

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: 14/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAIR DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000051935-4

Nr. da Autenticação 7D18167142402811

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAIR DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000051935-4

Nr. da Autenticação CB68A42FF379E97C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190192903

Cidade: Porto Acre

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NAIR DOS SANTOS COSTA

Data do acidente: 12/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do punho direito, fratura exposta de região distal de radio e ulna direitos em decorrencia de trauma por colisão de motocicleta com vaca no dia 12/07/2018

Descrição do exame físico: Vítima com o membro superior direito em tipoia, apresenta cicatriz de cirurgia no punho direito, punho direito e mão direita algo edemaciados, deformidade do dorso do punho direito, semianquiose do punho direito, punho direito em flexão permanente, redução da força muscular do membro superior direito; sensibilidade cutanea da mão direita e punho direito diminuida; movimentos do punho direito, mão direita e dedos da mão direita bastante limitados, mão direita e punho direito algo dolorosos á palpação

Resultados terapêuticos: Vitima de colisão de motocicleta com animal (vaca), tendo sido encaminhada ao PSA/HUERB, onde foi diagnosticado fratura exposta de punho direito, meedcada com antiinflamatorios, analgesicos, sendo submetida a cirurgia ortopédica com fixadores externos, permanecendo internada no HUERB até o dia 19/07/2018, quando recebeu alta e foi encaminhada ao ambulatorio de Ortopedia da FUNDHACRE (Hospital das Clinicas), tendo realizado sessões de fisioterapia por quatro meses, sendo medicada com analgesicos e antiinflamatorios por quinze dias,estando aguardando reavaliação ortopedica

Sequelas permanentes: Conforme descrito no exame físico a vitima apresenta deficits funcionais permanentes como deformidade do punho dirreito, semianquiose do punho direito, limitação de movimentos do punho direito, mão direita e dedos da mão direita

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: HOUVE AGRAVAMENTO

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 punhos	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190192903 **Cidade:** Porto Acre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAIR DOS SANTOS COSTA **Data do acidente:** 12/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE RÁDIO E ULNA DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (16 E 17)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190192903

Nome do(a) Examinado(a): NAIR DOS SANTOS COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): RM DO CAPELÃO, 1621 - Porto Acre/AC -
CEP 69927-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 06196911704 - DETRAN

Data e Local do Acidente : 12/07/2018

Data e Local do Exame : 26/04/2019 RUA FRANCISCO MANGABEIRA, 253 -
SALA 11 - RIO BRANCO/AC - CEP 69900-688

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta do punho direito, fratura exposta de região distal de radio e ulna direitos em decorrencia de trauma por colisão de motocicleta com vaca no dia 12/07/2018

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

Vítima de colisão de motocicleta com animal (vaca), tendo sido encaminhada ao PSA/HUERB , onde foi diagnosticado fratura exposta de punho direito, meeidcada com antiinflamatorios, analgesicos, sendo submetida a cirurgia ortopédica com fixadores externos, permanecendo internada no HUERB até o dia 19/07/2018, quando recebeu alta e foi encaminhada ao ambulatorio de Ortopedia da FUNDHACRE (Hospital das Clinicas), tendo realizado sessões de fisioterapia por quatro meses, sendo medicada com analgesicos e antiinflamatorios por quinze dias,estando aguardando reavaliação ortopedica.

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

Vítima com o membro superior direito em tipoia, apresenta cicatriz de cirurgia no punho direito, punho direito e mão direita algo edemaciados, deformidade do dorso do punho direito, semianquiloze do punho direito, punho direito em flexão permanente, redução da força muscular do membro superior direito; sensibilidade cutanea da mão direita e punho direito diminuida; movimentos do punho direito , mão direita e dedos da mão direita bastante limitados, mão direita e punho direito algo dolorosos á palpação.

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

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

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

Conforme descrito no exame físico a vítima apresenta déficits funcionais permanentes como deformidade do punho direito, semianquilose do punho direito, limitação de movimentos do punho direito, mão direita e dedos da mão direita.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

punho direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

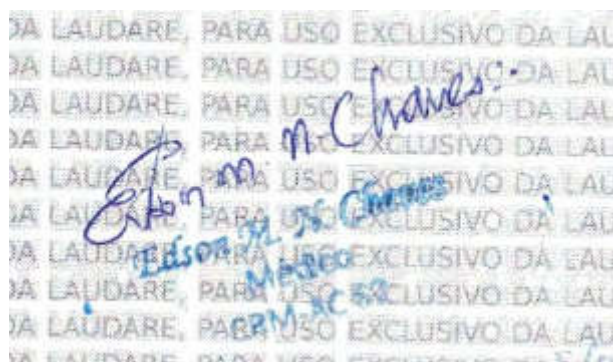
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

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

Vítima de acidente por colisão de motocicleta com animal (vaca) no dia 12/07/2018, tendo sido conduzida ao PSA/HUERB, onde foi submetida a cirurgia ortopedica com fixadores externos, permanecendo oito dias internada no HUERB, posteriormente sendo encaminhada ao ambulatorio de Ortopedia do Hospital das Clinicas (FUNDHACRE), tendo sido medicada com analgesicos e antiinflamatorios, tendo reazliado sessões de Fisioterapia, por quatro meses. Apresentou laudo médico assinado por ortopedista, datado de 22/03/2018, prontuario de internação no HUERB no periodo citado, radiografia apresentando fraturas consolidadas da região distal da ulna e rádio.



