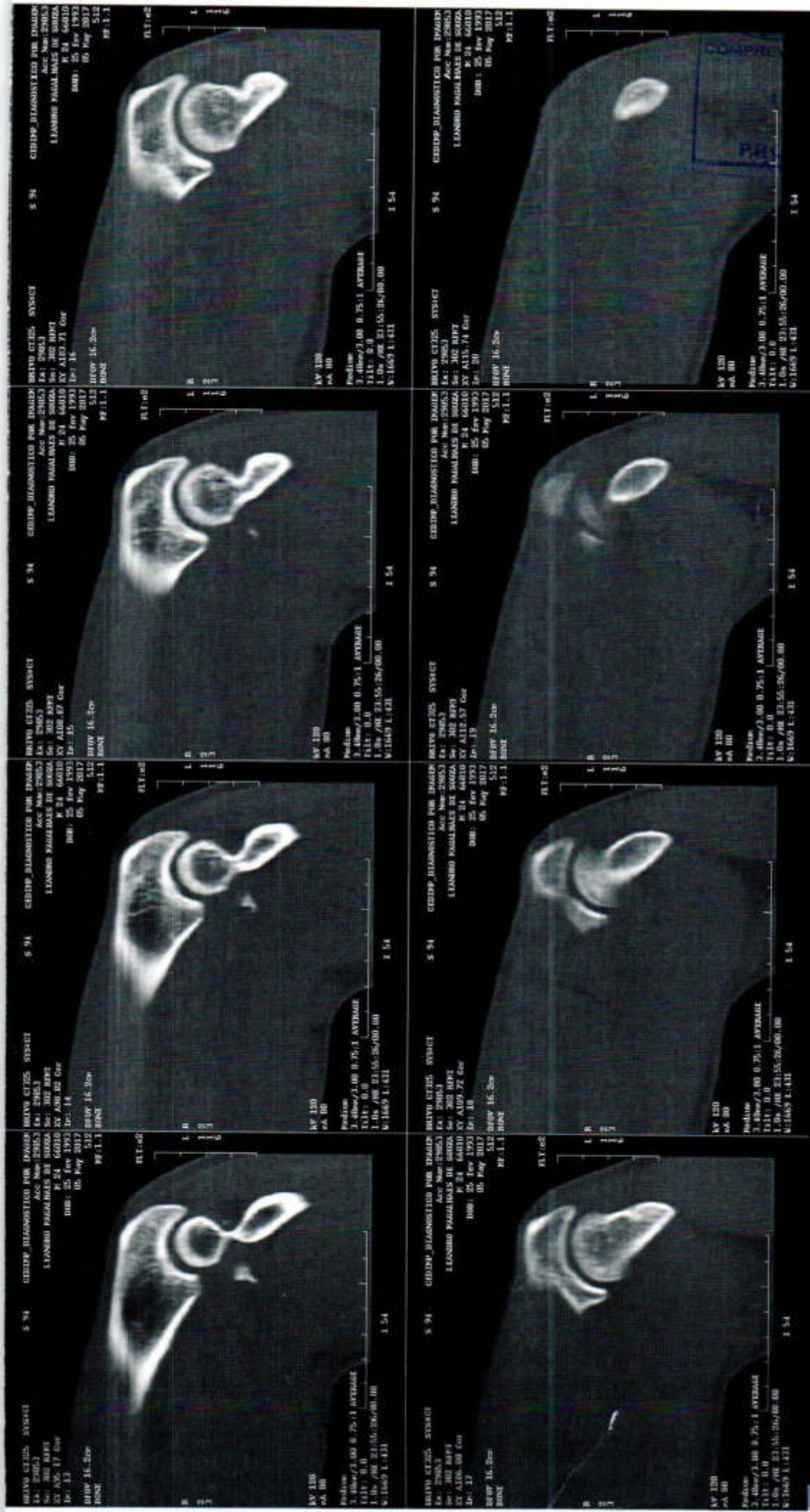
CEDIP-DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1

BRIVO CT25 SYS:CT
Ex: 2905.3
Se: 302 RPT
KV A86.31 Cor
In: 10
DR: 16.2cm
DONT

S 94

CEDIP-DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 2905.3
LEANDRO PAGALHAES DE SOUZA
R 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
512
PF: 1.1





Patient Name:
Sex:

Patient ID:
Age:

RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

Lucas

Atento que o Sr. Leonardo M. GALHÕES DE
SANTANA sofreu acidente de trânsito no
dia 05/05/17 apurando fratura
humeral do lado (E) + fratura cabeça
radio, sendo submetido a tratamento
cirúrgico.

Existe em aumento de volume
do cotovelo (E), limitação para a
pronação a 50°, e Flexo - extensão
do cotovelo (E) e redução da força
muscular do membro.
Presença e presença de fraturas de fratura
fratura no M.S.E.

DATA 18/01/19

ASSINATURA DO MÉDICO

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DO PATRIMÔNIO NACIONAL DE TRAMPO
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODAS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1216051459

NOME
 LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
 31608687 SSP AM

CPF
 983.353.152-53

DATA NASCIMENTO
 25/02/1993

FLUXO
 ARNOLDO BARRETO DE
 SOUZA
 MARIA INES MAGALHÃES
 DE MELO

PERMISSÃO
 0000000000

ACC
 00000000

CAT. FAE
 00

1º REGISTRO
 05272205165

VALIDADE
 05/05/2015

1º REGISTRO
 25/12/2014

OBSERVAÇÕES

Leandro Magalhães de Souza
 ASSINATURA DO INTERESSADO

LOCAL
 RIO BRANCO - AC

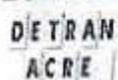
DATA EMISSÃO
 04/01/2015

COPIA: 0000000000
 COPIA: 0000000000
 COPIA: 0000000000

28141651459
 AC406611270

DETRAN - AC (MCE)





Governo do Estado do Acre
Departamento Estadual de Trânsito-DETRAN/AC

Nº Atendimento: 1189782

Operador: LUANA BARBOSA BIZERRA

Dep. de Registro, Licenciamento e Trânsito

Data de Emissão: 09/04/2018 às 14:21:20

Serviço: COMUNICADO DE VENDA DE UM VEÍCULO

Proprietário: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA CPF/CNPJ: 953.353.152-53

Endereço: AVENIDA 7 DE SETEMBRO Nº. 1412 Bairro: CONJ HABITAR BRASIL Complemento: -

Município: RIO BRANCO UF: AC CEP:69.915-378

Placa: MZO9345 Chassi: 9C2KD0510AR026410 RENAVAM: 00223142069 Cor: VERMELHA

Marca/Modelo: HONDA/NXR150BROS MIX ESD Ano Fab/Modelo: 2010/2010 Categoria: PARTICULAR

Dut.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190031613 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA **Data do acidente:** 05/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014302/19

Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

CPF: 953.353.152-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/05/2017

Titular do CPF: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA : 953.353.152-53

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: 14/01/2019
Nome: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
CPF: 953.353.152-53

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERICIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo Nº : 31900 31 613

Vítima: Leandro Magalhães de Souza

Natureza : INVALIDEZ

Prezados Senhores



Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 843,75 com a constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizado pericia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(69) 99347 72 80 / (69) 3 3313 5644

Leandro Magalhães de Souza

Rio Branco/AC 18 de junho de 20 13

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014302/19

Número do Sinistro: 3190031613

Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

CPF: 953.353.152-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/05/2017

Titular do CPF: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

CPF de: Próprio

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: 30/01/2019
Nome: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
CPF: 953.353.152-53

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA