

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: 13/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANE SOUZA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000049104-2

Nr. da Autenticação ACBDD0AE22B39D56

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151018523 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/02/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO DO COTOVELO ESQUERDO HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRACO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH APARELHO GESSADO
ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/01/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678/AM

UF do CRM do médico: AM

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3151018523 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ISAURA PARENTE nº 403 - BOSQUE - RIO BRANCO/AC**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:
Data local do exame: **07/01/2016 RIO BRANCO/AC**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MEDICA DEFINITIVA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO DO COTOVELO ESQUERDO + HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRACO ESQUERDO

IV. Segundo o 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(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MSE

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 07/01/2016

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

No. DO BE: 1080920 DATA: 21/02/2015 HORA: 15:32 USUARIO: LUCIANA
CNS: SETOR: 04-EMERGENCIA PEDIATRICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA DOC....:
IDADE.....: 9 ANOS NASC: 10/03/2005 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RAMAL DA JUDIA - TRAV.3 IRMAOS NUMERO: 132
COMPLEMENTO...: VEIO NO SAMU BAIRRO: AREAL
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: JENECI VENANCIO DA SILVA /JANE SOUZA DO NASCIMENTO
RESPONSAVEL...: IRMA - MARIA VITORIA TEL....: 9600-9916
PROCEDENCIA...: RECANDO BURITIS-MAURI SERGIO
ATENDIMENTO...: ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

AMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Queda de mau no cotovelo @ com hem-8
envolvendo fratura de olecrano?*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

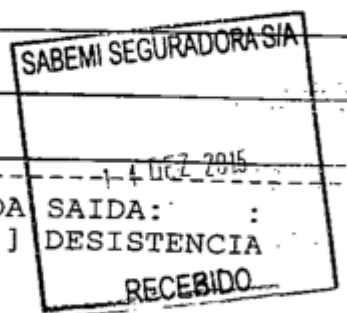
Trono de cotovelo @

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Encaminhamento ao leitos (Tumetologia e Ortopedia)



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 [] FAMILIAR [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ERISSON J. CAVALCANTE
MEDICO
CRIMIA E CARIMBO DO MEDICO



| | | | |
|---|--|---|--|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO ACRE SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO | | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EXPIRAÇÃO 15/09/2014 | |
| REGISTRO GERAL NOME JANE SOUZA DO NASCIMENTO | | DATA DE NASCIMENTO 23/07/1975 | |
| FILIAÇÃO JOSÉ LOPES DO NASCIMENTO MARIA NOGUES DE SOUZA | | DATA DE NASCIMENTO 23/07/1975 | |
| NATURALIDADE RIO BRANCO - AC | | DATA DE NASCIMENTO 23/07/1975 | |
| DOB. ORDEM CERTO NASC. 15.852 FLS 85V LIV A-12 | | DATA DE NASCIMENTO 23/07/1975 | |
| CPF 376.512.752-69 | | DATA DE NASCIMENTO 23/07/1975 | |
| VISA 376.512.752-69 | | DATA DE NASCIMENTO 23/07/1975 | |

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2015

RECEBIDO



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Souza do Nascimento
 PORTADOR(A) DO RG Nº 260104 EXPEDIDO POR SP/AC EM 10/09/14 E
 CPF 646509462-68 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Recusante
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusante NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Henrique N. da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT e responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0534 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 44104-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

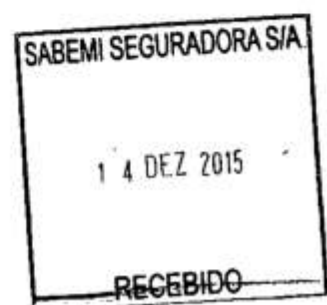
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER - DEAM RIO BRANCO
Endereço: VIA CHICO MENDES, 803 - Triângulo - 69901-180, Fone: (68)3221-4799 \ (68)3221-0404.