EDSON MESSIAS DO NASCIMENTO CHAVES CRM :
62 / UF :AC

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2567412 DATA: 12/07/2018 HORA: 20:32 USUARIO: TAMBORINI
CNS: 705007200492251 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : NAIR DOS SANTOS COSTA DOC.: CNH
IDADE.....: 36 ANOS NASC: 13/03/1982 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: RODOVIA AC 10 KM 35 NUMERO:
COMPLEMENTO...: VEIO DE SAMU BAIRRO:
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: ANTONIO LOURENÇO DA COSTA /CLARA FERREIRA DOS SANTOS COSTA
RESPONSAVEL...: IRMA- MARIA IVANI TEL....: 99908 3660
PROCEDENCIA...: MUNICIPIO PORTO ACRE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[127 X 79 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[71 bpm] SPO2[97%]

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

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

DADOS CLINICOS: sem color cervical DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 12/07/2018

Paciente trazida pelo socorro, deambulando, vítima de colisão moto x vaca, com
umobilização por sola malleolar em punho e entorseção. (A) VA prévia, sem dor na
coluna cervical (B) Tórax simétrico, sem enfisema subcutâneo, NV + J/PA, (C) BCNF,
RCE 2T, pulso estável, abdome flácido s/dor à palpação, s/ sinais de vult. perit. no momento

QRS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
(D) ECG 15/15, pupilas isocóricas e fotofórgicas (E) Fractura exposta em punho
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] refere dor à palpação da
região articular

DIAGNOSTICO: Fractura exposta em punho D CID:

Rx punho D / TÓRAX PRESCRICAO

Tilatil 1 amp (EV)

Dipiridna 1 amp (EV)

Oxasolina 1g (EV)

Liberada da cirurgia - Analgesia pela ortopedia



HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA Luis Okimura ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

As 20:32 hs. paciente admitida nesta unidade procedente
de via pública conduzida pelo SAMU, vítima de colisão
moto/vaca, com trauma em MSQ. Tec. Enf. Fe mais
As 22:00 HS paciente admitida na obs Trauma, LOTE, portan
do AUP em MSE, em soroterapia, sob cuidados da
policia

Ortopedia AS Orlao ALA.

Paciente vindo do polo de trauma via queixas de dor no
punho direito, após trauma noturno. (Acidente de trânsito
como x-vou).
Em lesão traumática com fratura distal + deslocada
no punho direito.

Px: Fratura pilular do punho direito, com fratura
distal ulnar.

Imx: Fratura da radio e ulna distal exposta.

Ortopedia

- Fixador externo.

Al: 30' de internação com compressão e imobilização ortotica.



Alizio Junior
Médico
CRM-2061

Posto Santa Maria
Epidemiologia
Cidade de São Paulo

SANE / HUERS
CÓPIA

COMPANHIA ORIGINAL

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 91229
Numero do CNS.....: 705007200492251
Nome.....: NAIR DOS SANTOS COSTA
Documento.....: CNH Tipo :
Data de Nascimento: 13/03/1982 Idade: 36 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: ANTONIO LOURENÇO DA COSTA
Nome da Mae.....: CLARA FERREIRA DOS SANTOS COST
Endereco.....: RODOVIA AC 10 KM 35 VEIO DE SAMU
Bairro.....: Cep.: 00000-000
Telefone.....: 99908 3660
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2567412
Clinica.....: 007 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "A"
Leito.....: 999.0116
Data da Internacao: 12/07/2018
Hora da Internacao: 21:02
Medico Solicitante: 811.222.412-91 - ALUIZIO ALVES PEREIRA JUNIOR
Proced. Solicitado: 04.08.02.043-1
Diagnostico.....: S52.3
Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / MUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Código Solicitação: 248623659

Número AIH: 121810029145-2

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**Unidade Solicitante:**

HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

Unidade Executante:

HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV NACDES UNIDAS - 700 - - BOSQUE**Central Reguladora****Data de Solicitação****Data de Autorização****Data de Reserva****Data de Internação****Data Prevista de Alta****Data de Alta****Motivo da Alta**

CENTRAL ESTADUAL - AC

13.07.2018 - 16:29:42

18/07/2018 - 15:19:27

19.07.2018

12.07.2018

13.07.2018

20/07/2018 - 11:39:24

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2001578

CNES:

2001578

Município Executante

RIO BRANCO

Operador

SOL.HUERB-INGRID

Operador

REG-ROSSANA

Operador

EXEC-INGRID-HUERB

Operador

EXEC-INGRID-HUERB

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

705007200492251

Nome do Paciente

NAIR DOS SANTOS COSTA

Nome da Mãe

CLARA FERREIRA DOS SANTOS COSTA

Sexo:

FEMININO

Data de Nascimento:

13/03/1982 (36 anos)

Tipo Logradouro:

RODOVIA

Número:

47

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(68) 99976-1009 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:**

CPF do Médico Executante:

24849668810

Diagnóstico Inicial - CID:

S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

CANCELAMENTOS DE AUTORIZAÇÕES**Dt.Reserva**

14.07.2018

Unidade

HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS

DE RIO BRANCO

Operador

Sistema

Motivo Cancelamento

Não Internou na data

prevista

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

DOR NO PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + ANAMNESE

Condições que Justificam a Internação:

DEU ENTRADA DIA 12/07/2018 ESTA INTERNADA NA CCB MACA 7 BE:2567412

PARECER**Motivo de Impedimento do Regulador:****Nome Social/Apelido:**

Naturalidade:

RIO BRANCO - AC

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

TRANSACREANA

1/714

Bairro:

AYRTON SENA

Município de

Residência:

RIO BRANCO

Complemento:

CEP:

69911-880

UF:

AC

AC

Nome do Médico Solicitante:

DR.ALUÍZIO

Nome do Médico Executante:

MARCO AURELIO BRANCO

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020431



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - [] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ/EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CSOR

38 - [] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[] EMPREGADO

[] EMPREGADOR

[] AUTÔNOMO

[] DESEMPREGADO

[] APOSENTADO

[] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

[] CNS

[] CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Código 248623659

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO
Município Regulador

CENTRAL ESTADUAL - AC

Data Descoberta

CNS

705007200492251

Nome do Paciente

NAIR DOS SANTOS COSTA

Sexo:

FEMININO

Data de Nascimento:

13/03/1982 (36 anos)

Nome da Mãe:

CLARA FERREIRA DOS SANTOS COSTA

Tipo Logradouro:

RODOVIA

Número:

47

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(68) 99975-1009 [Exibir Lista Detalhada]

Nome do Responsável:

Não informado

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO - S82.3

Classificação de Risco

urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOMATELTRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

DOR NO PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE

Principais Resultados de Exames Diagnósticos:

EXAME FÍSICO + ANAMNESE

Condições que Justificam a Internação:

DEU ENTRADA DIA 12/07/2018 ESTA INTERNADA NA CCS MACA 7 BR:2567412

Natureza da Lesão

Situação:

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

CNEB:

2001578

Unidade Descoberta:

HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

CNEB:

2001578

Nome Social/Apelido:

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

RIO BRANCO - AC

Logradouro:

TRANSACREANA 1/714

Bairro:

AYRTON SENA

Município de Residência:

RIO BRANCO

Complemento:

CEP:

69911880

UF:

AC

Telefone do Responsável:

Não informado

Nome do Médico Solicitante:

DR. ALUIZIO

Status da Solicitação:

PENDENTE

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020431

Situação:

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

Operador Solicitante:

SOLHEIBB-INGRID

CRM

Data

13.07.2018 - 16:29:42

Data da Extração dos Dados: 13/07/2018 16:29:42

Nova Solicitação Imprimir



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Novo Acre

UNIDADE:

NOME: Neia dos Santos Costa

IDADE: 36 B.E.:

OBSERVAÇÃO

LEITO: M O /

[illegible]



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

digitado e impresso em: 13/07/2018 às 12:56:03



HUERB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

LEITO

NAIR DOS SANTOS COSTA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

M07

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIUT 12/07/18</p> <p>FX EXPOSTA DE RADIO E ULNA DISTAIS DIREITO.</p> <p>LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO</p> <p>AO EXAME APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO NÃO REALIZADO POR DOR</p> <p>SOLICITO RX DE CONTROLE.</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SND</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 500 500</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H 16 16 22 24</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 24</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIÁRIO</p> <p>10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 16 20 24</p> <p>11. GENTAMICINA 240 MG+ SF 500ML IV 1X DIA 16</p> <p><i>Relatou</i></p> <p><i>Paulo Marcelino Jr. Farmacologia CRMAC 227</i></p>		<p>- 07:00 - cliente - LOTE, sup. atual comunicação a - fez sua higiene pela, realizou suntivo, meche com. Fez, beber com: 480-500 em tempo: - AVP na jugular Fez, beber com: 480-500 16:00 - 600ml sem entes - venenos, Fez - beber. com. 480-500</p> <p>16:04:00 paciente exolui expirativo, afetado, sem quebra, medicados com Fe para com 6352187</p>



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

digitado e impresso em: 14/07/2018 às 11:50:21



REGISTRO

IDADE

CLÍNICA

LEITO

PACIENTE
NAIR DOS SANTOS COSTA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

M07

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DVIDT 12/07/18 FX. EXPOSTA DE RADIO E ULNA DISTAIS DIREITO. LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR EXTERNO AO EXAME APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO NÃO REALIZADO POR DOR SOLICITO RX DE CONTROLE.	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8H 11. GENTAMICINA 240 MG + SF 500ML IV 1X/DIA Paulo Marcelino S. Jr. Pm. Ortopedia e Traumatologia CRM 2717	12/07/2018 12/07/2018	As 07:00 recebido Pot-ostável, com este, comunicativa apertado, demonstrando euforia alegria e media da vontade de se vestir, acitamento adiante de tudo, com fisiologia presente, tornando no trabalho longo e sempre positivo realizado em 70% em 70% a 70% Marta Nogueira Téc. de Enfermagem CORENIC - 525181

