

# 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: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000035061-0

---

Nr. da Autenticação B7DF85F90A680623

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180398430      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LUCIMARA DE SOUZA      **Data do acidente:** 16/03/2018      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
OLIVEIRA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL  
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNS

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

MASC. ( ) FEM. ( )

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

RAÇA COR

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CID 10

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

DESCRÍÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

*Fratura de metatarso*

*582.1*

OBSERVAÇÕES

*Ganho de ADL*

*Atividades de vida diária.*

**SOLICITAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

*8/10/18*

*Italo Maia Vieira  
Médico  
CRM/AC 150n*

CBO

Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**INVESTPREV**

**28 AGO 2018**

**ENTRADA**

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 11/04/2018 Hora emissão: 09:23 Operador:
Nº da Ocorrência: 1803160098	Qtd. Vítimas: 1	Dt/Hr Início: 16/03/2018 14:12 Dt/Hr Término: 16/03/2018 14:50	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: R. ISaura PARENTE 801/1365
Bairro: 70 BEC
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE A ANTIGA ESC LINDAURA LEITÃO

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS  
 Telefone do Solicitante: (68) 999217695  
 Queixa: MOTO E CARRO

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

#### VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1LUCIMARA SOUZA DE OLIVEIRA Classificação: Endereço:	Idade: 33 ANO(s) CNS:	Sexo: FEMININO Documenta:
-------------	---	--------------------------	------------------------------

#### AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Avaliação: EQUIPE NO LOCAL: PA 120/90, FC 85, SPO2 98%.	Data/Hora: 16/03/2018 14:33
-------------	---	-----------------------------

Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Avaliação: COLISAO COM 1 VITIMA AO SOLO, ESCORIAÇÕES.	Data/Hora: 16/03/2018 14:14
-------------	---	-----------------------------

#### AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 16/03/2018 14:33	Situação: F
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA	Data/Hora: 16/03/2018 14:33	Situação: F
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Intercorrência:	Data/Hora: 16/03/2018 14:33	Situação: F
	Observação:		

Vítima:	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 16/03/2018 14:33	Situação: F
---------	--	-----------------------------	-------------

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

Decisão: ENVIO DE VEÍCULO

Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA

Data/Hora: 16/03/2018 14:33

Situação: F

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA

Data/Hora: 16/03/2018 14:33

Situação: F

Intercorrência:

Observação:

## CONCLUSÃO

## MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 08 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 16/03/2018 14:16
	Dt/Hr. Saída Base: 16/03/2018 14:16	Dt/Hr. Chegada Local: 16/03/2018 14:23
	Dt/Hr. Saída Local: 16/03/2018 14:40	Dt/Hr. Chegada Destino: 16/03/2018 14:44
	Dt/Hr. Saída Destino: 16/03/2018 14:50	Dt/Hr. Chegada Base: 16/03/2018 14:50

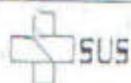
## MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	16/03/2018 14:12		SULY MICHERLANE NASCIMENTO
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	16/03/2018 14:13	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	16/03/2018 14:14	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	16/03/2018 14:33	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

260014

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Helena de Lemos Oliveira

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

878004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

3191710102132310161715126184

8 - DATA DE NASCIMENTO

Mês:  1 Fem:  2

9 - SEXO

10 - RACA/COR

10.1 - RACA

11 - NOME DA MÃE

Maria Conceição de Souza

12 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

08 31833022

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

TV. Oliveira. Rua: 82 - jardim sanguito

14 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

08 31833022

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Oliveira. Rua: 82 - jardim sanguito

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dor + edema - n.º Telle (A)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

++ o cintígio

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

RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - CID 10 PRINCIPAL

30 - CID 10 SECUNDÁRIO

31 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

32 - DOCUMENTO

33 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

37 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

39 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

43 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

44 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

45 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

50 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

51 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

52 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

53 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

54 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

55 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

56 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

57 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

58 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

59 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

60 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

61 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

62 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

63 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

64 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

65 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

66 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

67 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

68 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

69 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

70 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

71 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

72 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

73 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

74 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

75 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

76 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

77 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

78 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

79 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

80 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

81 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

82 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

83 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

84 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

85 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

86 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

87 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

88 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

89 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

90 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

91 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

92 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

93 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

94 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

95 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

96 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

97 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

98 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

99 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

100 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

101 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

102 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

103 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

104 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

105 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

106 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

107 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

108 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

109 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

110 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

111 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

112 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

113 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

114 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

115 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

116 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

117 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

118 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

119 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

120 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

121 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

122 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

123 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

124 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

125 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

126 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

127 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

128 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

129 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

130 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

131 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

132 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

133 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

134 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

135 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

136 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

137 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

138 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

139 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

140 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

141 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

142 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

143 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

144 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

145 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

146 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

147 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

148 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

149 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

150 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

151 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

152 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

153 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

154 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

155 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

156 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

157 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

158 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

159 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

160 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

161 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

162 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

163 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

164 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

165 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

166 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

167 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

168 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

169 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

170 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2536614 DATA: 16/03/2018 HORA: 16:33 USUARIO: RUI  
CNS: 898002323706731 SETOR: 06-SALA DE GESSO

Rugist 88809

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA  
 IDADE.....: 33 ANOS NASC: 02/12/1984  
 ENDERECO....: TRAV. ALEXANDRE LOPES  
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: JOSE AUGUSTO  
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO  
 NOME PAI/MAE..: NAO CONSTA  
 RESPONSAVEL...: A MESMA  
 PROCEDENCIA...: JOSE AUGUSTO  
 ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO  
 CASO POLICIAL.: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO  
 PLANO DE SAUDE....: NAO  
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO  
 DOC...: CNS  
 SEXO...: FEMININO  
 NUMERO: 87  
 UF: AC CEP...: 69900-000  
 /MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA  
 TEL....: 3223.039

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Acidente anterobáltico, apresentado dia  
27/03/2018*

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

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

DIAGNOSTICO: *Febre, pleiotropica (D)* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

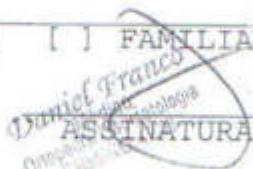
*- Febre  
- Febre, pleiotropica (D)  
- Dificuldade respiratoria*

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
 ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
 OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAIS

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA



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

**Novo Acre**  
Revista de Ciências Sociais

UNIDADE: **HUERB**  
NOME: **Maria - human** SE. **longo** IDADE: **37** B.E.:  OBSERVAÇÃO: **CCO** LEITO: **167**

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFIRME ORIGINAL

## INVESTPREV

28 AGO 2018

## ENTRADA

REGISTRO PACIENTE

33

CLINICA  
CMC B -

167

REGISTRO PACIENTE

MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA

IDADE  
33

CLÍNICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRÚRGICA - B

LEITO  
167

EVOLUÇÃO

PREScriÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/ID: 15/03/11/2017

FX DE PLATO TIBIAL DIRETO  
CD INTERNA??O + IMOBILIZ??O  
GESSADA.

BEG. COM DOR LEVE A MODERADA  
EDEMA NO JOELHO +/4 PERFUSAO E  
NEUROLÓGICO PRESERVADOS.

SOL LAB PRE

10 5. SERVICO Socip  
9. SOLUCAO M. ATENCI  
8. SOLUCAO M. ATENCI  
7. SOLUCAO M. ATENCI  
6. SOLUCAO M. ATENCI  
5. SOLUCAO M. ATENCI  
4. SOLUCAO M. ATENCI  
3. SOLUCAO M. ATENCI  
2. SOLUCAO M. ATENCI  
1. SOLUCAO M. ATENCI

1. DIETA VO LIVRE  
2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H  
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 66H  
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 88H SIN  
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 88 DILUIDO 66H  
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA  
7. CURATIVO 1X/DIA  
8. CUIDADOS GERAIS

9. TILATIL 1 AMPOLA IM 1X AO DIA  
10. CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA.

Dr. Fátima Coifura Hammude  
PRM Ortopedia e Traumatologia  
CRM/AC 1870

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

13/03/2018  
DIA 16/03/2018  
completar avaliação  
não observado  
sem excesso venoso  
no membro, acaba  
com a diur. okinda  
fungas, dermatose  
fazendo descoloração

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL!



Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

DATA: 16/03/12017

FX DE PLATO TIBIAL DIREITO

CD INTERNA??O + IMOBILIZ??O

GESADA, BEG, COM DOR LEVE, EDEMA NO

JOELHO +/A PERFUSAO

NEUROLOGICO PRESERVADOS

- DIETA A VOLTRRE
- SF 0.9% 500ML IV 12/12H 5CC 520
- DIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H (C) (C) (C) (C)
- TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H SIN
- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO SIN
- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 06
- CURATIVO 1X/DIA
- CUIDADOS GERAIS *Re: TPA*
- TLATIL 1 AMPOLA IM 1X AO DIA (C)
- CLEXANE 40 MG SC 1X AO DIA

SAME / HUERB

CÓPIA

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

Assinatura de Limpa-Brilho  
COREN-AC 165-302

Italo Maia Vieira  
Médico  
CRM/AC 1500

## EVOLUÇÃO

## PRESCRIÇÃO

## HORÁRIO

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI 16/03/11/2017

FX DE PLATO TIBIAL DIREITO

CD INTERNAZIO + IMOBILIZAÇO  
GESSADA.  
BEG. COM DOR LEVE. EDEMA NO  
JOELHO \*4.  
PERFUSAO E NEUROLOGICO  
PRESERVADOS.

AGUARDANDO AGENDAMENTO.

1. DIETA VO LIVRE  
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H  
3. DIPRORONA 1GR EV DILUIDO 650H  
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 88H SN  
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 88 DILUIDO SN  
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA  
7. CURATIVO 1X/DIA  
8. CUIDADOS GERAIS

9. TILATIL 1 AMPOLA IM 1 X AO DIA.  
10. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA.

INVEST/PREV  
28 AGO 2018  
ENTRADA

Out 10/03/11 - Paciente fui  
ta curso e medicina.  
as 16:00 hs - Paciente re  
tornou medicamentos indo  
junto a hospital. Sua  
medicamento.

Out 10/03/11 - Paciente fui  
ta curso e medicina.  
as 16:00 hs - Paciente re  
tornou medicamentos indo  
junto a hospital. Sua  
medicamento.

ALTA  
HOSPITALAR  
SAME / HUERD  
CÓPIA  
CONFORME ORIGIMIN

Italo Maia Vieira  
Médico  
CRM/AC 1500



**Novo Acre**

**Governo do Estado do Acre**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

UPA Baixada da Sobral Franco Su.

End. Estrada da Sobral S/N

CNPJ: 04.034.526/0001-43

Unidade:

**ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

De:

UPA SOBRAL

Para:

RS - ORTOPEDIAS

Nome do paciente:

ANNEKA LUCINARA DE SOUZA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA - TIBIA

**ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:**

— Paciente de 33 anos de idade  
com histórico de acidente de trânsito  
onde houve colisão entre moto -  
carro. Relevo de necessária evi-  
tiva com limitação de movimento.  
Rx Fratura Revim Aneurisma Tibia  
ME(1)

Sobrero Arrendamento Preia AURICIA CAR  
6 CONDUZIDA

AVIA SOROCABA SUA  
MÉDICO

EM 16/03/2018

16 MAR 2018

ASSINATURA

DATA: / /

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

Placa lucenca de S. Oliveira  
33 años

16  
03  
18

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

I D3 F1,2 N 25

aVF

V1

V4

c4

D

aT

V2

V5

III

aT

V3

V6

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

18.30.5

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: doe

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

SAME / HUERB

CÓPIA

Exame Físico:

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: fratura plato tibial D

Diagnóstico Definitivo: o mesmo

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 CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 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 MORTALIDADE
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA MORTALIDADE
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA MORTALIDADE
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC

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

**INVESTPREV**

**28 AGO 2018**

**ENTRADA**

0408050285- 3.824

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2539409 DATA: 30/03/2018 HORA: 06:25 USUARIO: ERICO  
CNS: 898002323706731 SETOR: 06-SALA DE GESSO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA  
 IDADE.....: 33 ANOS NASC: 02/12/1984  
 ENDERECO....: TRAV. ALEXANDRE LOPES  
 COMPLEMENTO...:  
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO  
 NOME PAI/MAE...:  
 RESPONSAVEL...: ESPOSO LUCIANO DE OLIVEIRA  
 PROCEDENCIA...: JOSE AUGUSTO  
 ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO  
 CASO POLICIAL.: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO  
 PLANO DE SAUDE....: NAO  
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO  
 BAIRRO: JOSE AUGUSTO  
 UF: AC CEP...: 69900-000  
 /MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA  
 TEL...: 3223 0395

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

EXAM. COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TEC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Mc- Dolor em Joelho DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /  
 Paciente apresenta Fx de plenalto tibial, se apresenta  
 no centro cirurgico para realizar cirurgia corretiva  
 elitiva. (Osteointeire de plenalto tibial)

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

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

DIAGNOSTICO: Fx de plenalto tibial (D). CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Cirurgia Elitiva.