OCORRÊNCIA Nº: 950/2015 - Registrado em 26 de Fevereiro de 2015 às 10:46h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 21/02/2015 às 16:00hs, Sábado

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

| | | | |
|-------------|---------------------------------|--------------|------------|
| Município: | Rio Branco | Estado: | AC |
| Logradouro: | | Nº: | CEP: |
| Bairro: | RECANTO DOS BURITIS | Tp de Local: | VIA URBANA |
| Referência: | próx. o mercantil tou crescendo | | |

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

JANE SOUZA DO NASCIMENTO (39), do sexo feminino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de DO LAR, RG Nº: 260104/SSPAC, CPF: 676.512.752-68, nascida em 23/07/1975, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOSE LOPES DO NASCIMENTO e MÃE: MARIA MORAES DE SOUZA, Endereço: RAMAL DA JUDIA, 132 - TRAV 03 IRMÃOS - Bairro: AREIAL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9964-4723 / 9954-4814.

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA (9), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de ESTUDANTE, nascido em 10/03/2005, natural de Rio Branco - AC, PAI: GENECI VERANCIO DA SILVA e MÃE: JANE SOUZA DO NASCIMENTO, Endereço: RAMAL DA JUDIA, 132 - Bairro: AREIAL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9600-9916.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A comunicante acima citada veio nesta Delegacia informar que, seu filho menor de idade acima citado, foi atropelado por uma moto, deixando fratura no braço esquerdo. Diante do fato pede providência. OBS: B.O encaminhado p/ 2º regional.

Frederico Pires Tostes
Delegado de Polícia

FREDERICO PIRES TOSTES
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

MARIA LUCIA BRITO VIEIRA
ATENDENTE

JANE SOUZA DO NASCIMENTO
COMUNICANTE

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2015

RECEBIDO

VÍTIMAS

Paciente 2JOSE HENRIQUE DO NASCIMENTO

Classificação:

IDADE : 9 ANO(s) SEXO : Masculino

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

| OPERADOR | AVALIAÇÃO | DATA/HORA |
|----------------|---|------------------------|
| OSVALDO LEAL | informante relata que paciente foi agredido e encontra-se ao solo. | 21/02/2015 15:00:56 |
| ANTONIO CASTRO | PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM ESCORIAÇÕES SIMPLES LOTE GLASGOW-15 | 21/02/2015 15:29:20 |

DECISÃO TÉCNICA

Vítima sem Decisão Gestora.

CONDUTA

Vítima sem Decisão Gestora.

HIPÓTESE DIAGNOSTICO

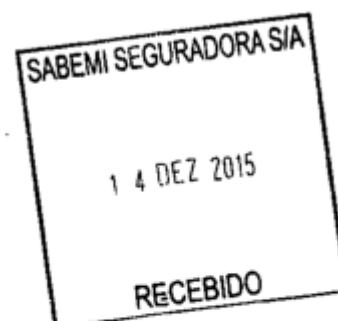
Vítima sem Hipótese de Diagnóstico Preenchida.

VEICULO(S)

| VEÍCULO | EQUIPE | ENVIO EQUIPE | SAIDA BASE | CHEGADA LOCAL | SAIDA LOCAL | CHEGADA DESTINO | RETORNO DESTINO | CHEGADA BASE |
|-------------------|--------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| USB 03- RB UPA | ZAQUEU DA SILVA | 21/02/2015 15:02:15 | 21/02/2015 15:02:25 | 21/02/2015 15:09:23 | 21/02/2015 15:23:44 | 21/02/2015 15:23:55 | 21/02/2015 15:24:04 | |
| | RAMOS(AUXENF) | | | | | | | |
| | FRANCISCO LENISIO | | | | | | | |
| | MOREIRA(MOTORISTA) | | | | | | | |
| USB 03- RB UPA | ZAQUEU DA SILVA | 21/02/2015 15:02:15 | 21/02/2015 15:02:25 | 21/02/2015 15:09:23 | 21/02/2015 15:23:44 | 21/02/2015 15:23:55 | 21/02/2015 15:24:04 | |
| | RAMOS(AUXENF) | | | | | | | |
| | FRANCISCO LENISIO | | | | | | | |
| | MOREIRA(MOTORISTA) | | | | | | | |

MOVIMENTAÇÃO DA OCORRÊNCIA

| DATA/HORA | EFETUADO POR | ORIGEM EM | DESTINO EM |
|---------------------|--------------------|-----------|----------------|
| 21/02/2015 15:27:23 | ANTONIO CASTRO (M) | LIGAÇÃO | ANTONIO CASTRO |



Nº Ocorrência: 1502212994 21/02/2015 14:53:38 Apelido: PASSANDO MAL 2994 2 Vítimas

DADOS INICIAIS

Solicitante, DO TELEFONE (68) - 99335439, SENDO ** NÃO INFORMADO ** A VÍTIMA. FEZ UMA LIGAÇÃO DO TIPO ATENDIMENTOS E A LIGAÇÃO ORIGINOU-SE DE DOMICÍLIO.