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 16/07/2018 às 13:52:17

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

NAIR DOS SANTOS COSTA

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

177

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIOT 12/07/18</p> <p>FX EXPOSTA DE RADIO E ULNA DISTAISDIREITO.</p> <p>LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO</p> <p>AO EXAME APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO NÃO REALIZADO POR DOR</p> <p>SOLICITO RX DE CONTROLE.</p> <p>PASSAR O CASO PARA DR FRANCIS.16/07/18</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SND</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 590 500 500</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/8H 10/16 2204</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H (SN)</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H (SN)</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OK</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. SINANS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIVIRIO 10</p> <p>10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8H 12 2004</p> <p>11. GENTAMICINA 240 MG+ SF 500ML IV 1X DIA 12</p> <p>Paulo Marcelino S. Jr. FPM Ortopedia e Traumatologia CRM 2717</p>		<p>das 10 as 17:00 h</p> <p>FACT segue egima, DU -</p> <p>entada, com FA: 110x70</p> <p>mm Hg, acuta medicação</p> <p>dieta oferecida, diu</p> <p>igiente, realizado, curativo</p> <p>FACT com Dúvida nate more -</p> <p>n to - Guimel 6833 14 AC</p> <p>17/07/18 22:00h</p> <p>Paciente em evolução</p> <p>afirma-se estar</p> <p>em fase de cura</p> <p>no período de</p> <p>em o curativo</p> <p>17/07/18 22:00h</p> <p>17/07/18 22:00h</p>

SANE

HUERB

DATA

CONFORME ORDEM



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

digitado e impresso em: 17/07/2018 às 16:12:05

HUERB
Sistema de Registro de Boas Práticas

REGISTRO

PACIENTE

NAIR DOS SANTOS COSTA

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

174

EVOLUÇÃO		PREScrição	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	--	------------	---------	-------------------------

DIVDT 12/07/18

FX EXPOSTA DE RADIO E ULNA
DISTAIS DIREITO.

LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR
EXTERNO

AO EXAME APRESENTA EDEMA 2+/4+
NEUROLÓGICO E PERFUSÃO NÃO
REALIZADO POR DOR

SOLICITO RX DE CONTROLE.

PASSAR O CASO PARA DR
FRANCIS. 16/07/18

1. DIETA VO LIVRE

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

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/8H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN

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

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H

11. GENTAMICINA 240 MG+ SF 500ML IV 1X DIA

04.30w. O paciente, foi me-
dicado e não sofreu nenhuma re-
ação. Foi realizada a perfusão de
Zic. e Remédio de raio-
X. 16.08.2018.

Pablo Marcolino S. Jr.
RPM - Registro Profissional
CBO 2217

SANE / HUERO
COMPROVAÇÃO DE REGISTRO



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

digitado e impresso em: 18/07/2018 às 15:54:33

HUERB
Assessoria Técnica
Responsável por Sistema

REGISTRO

PACIENTE

NAIR DOS SANTOS COSTA

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

174

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIOT 12/07/18</p> <p>FX EXPOSTA DE RADIO E ULNA DISTAISDIREITO.</p> <p>LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO</p> <p>AO EXAME APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO NÃO REALIZADO POR DOR</p> <p>SOLICITO RX DE CONTROLE.</p> <p>PASSAR O CASO PARA DR FRANCIS.16/07/18</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SND</p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H 800 + 800</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H 10 16 + 22 24</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA DNT</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIÁRIO 12 14 16 18</p> <p>10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H</p> <p>11. GENTAMICINA 240 MG+ SF 500ML IV 1X DIA 18</p>		<p>17:00 - realizado curativo e fixação com gaze e curativo. 18-51</p> <p>05:00 Pac PA=120x80 mmHg. dormiu no momento não reportar avermelhada. Risco alto</p>

Paulo Macielino S Jr
RPM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2217

SANEAMENTO

COMUNICAÇÃO



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 00:45 SALA 02 DATA 13/07/18
NOME DO PACIENTE Nair dos Santos Costa ID 36 anos
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (x) AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS (x) Blequio
INÍCIO DA ANESTESIA 01:35 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
PROCEDIMENTO REALIZADO Limpeza urinária + fixação uretina
INÍCIO DA CIRÚRGIA 01:45 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 02:30
CIRURGIÃO Dr. Antonio Inacio, Dr. Roberto AUXILIAR(ES) Dr. Aluizio
ANESTESISTA Dr. Glaucio INSTRUMENTADOR Socorro
CIRCULANTE Andruia, Fatima ENF Paulo