30/03/18

 Paulo Marcondes S. Jr.  
 Cirurgico  
 CRM-RO 5004

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
 ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): \_\_\_\_\_

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUERB

CÓPIA

INVESTPREV

CONFORME ORIGINAL

28 AGO 2018

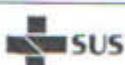
ENTRADA



**Governo do Estado do Acre**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: \_\_\_\_\_

ANEXO I



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

*Maria Lucimara de Souza Oliveira*

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

*Dor de edema em membro inferior direito*

**SAME / HUERB  
CÓPIA**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Raio X*

*Exame físico*

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

*Exame físico*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*FX de plenóto Típico*

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSISTENTE (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Dr. Antônio Isai*

*90/03/18*

*Dr. Antônio Isai  
CRM-0004*

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOF

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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**INVESTPREV**

*28 AGO 2018*

**ENTRADA**



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

**NovoAcre**  
Sociedade privada e responsável

UNIDADE: \_\_\_\_\_  
NOME: Monica Lucimara de Souza UNIDADE: 33 B.E.: \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÃO C/C LEITO: 116

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
30/03/18	Frujtura do plotô	1) Dieta Línea 2) Sol Físico. 500ml EJC/16h/64-16 22:04 3) Colostomo lsg EJC/6h/6H 10:04 4) Diariamente lsg EJC/6h/4x6 16:22:04	06:11:20 Sociente enxa cunha SWI:PA:103144	
	Tilipox ①	5) Tomar 1000ml 04 EJC/8/84	06:22:04 Taro. Ptos. 1000ml de plasmafletila Tela postular AVP em NESTEST	
	DT: 30/03/18	6) Sol Fisiológico. S/N.	06:22:04 cunha SWI:PA:103144	
	Na obs + ondas	7) Colostomo 400ml EJC/8h dia -16	06:22:04 Tela. 77bpm	
	Na obs + ondas	8) Trascon cinturão dunia E-10	06:22:04 EJC/8h dia	
	Na obs + ondas	9) Cuidado s/mao	06:22:04 Enteral. 100ml	
	Na obs + ondas	10) Síntese Nitro a 16/6h/64-16 22:04	06:22:04 CORRE. 100ml	
	Na obs + ondas	GRM/PC		
	SAME / HUERB			
	CÓPIA			



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB

## CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 07:30

SALA 01

DATA 30/03/18

NOME DO PACIENTE Maria Luanamara de Souza

ID 339

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA ( )

AMBULATÓRIO ( )

OUTROS ( )

ANESTESIA: GERAL ( )

RAQUEANESTESIA (X)

LOCAL ( )

OUTROS ( )

INÍCIO DA ANESTESIA 08:30

TÉRMINO DA ANESTESIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

INÍCIO DA CIRURGIA 08:50

TÉRMINO DA CIRURGIA 10:30

CIRURGÃO Dr. AntônioAUXILIAR(ES) Bruna + MarconeidesANESTESISTA Dr. ViníciusINSTRUMENTADOR LuteroCIRCULANTE ThiagoENF Maria José

## MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N° 407-12 = 11	FIO VICRYL 3-0 P
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 300 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 27 1	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA ✓
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 300 ✓
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 20 = 17	GORRO 15
DILUENTE	ABOCATH N° 18 ✓	INTRACATH N°
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
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	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 08
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 24/11
LIDOCÁINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCÁINA GEL - 30 ml	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA ✓ ✓ ✓
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 30	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE ✓ 200
PAVULON	ELETRODOS ✓	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO 1	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO ✓	PROPÉ ✓ ✓ ✓ = 30
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO ✓	FRALDA 1	SERINGA DE 5ML ✓
TIOPENTAL	FILTRÔ BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML ✓
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML ✓
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER (20) 1/1	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON 10	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK SAME / HUERB	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
	CÓPIA	TELA DE MAELEX

CONFORME ORIGINAL

28 AGO 2018

ENTRADA

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

RELATORIO  
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Maria Lucimara de Souza Oliveira.  
IDADE: 33 OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura de plonelto Tibial (1).

