

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00427-8

CONTA: 000000013366-3

Nr. Autenticação

BRADESCO30052019050000000002370042700000013366168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318269 **Cidade:** Sena Madureira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUTEMBERG DE QUEIROZ **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
NEGREIROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura radio distal de punho esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta alterações de amplitude de movimentos do punho esquerdo, sendo que consegue realizar movimentos ativos de flexão do punho esquerdo até 30° com dor, extensão do punho esquerdo até 20° com dor, adução da mão esquerda até 20° com dor, abdução da mão esquerda até 10° com dor., regiaõ do punho esquerdo algo edemaciada, algo dolorosa á palpação, deformidade do punho esquerdo, força muscular do membro superior esquerdo grau 4.. Faz uso de anti-inflamatorios ocasionalmente

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de acidente de motocicleta, tendo fraturado o punho esquerdo, sendo levado ao PSA/HUERB, em 06/03/2019, tendo sido feita imobilização com gesso e liberado para casa com prescrição de antiinflamatorios e analgesicos, tendo retornado ao PSA/HUERB 16 dias depois, sendo gessado novamente, sendo encaminhado ao Hospital das Clinicas de Rio Branco-Acre, sendo medicado com antiinflamatórios e analgésicos, foi atendido por Ortopedista; foram realizadas radiografias; está atualmente aguardando nova avaliação Ortopédica

Sequelas permanentes: Vítima apresenta sequelas funcionais em punho esquerdo, resultantes de acidente de motocicleta ocorrido em 06/03/2019, com deformidade em punho esquerdo, limitação funcional em punho esquerdo e redução de força muscular do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/05/2019

Conduta mantida:

Observações: PAGO DANO COMO DESCrito

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: 3190318269

Nome do(a) Examinado(a): GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pescador, 1434 - Rio Branco/AC - CEP 69907-764

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 03885849172 - DETRAN - 22/12/2005

Data e Local do Acidente : 06/03/2019

Data e Local do Exame : 22/05/2019 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 radio distal de punho esquerdo

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

Victima de acidente de acidente de motocicleta, tendo fraturado o punho esquerdo, sendo levado ao PSA/HUERB, em 06/03/2019, tendo sido feita imobilização com gesso e liberado para casa com prescrição de anti-inflamatarios e analgesicos, tendo retornado ao PSA/HUERB 16 dias depois, sendo gessado novamente, sendo encaminhado ao Hospital das Clinicas de Rio Branco-Acre, sendo medicado com antiinflamatórios e analgésicos, foi atendido por Ortopedista; foram realizadas radiografias; está atualmente aguardando nova avaliação Ortopédica.

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

Ao exame físico apresenta alterações de amplitude de movimentos do punho esquerdo, sendo que consegue realizar movimentos ativos de flexão do punho esquerdo até 30° com dor, extensão do punho esquerdo até 20° com dor, adução da mão esquerda até 20° com dor, abdução da mão esquerda até 10° com dor., regiaõ do punho esquerdo algo edemaciada, algo dolorosa á palpação, deformidade do punho esquerdo, força muscular do membro superior esquerdo grau 4.. Faz uso de anti-inflamatarios ocasionalmente

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:

Vítima apresenta sequelas funcionais em punho esquerdo, resultantes de acidente de motocicleta ocorrido em 06/03/2019, com deformidade em punho esquerdo, limitação funcional em punho esquerdo e redução de força muscular do membro superior esquerdo

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 esquerdo

% 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

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.

Vitiam apresenta cópia de prontuario do PSA/HUERB datado de 06/03/2019 com diagnóstico de fratura articular radio distal esquerda; encaminhamento para Hospital das Clinicas -Ortopedia datado de 27/03/2019 com diagnóstico de fratura de radio distal esquerdo; laudo de Ortopedista datado de 10/05/2019 considerando ser portador de sequela definitiva de membro superior esquerdo; radiografias com data de 27/03/2019, 22/04/2019,, 06/03/2019, evidenciaando fratura de radio distal esquerdo; apresenta limitação funcional do punho esquerdo com aumento de volume do punho esquerdo e redução de força do membro superior esquerdo; refere que não consegue realizar atividades inerentes à sua profissão que exijam movimentos do punho esquerdo e membro superior esquerdo.

DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAU
DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAU

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

0408020202/5521

MS / DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2623019 DATA: 06/03/2019 HORA: 11:01 USUARIO: OTERVAL
CNS: 702607787090842 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS DOC...: CNS
 IDADE...: 49 ANOS NASC: 07/12/1969 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECO...: ROD. BR-364, KM32, RAMAL MARIO LOBAO, KM28 NUMERO:
 COMPLEMENTO...: PA.GERALDO FERN BAIRRO: LOTE 11, COL 4IRMAO
 MUNICIPIO...: SENA MADUREIRA UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE...: JOSE LIMA DE NEGREIROS /MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS
 RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 99910-6522
 PROCEDENCIA...: MUNICIPIO SENA MADUREIRA
 ATENDIMENTO...: SUSPEITA DE FRATURA
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO REV TRAUMA: SIM
 NOME: FERNANDO VIEIRA DE QUEIROZ NEGREIROS NEXO: PARECER: NAO
 NOME: MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS NEXO: PARECER: NAO

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

EXAM. COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] T.C [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: _____ DATA, PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

Perante o seu entrode no servço profundo que sofriu quando
de moto fui atingido, evoluindo com dor, edema e hinchice.

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

~~compreendido~~ DATA DA SAIDA: HORA DA SAIDA: ;
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

DATA DA SAIDA: *19/04/2021* HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR) :

HORA DA SAÍDA:

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

1980s
ACG 1980s

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

SAME / HUERS

**CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

Rosálio
27/03/19



Novo Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Adm/2

Unidade:

PS

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: PS

Para: Hospital das Clínicas Integrado

Nome do paciente: Antônio de Queiroz

Hipótese diagnóstica: Gripe, Febre Pustulosa

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Internado Ambulatório integrado

de novo em Dr. Silvana

DATA: 27/03/19

ASSINATURA

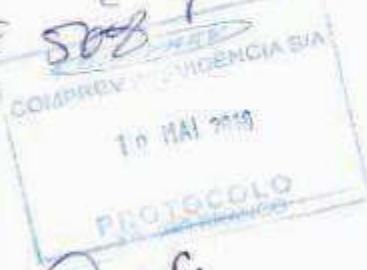
Paciente:

fausto

Gutemberg da Oliveira Nequias sofreu
acidente de trânsito nadies 06/03/19
que resultou em fratura radiocubital
de punho esquerdo sem deslocamento.
A tratamento conservador.

Evolui em seu período de recuperação com
grande limitação funcional de
punho e redução de força
múscular do membro.

Portanto é portador de sequelas
despitrem uso MSE sob



DATA: 10/05/19

QUEMADO DE NIÑOS NEGROS
177431 M
DOB: 07-Dec-1969 Age: 45 Y

CEDIM



PA/E

ANTERIOR-POSTERIOR
177431 M
DOB: 07-Dec-1969 Age: 45 Y

CEDIM



11/16/2015 11:16:49 AM EXPLORATION
2015-11-16 11:16:49 AM

TEC:



HOERS-BIO-MEDI
GÖTEBORGSBESKED
SÖNDAGSFESTEN 17.11.1990

1990

1990



HUERB MEDICO

INSTITUTO UNIVERSITARIO

CLINICO PEDIATRICO

EXP 27/03/2018

TEC: SUELY R. NAJAR



USO: HISTÓICO
CINTENARIO DE SUBSIDIO
DE HOSPITALIZACIÓN

EXPLORACIÓN

TEC: SUELY R. NASCIMENTO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190318269**

Vítima: GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000427-8

Conta: 0000013366-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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.