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 40 x 12 - 1	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA ✓
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES ± 150 un.
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 20cm - 5	GORRO 01
DILUENTE 1:1	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 ✓
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 ✓
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN 1g - 11	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 01
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 23 - 1
LIDOCAÍNA 2%	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 01
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10un.	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 200ml
PAVULON	ELETRODOS 5	POVIDINE TINTURA 180ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 3	PROPE 01
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO ± 30cm	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML 1
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO 1	FRALDA 1	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 1
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML ✓
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON 2-0 111	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
S.F. 0,9% p/ lavar 10un.	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 01:30	HORÁRIO: 02:00	HORÁRIO: 02:30
PA: 128/76 mmHg	PA: 115/59 mmHg	PA:
FC: 104 bpm	FC:	FC:
SPO2: 100%	SPO2: 99%	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 094302 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO C888A BARTORI - LINEA
RADIOUMERO T200 - BATERIA

Fabrico.: 15/01/2018 Val.:01/2023

Registro ANVISA Nº:80083650031

Material: Aço Inox / Alumínio

Luis Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.881.823/0001-00 - R. do Claro / SP
Tel: +55 19 3836-1910 - comercial@bartori.ltda.br

Fuxador de Punks - 1 un

SANE / HUENB
CÓPIA
CONFERTE ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade: HUARB

RELATORIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Neir Dos Santos Costa

IDADE: 36 OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta do rádio e ulna distais lado direito.

CIRURGIA PROPOSTA: Revisão Cirúrgica + PVP + Placa

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Idem

CIRURGIA REALIZADA: Idem

DATA:

13/01/18

CIRURGIÃO:

Dr. Antonio M.

1º AUXILIAR:

Dr. Robinson / Dr. Acutis

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

D. Gomes

ANESTESIA:

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM (☒) NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM (☒) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(☒) ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

O paciente com fratura exposta do rádio e ulna distais lado direito.

Revisão Cirúrgica + PVP + Placa

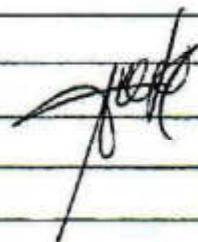
2. Tempo de cirurgia exatista no ponto de vista
com 5 R, 9%.

4. mobilidade fixada externa.

5. Controlo respiratório de

6. Wrote este mt.

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL



Aluizio Júnior
Médico
CHM-2061

SUS



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Nair dos Santos Costa Idade: 36 Sexo: F Registro / BE: 567412

Sector proc: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI

Altura: 1,50 m Peso: 85 kg PA (mmHg): 80 P (bpm): 80 FR (irpm): 20 Tax (°C): 36 Sat O₂ (%): 98 Grupo Sgneo: O+ Fator Rh: -

Hm: 1,50 m Ht: 1,50 m Hb: 12 g/dl Leuco: 10.000 Glicose: 100 mg/dl Uréia: 10 mg/dl Creatinina: 0,8 mg/dl BT / BD / BI: 0 TGO / TGP: 0

Diagnóstico Pré-Operatório: Ampliação de mama - D1 R1

Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite ☐ MV: normal Complacência: OK