CIRURGIA PROPOSTA: Intervenção de plonelto Tibial (1).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: O mesmo

DATA:  
30/03/18

CIRURGIÃO: Dr Antônio José

1º AUXILIAR:  
Dr Lívia

2º AUXILIAR: Dr Monconde

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA: Dr Virginica

ANESTESIA:  
Roquimeduol

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO  SIM  NÃO

DESCRIÇÃO: SAME / HUERB

CÓPIA

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO  SIM  NÃO CONFORME ORIGINAL

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA  CT  RESIDÊNCIA  ÓBITO

1) Paciente um DDT, sobre anestesia roquimeduol,  
2) Antidesp. a valfopria + Colocação de compresa estéril

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA



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

### FICHA DE ANESTESIA

Nome: <b>Maria Izamara da Gama.</b>		Idade: <b>33</b>	Sexo: <b>F</b>	Cor:	Registro / BE: <b>2534709</b>		
<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSF	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI
Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sal Cr. (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh
Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP	

Diagnóstico Pré-Operatório: **Fratura de Plano Alto fíbula.**

Testes:  Asma  Bronquite **Vv: (+)**

ECG: Sinusal

Alegrias: **Boa**

Complacência:

Dispositivo/Denies: **Normal**

Pescoco

Peças Dent.

Indicação: **Normal**

Drogas em Uso:

50-Mental: **20%**

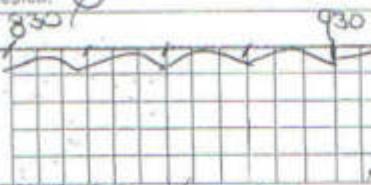
ASA:  1  2  3  4  5 Risco

Testes Anteriores:

Hora: **10:30**

Efeito:

Cardio Pré-anestésica: **Ø**

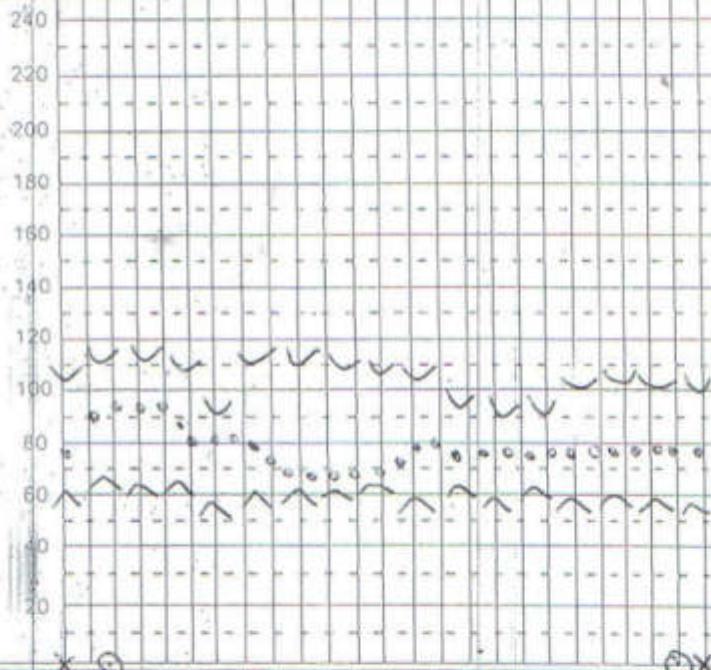


**SAME / HUERB**

**CÓPIA**

**CONFORME ORIGINAL**

SpO<sub>2</sub>: **99-99-99-99-99-100-100-99-99-100**



**OX**

#### DRÓGAS ADMINISTRADAS

- 1- Fentanil 50mcg
- 2- Midazolam 2,5mg
- 3- Propofol 100mg
- 4- Metocarbamol 500mg
- 5- Oxitocina 25EU
- 6- Drotaverine 100mg
- 7- Dexametasona 8mg
- 8- Fosfato

#### Técnica:

**Resequangostomia + Endosc.**

Cirurgia:

**Ostesintese.**

Cirurgião/Auxiliar:

**Dr. Antônio + Equipe**

OBS.:

**INVESTPREV**

Dra. Mariela Ruiz Morales

CRM de Anestesiologia

CRM-101

Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):

**ENTRADA**

#### Monitorização:

**ECG/Oxim/PA/VS**

Ap. Resp.

Ap. CV:

Dra. Virgínia  
Médica Anestesiologista  
CRM/AC

**Virgínia**  
**zirgínia**

garrido da Paz de Souza

69 ans

$\frac{20}{18}$

I 03 F1xx # 25

0'3

II

III

IV

0'1

V

VI

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFIRME ORIGINAL

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

19:35hs



Governo do Estado do Acre

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor em Joelho direito.