A QUEIXA NÃO FOI CADASTRADA.

ATRIBUIU-SE À ESTA OCORRÊNCIA O APELIDO: PASSANDO MAL 2994; O TIPO DA OCORRÊNCIA FOI CLASSIFICADO COMO CAUSA EXTERNA E O MOTIVO DA OCORRÊNCIA FOI AGRESSÃO. INICIOU-SE EM 21/02/2015 14:53:38 E FOI FINALIZADA EM 21/02/2015 15:30:19.

RISCO PRESUMIDO: VERDE(BAIXO RISCO) | RISCO COMPROVADO: VERDE(BAIXO RISCO)

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA

IPE IPE,

RECANTO DOS BURITIS - RIO BRANCO - AC

CEP :

PONTO DE REFERÊNCIA : NA RUA DO TRATAMENTO DE ESGOSTO

Não foi solicitado apoio.

ENDEREÇO DO SOLICITANTE - IGUAL

IPE IPE,

RECANTO DOS BURITIS - 120040AC

PONTO DE REFERÊNCIA : NA RUA DO TRATAMENTO DE ESGOSTO





MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
No. DO BE: 2194859 DATA: 21/02/2015 HORA: 17:31 USUARIO: MARIA LOURDES
CNS: 898002935671319 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA
IDADE.....: 9 ANOS NASC: 10/03/2005
ENDERECO.....: RAMAL DA JUDIA TRAV. TRES IRMAOS
COMPLEMENTO....: BAIRRO: CANAA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC
NOME PAI/MAE...: GERECIR VENANCIO DA SILVA JANE SOUZA NASCIMENTO
RESPONSAVEL....: A MAE
PROCEDENCIA....: UPA-VIA VERDE
ATENDIMENTO....: CONSULTA/PRESCRICAO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: C.SUS
SEXO...: MASCULINO
NUMERO: 132

CEP....: -
TEL....: 9600-9916

TRAUMA: NAO

COMPROVANTE DE
ATO DECLARATORIO

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: _/_/_

Relata ter sido atropelado por
uma moto. Apresenta-se com

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

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

DIAGNOSTICO: Fract. de fêmur. CID: E

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Avaliação de Pediatra
- Radiografia pela ortopedia
- Sol. PARECER DA ORTOPEDIA

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 [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HORA: 17:31
Médico: MARIA LOURDES
CRM: 455/AC

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2015

RECEBIDO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2194859

CNS: 898002935671319

DATA: 21/02/2015

HORA: 17:31

SETOR: 06-SALA DE GESSO

USUARIO: MARIA LOURDES

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA
IDADE : 9 ANOS NASC: 12/03/2005
ENDereco : RAMAL DA JUDIA TRAV. TRES IRMAOS
COMPLEMENTO : BAIRRO: CANAA
MUNICIPIO : RIO BRANCO
NOME PAI/MAE : GERECIR VENANCIO DA SILVA UF: AC
RESPONSAVEL : A MAE /JANE SOUZA
PROCEDENCIA : UPA-VIA VERDE
ATENDIMENTO : CONSULTA/PRESCRICAO
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO
ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : NAO

DOC...: C.SUS
SEXO...: MASCULINO
NUMERO: 132

CEP...: -
NASCIMENTO
TEL...: 9600-9916

TRAUMA: NAO

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: 1/1/

Relata ter sido atropelado por
uma moto. Apresenta-se com

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: *Fratura de tíbia e fêmur - Ortopedia* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Avaliação de Pediatra
- Realização pela ortopedia
- nel parecer da ortopedia

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 [] IML [] ANAT

14 DEZ 2015 PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RECEBIDO

SABEM SEGURADORA S/A