

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

LAUDO MÉDICO

NOME: Leandro Magalhães de Souza

COMPREV PREVIDÊNCIA S
14 JAN 2019
PROTOCOLO
AC-RIO-01-0001

O paciente supracitado apresenta fratura da cabeça
do rádio e ulna coronóide +
luxação da ulna a partir de 05/05/17
ou lá, tendo sido tratado com imobilização
e fisioterapia + redução incremental

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial. Apresenta diminuição
do arco de movimento e fratura com
unha e condilalgie. Impossibilitado
de realizar esforço físico com MSE.

Dra. Lívia dos R. Pereira
2.ª Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1933

CDP: 52.1/553.1

24/05/17



Novo Acre
 Construindo o futuro, preservando o presente.

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 3
 Dipirona 500 mg - 15
 1 comp 8'5*

LP
CA
 Dr. Antônio Carlos Pereira
 Médico Geral
 CRM-AC: 945

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

Governo do Estado do Acre
Secretaria de 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 05,05,17

o qual há tendo sido tratado com
tratamento Conservador

No momento, encontra-se Aguardando Cirurgia (exame
de fratura articular)

CID: 552.1

Dr. Roger Lúcio Chávez Pérez
PRM: Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1904 - AC

Médico

30,8,17

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN 2019

PROTOCOLO



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

UNIDADE: Leandro Nogueira

RECEITUÁRIO MÉDICO

Uso Interno:

1) Truprodene 600mg - 1500
Tomar 01 qd @ 8/8hs, nas 05
diás.

2) Dipiridona 500mg - 3000
Tomar 01 qd @ 6/6hs, se
for.



DATA: 05/17 ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CROMBERG 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
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: Leonardo Rosalino de
Gois

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

foi tratado com fixação
alvo por fio + anti-inflamatório

Nu momento, encontra-se sem acompanhamento

ambulatorial, relato de
melhora no col/velo de
dois meses de tratamento.

cid: 552.0

Rio Branco AC 22/11/17

Rui Ramos dos Santos
CRM/AC 1995

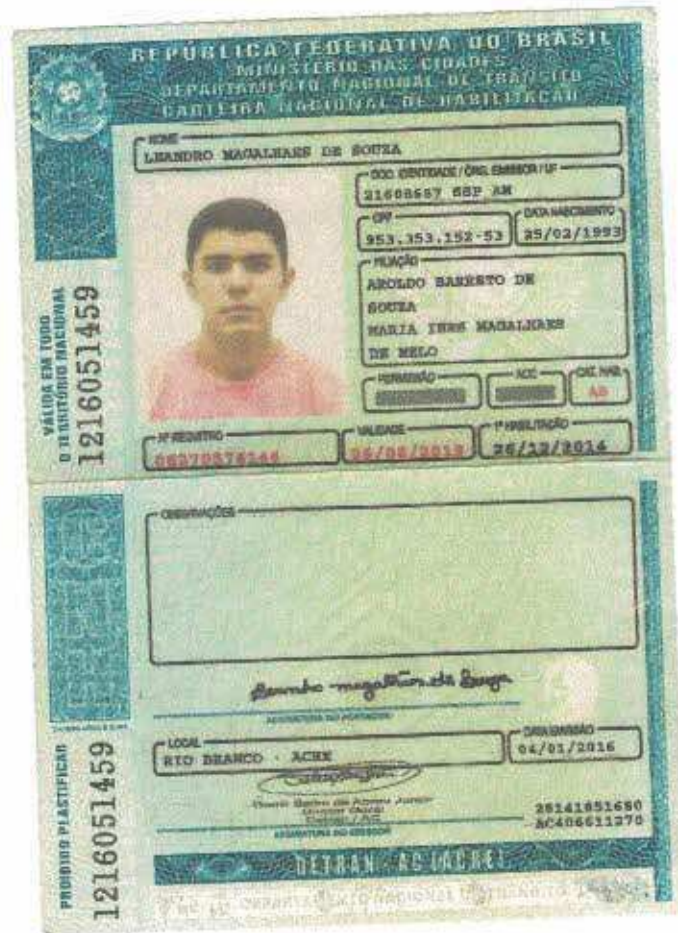




PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato Leandro Magalhães de Souza Brancine, portador autônomo, portador da cédula de identidade n.º 216086812, inscrito no CPF sob o nº 953.353.152-53, residente e domiciliado na Rua Av. São João, Nº 174, Bairro: Cong. Habitar Brasil, CEP 68.915-378 na cidade de Rio Branco/AC, nomeia e constitui como seus procuradores e advogados, **DOUGLAS DIAS DO CARMO** OAB/RO 10022 e **GUSTAVO MUNARIN CAPELASO** OAB/RO 10307, outorgando-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer com ou sem reservas de poderes, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Leandro Magalhães de Souza