ACV: normal ECG: normal Alegras: normal

Ap. Digestivo/Dentes: normal Pescoco: normal Peças Dent: normal

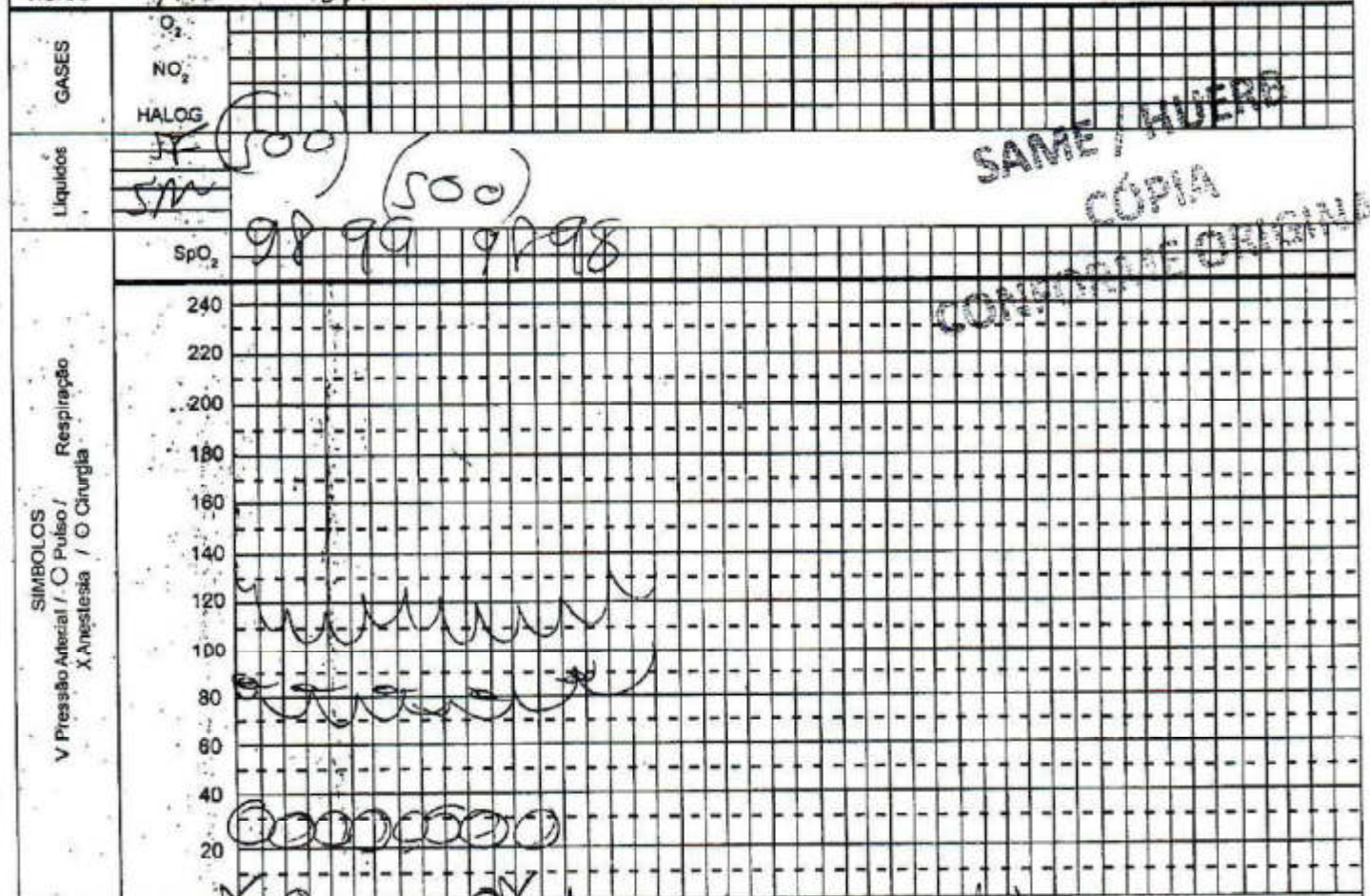
Ap. Urinário: normal Drogas em Uso: U.P.M.

Estado Mental: normal

Anestésias Anteriores: 2h 2h30 3h ASA: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Risco: baixo

Medicação Pré-anestésica: 2h 2h30 3h Hora: 1h30 Efeito: OK

HORA: 1h30



SAME / HUERE
CÓPIA

COMPROVANTE ORIGINAL

1º MA 100mg 100mg

2º ETN 100mg

3º ETN 100mg

4º Bupivacaine 1,5% 850mg

5º Atropina 1mg

6º Atropina 1mg

7º Diprione 1mg

8º Atropina 1mg

9º Atropina 1mg

10º Atropina 1mg

DROGAS ADMINISTRADAS

Técnico: Dr. J. J. J.

Cirurgião: Dr. J. J. J.

Cirurgião Auxiliar: Dr. J. J. J.

Obs: Dr. J. J. J.

Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo): Dr. J. J. J.

Monitorização: ECG + SpO₂ + PPZ

Ap. Resp: MA

Ap. CV: MA

Cláudio Bastos Mesquita Santos
Médico Anestesiologista
CRM/AC 1238 CRM/RJ 3178
TEL 504 44 924

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: SUELY EMANOELA RAMOS DE AGUIAR (EME)
Requisicao: 18.PC.2.007869
Num. do BE: 02567834

Idade...: 21A
Requis.: 16/07/2018

US. Origem.: HUERB/PS CC-15
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	4,04	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,90	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	34,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	35,10	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.500	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	170	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	255	mm3	
Segmentados:.....	85	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	7.225	mm3	
Linfocitos:.....	5	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	425	mm3	
Monocitos:.....	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	425	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 16/07/18 as 07:56 Coleta: 16/07/18 as 04:56-1a. Via Impressa: 16/07/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 MINUTO E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	6 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	198.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 16/07/18 as 07:57 Coleta: 16/07/18 as 04:56-1a. Via Impressa: 16/07/18

SAME / HUERB
COPIA
CONFIRMADA

Alexandre Passos da Silva
Farmaceutica - Bioquimico
CRFAC 009

174

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: NAIR DOS SANTOS COSTA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.010721
Num. do BE: 02567412

Idade...: 36A
Requis.: 13/07/2018

US. Origem.: HUERB/ps *CCB*
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Remacias (em milhoes):...	3,71	mm3
Hemoglobina:.....	11,80	g/dL
Hematocrito:.....	31,00	%
VCM:.....	84,90	fL
HCM:.....	31,90	pg
CHCM:.....	37,60	g/dL

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.700	/mm3
Basófilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Eosinófilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Mielócitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Metamielócitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	%
Sastos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Segmentados:.....	68	%
Valor Absoluto:.....	6.596	mm3
Linfócitos:.....	24	%
Valor Absoluto:.....	2.328	mm3
Monócitos:.....	8	%
Valor Absoluto:.....	776	mm3
Blastos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Observacao:.....		