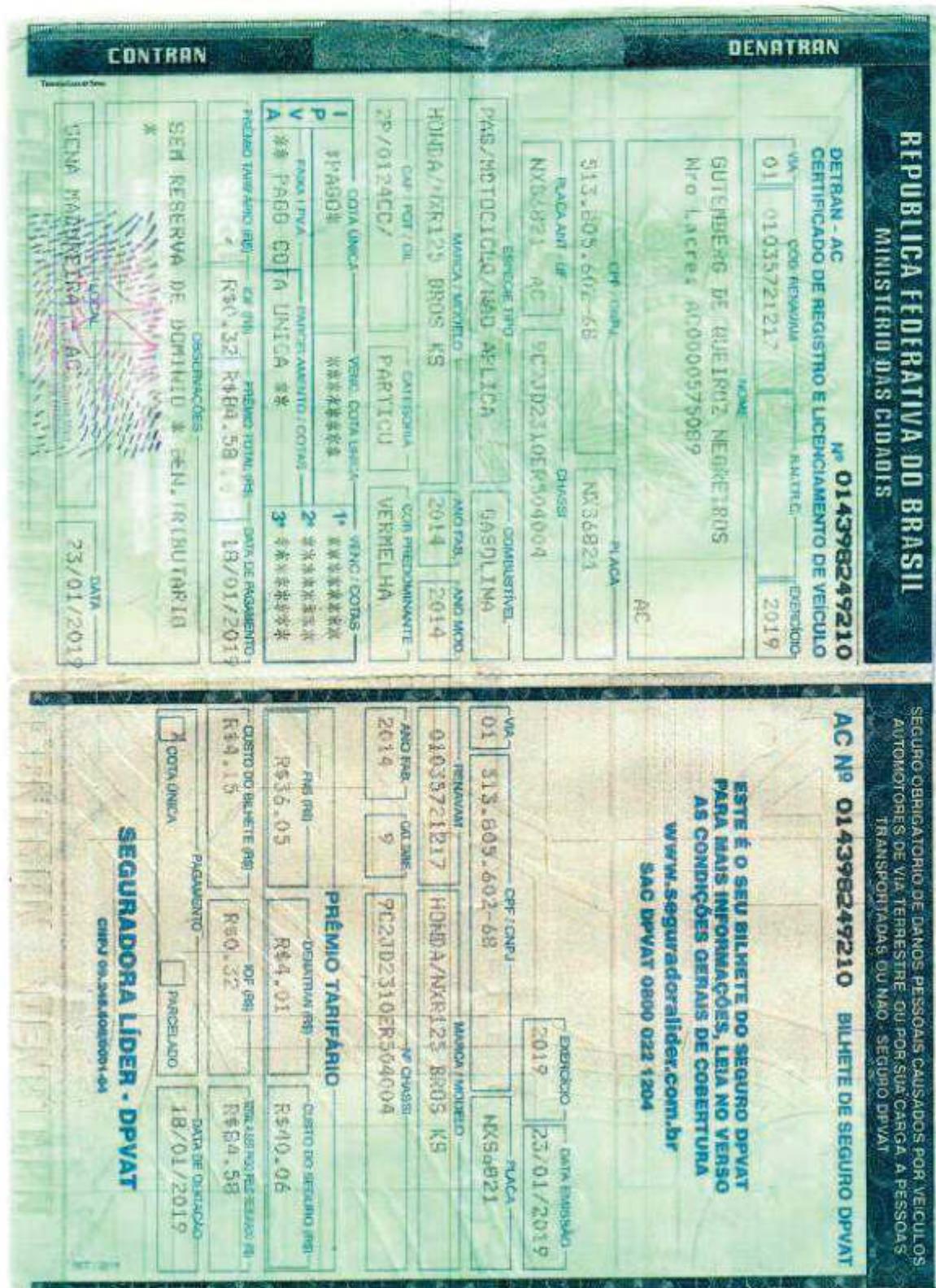
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro do ASI:

CPF da vítima:

513.805.602-68 Gutemberg de Queiroz Negreiros

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Gutemberg de Queiroz Negreiros

CPF:

513.805.602-68

Profissão:

agricultor

Endereço:

Rua Pescador

Nome:

14.34

Bairro:

Santa Ines

Cidade:

Rio Branco

Complemento:

69.907-764

E-mail:

Estado:

Acre

CEP:

(68) 98425-5987

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

RENDIMENTO:

RECIOS 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:

CONTA:

(Informar o dígitos se existir)

(Informar o dígitos se existir)

CONTA CORRENTE (todas as opções):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0427

8

CONTA:

13366

3

(Informar o dígitos se existir)

(Informar o dígitos se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/renembolso do Seguro DPVAT 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):

COMPROVAR

INSCRIÇÃO/REGISTRO

Não há IML que atende 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 prorrogação do prazo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento(s) apresentado(s), concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica custo de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 104/74, art. 57, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e 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 (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data da morte da vítima:

Grado 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: Sim Não Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não

Vivos: Falecidos:

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

Local e Data: Rio Branco-Acre, 10/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

Gutemberg de Queiroz Negreiros
(*) Assinatura de quem assina a RG

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGQ, 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. NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016857/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/05/2019 14:50 Data/Hora Fim: 09/05/2019 14:57
Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões.

Data/Hora do Fato: 06/03/2019 09:00

Local do Fato

Município: Sena Madureira (AC)
Logradouro: RAMAL MARIO LOBÃO

Bairro: Mario Lobão

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 07/12/1969
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Maria de Queiroz Negreiros

GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS
16 MAI 2019
PROTÓCOLO

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante afirma que estava no endereço acima citado pilotando a sua motocicleta BROS placa NXS-6821, momento em que caiu devido um buraco na pista, vindo a quebrar o punho esquerdo, sendo atendido por um vizinho. Diante dos fatos requer providências.

ASSINATURAS

Igor Camilo Cavalcante
Responsável pelo Atendimento

Gutemberg de Queiroz Negreiros
(Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) Unidade responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei nela, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia, 339-Obstrução à justiça e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Odilon Vinhadelli Neto
Impresso por: Igor Camilo Cavalcante
Data de Impressão: 09/05/2019 14:59
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Cristiano Ferreira de Bastos
Delegado de Polícia Civil

0408020202/5521

MS / DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2623019 DATA: 06/03/2019 HORA: 11:01 USUARIO: OTERVAL
CNS: 702607787090842 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS DOC...: CNS
 IDADE...: 49 ANOS NASC: 07/12/1969 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECO...: ROD. BR-364, KM32, RAMAL MARIO LOBAO, KM28 NUMERO:
 COMPLEMENTO...: PA.GERALDO FERN BAIRRO: LOTE 11, COL 4IRMAO
 MUNICIPIO...: SENA MADUREIRA UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE...: JOSE LIMA DE NEGREIROS /MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS
 RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 99910-6522
 PROCEDENCIA...: MUNICIPIO SENA MADUREIRA
 ATENDIMENTO...: SUSPEITA DE FRATURA
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO REV TRAUMA: SIM
 NOME: FERNANDO VIEIRA DE QUEIROZ NEGREIROS NEXO: PARECER: NAO
 NOME: MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS NEXO: PARECER: NAO

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

EXAM. COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] T.C [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: _____ DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____ / ____ / ____

Perante o seu entrode no servço pelo fundo que sofriu quando
de moto no 01 dia, evoluindo com dor, edema e hemicrício

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 20/08/2003 HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

DATA DA SAIDA: *19/04/2011* HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR) :

HORA PÀ SAIPA:

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

SAME / HUERS

CÓPIA
CONFORME ORIGINAL