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Leandro Magalhães de Souza, Branleir
 inscrita no RG nº 2260868 SSP/AM, CPF nº 953.353.452-53
 residente e domiciliada na rua Av. São João, N.º 74,
 Bairro: Cam. Habitar Granil, na cidade de Rio Branco AC,
 declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta
 demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois,
 para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, previsto no artigo
 98 do Código de Processo Civil c/c Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da
 acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que
 estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no
 artigo 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Rio Branco, 18 / maio / 2020

Leandro Magalhães de Souza



Este documento contém informações confidenciais e deve ser tratado como tal. Não deve ser divulgado a terceiros sem a devida autorização.



OTCE CUIABA MT PL8



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

15802538

63762118



7208288526235391580004153830150318

SINISTRO 3190031613 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Vida e Previdência S/A-Filial Rio Branco-AC**BENEFICIÁRIO** LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 95335315253**Posição em 18-01-2019 15:50:58**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/01/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



OCCORRÊNCIA 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: AROLD BARRETO DE SOUZA e MARIA INES MAGALHAES DE MELO

Data de Nascimento: 25/02/1993

Idade: 24

Naturalidade: PAUINIAM

RG: 21608687 SSP/AC

CPF: 953.353.152-53

Logradouro: AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 1.412 Q 19 CS 22

Bairro: CONJUNTO HABITAT 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:

Vem o comunicante a esta regional registrar que estava pilotando sua moto em um patio 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 S. de Mendonça
DANIEL S. DE MENDONÇA
Agente de Polícia Civil

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
Comunicante/vítima

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...: AROLDI BARRETO DE SOUZA /MARIA INES MAGALHAES DE SOUZA
RESPONSAVEL...: AMIGO-VANDERSON TEL...: 99903836
PROCEDENCIA...: CONJ. TUCUMA COMPREV PREVIDENCIA S/A MIGO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO 14 JAN 2018
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.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA[]

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/

23/05/18 7h Quedo do moto.
Dor em joelho (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. Pa
2 Redução do edema (E)
3 Intervencao

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.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

COPIA

INFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DOUGLAS DIAS DO CARMO e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 28/11/2020 às 16:13, sob o número 07099871720208910001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709987-17.2020.8.01.0001 e código 27BB5C9.



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 de Souza

O paciente supracitado apresenta fratura da cabeça
do rádio e ulna esquerda a partir de 05/05/17
lesão do cotovelo tendo sido tratado com imobilização
e fisioterapia + medicação injuviente

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial. Apresenta diminuição
do arco de movimento e fratura com
unha da mobilidade. Sugere-se
realizar exame físico com RSE.

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

CID: S21.1/SS3.1

24/05/17



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 DO SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fratura Cabeça do
Radio Esquerdo a partir de 05/05/17

ou há _____ tendo sido tratado com
Tratamento Conservador

No momento, encontra-se Aguardando Emergência (Exercício
de fratura de Articul. do

CIP: 5521

Dr. Roberto Magalhães
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

Médico

30/8/17

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Do interna em reclusão

História da Doença Atual: Queixa de uso

História da Doença Anterior:



Exame Físico:

Diagnóstico Provisório: Ex / L x estomago (F) Ex abd

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

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN.
- 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. RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO

Unidade:

ANEXO

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 - HUERB

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H U E R B

2 - CNES

2 0 0 1 5 7 8

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leonio Magalhães do Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ Feme. ☐

10 - RACIA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

COD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

PROTOCOLO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Do + Unstaps Estoulo (E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Crucio

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

Ex físico Radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIA

25 - CID 10 SECUNDÁRIA

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

INFORME ORIGINAL