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %

VR: 2 a 4 %

VR: 0 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 5 %

VR: 54 a 64 %

VR: 21 a 35 %

VR: 4 a 6 %

VR: 0 %

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 14/07/18 as 08:30 Coleta: 14/07/18 as 06:43-1a. Via Impressa: 14/07/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 1 MINUTO E 15 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao:..... 5 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:.... 166.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3
Francisco C. A. Menezes
Biotecnico
COPASA - 4 nº 780 - PA

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 14/07/18 as 08:30 Coleta: 14/07/18 as 06:43-1a. Via Impressa: 14/07/18

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Doer no ponto D

História da Doença Atual: Paciente com queixa de dor no ponto D. História mais recente de fratura (quela x 100). Por traumatismo em outros pontos.

História da Doença Anterior:

Exame Físico: Dor no ponto D; dor no ponto D; dor no ponto D.

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Fratura exposta do 1º dente e 2º dente.

Motivo da Cobrança: 12

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 410229 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/02/01

NOME NAIR DOS SANTOS COSTA

FILIAÇÃO ANTONIO LOURENÇO DA COSTA
CLARA FERREIRA DOS SANTOS COSTA

NATURALIDADE RIO BRANCO-AC DATA DE NASCIMENTO 13/03/1982

DOC ORIGEM CERT NASC 1627 LIV 6A FLS 125 CART RIO
BRANCO AC

LEI N° 7.110 DE 25/08/83

2 30

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR 7910

PROTOCOLO

AC-RIOBRANCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAMUNDO HERMINIO DE MELO



Clair dos Santos Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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: 730.102.532-87 Nome completo da vítima: Naiz dos Santos Costa

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

Nome completo: Naiz dos Santos Costa CPF: 730.102.532-87

Profissão: servente Endereço: Rua do Espinho, 1 Eixo Número: 1621 Complemento: 6º andar

Bairro: Rural Cidade: Paro Alto Estado: Alagoas CEP: 57.927-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (68) 99607-3359

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)

AGÊNCIA: 0534 CONTA: 519,35 (4)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 extensão das sequelas 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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR 2019

PROTOCOLADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou 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 - Alagoas, 25/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Naiz dos Santos Costa

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.**



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DE PORTO ACRE - PORTO ACRE - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031480/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/10/2018 09:10 Data/Hora Fim: 19/10/2018 09:51
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Pedro Paulo Silva Buzolin

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Geral de Polícia Civil de Porto Acre
Data/Hora do Fato: 12/07/2018 18:10

Local do Fato

Município: Porto Acre (AC)
Logradouro: Ramal do Açaí, Km 07

Tipo do Local: Área Rural



Bairro: Vila do V

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NAIR DOS SANTOS COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 13/03/1982
Profissão: Zelador Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Clara Ferreira dos Santos Nome do Pai: Antonio Loureço da Costa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 410229
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 790.102.532-87

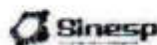
Endereço

Município: Porto Acre - AC Nº: 1621
Logradouro: Ramal do Capelão CEP: 69.927-000
Bairro: Porto Acre
Telefone: (68) 99607-3359 (Celular) (68) 99922-3942 (Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0990328414	Placa MZW2977
Número do Chassi 9C2JC30708R235781	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor Preta	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Nair dos Santos Costa	Possuidor



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031480/2018

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante/ Vítima relata que estava retornando para sua residência, quando de repente surgiu um animal na pista (GADO) na altura do Km 07 do Ramal do Açaí, que a vítima não conseguiu desviar vindo colidir contra o animal (GADO), causando fratura exposta na mão direita, a parte frontal da motocicleta ficou totalmente danificada. A vítima foi conduzida pela viatura do Samu para o PS em Rio Branco- Acre. Diante disso deixa as autoridades informadas.

ASSINATURAS

Edicleia Guimarães de Souza
Responsável pelo Atendimento

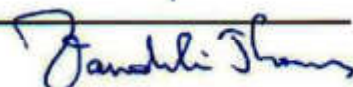


Nair dos Santos Costa
(Comunicante / Vítima)

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

No simp

Pedro Paulo Silva Buzolin
Delegado(a) de Polícia



DPE - B01590/18

02 RUA AVENIDA CRUZAMENTO, RODOVIA KM, TRAVESSIA DE RODOVIA

Ramal do Acre km 04 Vila do U Porto acre

03 MUNICÍPIO

Porto acre

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

Proximo ao colégio do T

06 HORA DA OCORRÊNCIA

15:00

07 ZONA RURAL / URBANA

8

08 DATA

12/07/18

09 DIA DA SEMANA

Quinta

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

01

15 N° DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Naun dos Santos Costa

17 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

18 NASCIMENTO

13/03/82

19 ENDEREÇO

Ramal do Acre km 07 S/N, Vila do U Porto acre

20 1ª HABILITAÇÃO

06/10/2014

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

0619694704

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

Honda CG 125 Fan

28 ESPÉCIE

motocicleta

29 PLACA

MZW-2977

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Edmundo Nonato Rosa do Nascimento

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2JC30708R235781

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

36 AVÁRIAS

A parte frontal da moto ficou danificada.

38 SENTIDO QUE TRAVEGAVA

Vila do U para o colégio do T

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no local.

37 CARRO 

38 MOTO 

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO


SIM ☐


NÃO ☐

62 AVÁRIAS

64 SENTIDO QUE TRAVEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

63 CARRO 

65 MOTO 

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

Paula Maria Costa Rodrigues

71 ENDEREÇO

Rua 24 Jurema Potiamento Jardim

75 NOME

Paula Maria Costa Rodrigues

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

04/03/90

73 ÓRGÃO EMISSOR

SSPAC

74 UF

AC

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

79 IDENTIDADE Nº

PROT 2019
AG. RIO BRANCO
499964

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

4 MAR 2019

Alexandre Sousa da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

82 NOME Maíra dos Santos Costa	83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 13/03/82
85 ENDEREÇO Rua do Acaí km 07 Vila do V	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº 01
88 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	90 CONDUZIDA PARA Foi conduzido pelo Samu pl Rio Branco
91 NOME Maíra dos Santos Costa	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO 13/03/82
94 ENDEREÇO Rua do Acaí km 07 Vila do V	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº <input type="checkbox"/>
97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input checked="" type="checkbox"/>	99 CONDUZIDA PARA <input checked="" type="checkbox"/>

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Diagrama do acidente com pontos de impacto e trajetórias. O diagrama é uma grade de pontos com algumas células marcadas com 'X' e linhas desenhadas para representar o movimento dos veículos. Há uma seta indicando a direção de um veículo.

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 18/10/18

Alessandra Souza da Silva
Técnica Administrativa
Coord. de Engenharia de Tráfego
DETRAN/AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

- Segundo a vítima, ela já estava na pista no momento do acidente, quando surgiu um animal na pista (bêta), onde ela viu a colisão no animal, provocando a manobra de fuga, sendo provocada a queda. Logo após encaminhada pelo SAMU para o Rio Branco. Informo ainda que a parte frontal da moto ficou danificada.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA OP/01/PO	103 MOTORISTA OP/01/PO	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Geo. S. de Medeiros
105 NOME Maíra dos Santos Costa	106 NOME Geo. S. de Medeiros	107 NOME / RG Geo. S. de Medeiros 428
108 ASSINATURA Maíra dos Santos Costa	109 ASSINATURA Geo. S. de Medeiros	110 ASSINATURA Geo. S. de Medeiros
111 LOCAL Rua do Acaí km 07 Vila do V	112 DATA 18/10/18	

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 18/10/2018 Hora emissão: 12:52 Operador:
Nº de Ocorrência 1807120088	Qntd. Vítimas 1	Data Inicio: 12/07/2018 19:28 Data Término: 12/07/2018 20:19	Classificação de Risco: AMARELO(RISCO MÉDIO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Módulo Ocorr.: COLISÃO ANIMAL X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solidante:
End.: R
Bairro: **** SELECIONE ****
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: NO BOX DA PM - NA BASE DO SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solidante: (61) 999083770
Quarta:

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: PACIENTE 1 NAIR DOS SANTOS COSTA	Idade: 24 ANO(S)	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM ANIMAL VITIMA COM FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO PA 14080 MMHG, FC 68 BPM, SPO2 98%	Data/Hora: 12/07/2018 19:53
Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Avaliação: SOLICITANTE INFORMA PCTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM ANIMAL PCTE COM FRATURA EXPOSTA DE M.S.	Data/Hora: 12/07/2018 19:52
Vítima 2	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE GARUPE DA MOTO LOTE DEAMBULANDO APRESENTANDO FCC EM REGIÃO DE NADEGA E REGIÃO PERIANAL DIREITA QUE PRECISA 5 PONTOS	Data/Hora: 12/07/2018 19:55

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Intercâmbio:	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Decisão: ENVIO DE VEICULO	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELLO Intercâmbio:	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 21 VILA INCRA DLHr: Saída Base: 12/07/2018 19:32 DLHr: Saída Local: 12/07/2018 19:45 DLHr: Saída Destino: 12/07/2018 20:17	Data/Hora: Envio Equipe: 12/07/2018 19:32 DLHr: Chegada Local: 12/07/2018 19:38 DLHr: Chegada Destino: 12/07/2018 20:17 DLHr: Chegada Base: 12/07/2018 20:17
----------	--	---

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elaborado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
CAROLINA RENATA DE SOUZA RODRIGUES	12/07/2018 19:38		CAROLINA RENATA DE SOUZA RODRIGUES
CAROLINA RENATA DE SOUZA RODRIGUES	12/07/2018 19:30	CAROLINA RENATA DE SOUZA RODRIGUES	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELLO	12/07/2018 19:32	JANINE DA SILVA LIMA DELLO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELLO	12/07/2018 19:53	JANINE DA SILVA LIMA DELLO	JANINE DA SILVA LIMA DELLO
JANINE DA SILVA LIMA DELLO	12/07/2018 19:56	JANINE DA SILVA LIMA DELLO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELLO	12/07/2018 19:56	JANINE DA SILVA LIMA DELLO	EM FILA