História da Doença Atual: Lociente gelang der ihm Joellhod (1)  
Sobr. Widende ausmotilitico.

SAME / HUERB

### História da Doença Anterior:

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Exame Físico: Dír. no movimento de Talho. Demo 2<sup>+</sup>/4<sup>+</sup>, Sensibilidade (preservado), equimose em joelho.

Diagnóstico Provisório: Fratura de plenolito tibial (1).

### Diagnóstico Definitivo:

### Motivo da Cobrança:

Paulo Marcelino S. Jr.  
CAB 5004

- |  |   |
|--|---|
| 11-ALTA CURA                                       | 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.   |
| 12-ALTA MELHORADA                                  | 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.   |
| 13-ALTA INALTERADA                                 | 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN   |
| 14-ALTA PEDIDO                                     | 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO                          |
| 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO                   | 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA                 |
| 16-ALTA ADMINISTRATIVA                             | 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA                |
| 17-ALTA POR INDISCIPLINA                           | 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA                |
| 18-ALTA POR EVASÃO                                 | 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA                |
| 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL            | 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS                      |
| 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA         | 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  |
| 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA                  | 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  |
| 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL                   | 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA |
| 24-POR DOENÇA CRÔNICA                              | 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO                            |
| 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR  |   |
| 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA                     |   |
| 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA                    |   |
| 33-TRANFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA                  |   |
| 34-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA              |   |
| 35-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA             |   |
| 36-TRANSFÉRENCIA P/ BERÇÁRIO                       |   |
| 37-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA             |   |
| 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO                     |   |
| 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS                         |   |
| 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNACAO    |   |
| 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNACAO    |   |
| 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNACAO   |   |
| 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. |   |

INVESTPREV D

AO NASCIDO

928 AGO 2018

REC. ENTRADA

## ENTRADA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AC

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Maria Vieira de Souza

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

Dr: Anderson Almeida

DT: 14/03/18 DC: 30/03/18

DIAGNÓSTICO: Fractura placa tibial

(1)

CONDUTA: curativo de placa

anual (1)

CUIDADOS GERAIS:

COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM  
RXs EM MÃOS

FAZER CURATIVO DIARIAMENTE

USAR TALA  USAR GESSO  USAR TIPÓIA

NÃO PISAR

FAZER USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO

MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO

RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA

(1)

Italo Maia Vieira  
Médico  
CRM/AC 1500

AGENDAMENTO:

PS - REGULAÇÃO DE LEITOS  FUNDHACRE

Residência AC

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180398430      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LUCIMARA DE SOUZA      **Data do acidente:** 16/03/2018      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
OLIVEIRA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

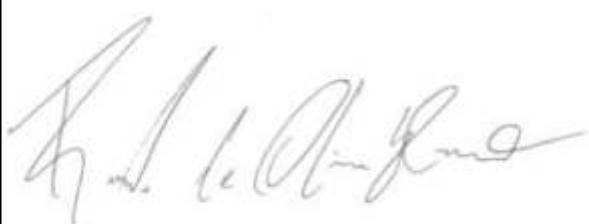
**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA  
Cédula de Identidade

Nome: MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA

RG: 343485 - SSP/AC

CPF: 828.061.782-20

Emissão: 24/02/2014

Validade: 24/02/2019

Tipo de Profissional: TÉCNICO

Título de Eleitor: 0046307332468

Zona: 001

Seção: 0468

Nascimento: 02/12/1984

Nacionalidade: BRASILEIRA

Morais: RIO BRANCO - AC



Valido em todo Território Nacional

*Maria Lucimara de Souza Oliveira*  
Assinatura do Portador

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA

Nome: MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA

Diplomado pela: CETAC CURSOS TÉCNICOS

Data Diplomação: 03/07/2013

Grupo Sanguíneo: O

Fator RH: POSITIVO

Observações: TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS



Assinatura do Presidente do CRF-AC

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MÍNISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
<b>DETAN - RO</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>	
<b>Nº 014529782243</b> <b>VIA CÓD. RENAVAM</b> <b>1 569893828</b>	
<b>R.N.T.C.</b> <b>*****</b> <b>EXERCÍCIO</b> <b>2018</b>	
<b>NAME</b> <b>MARLENE OLIVEIRA DA SILVA</b> <b>*****</b> <b>*****</b> <b>PORTO VELHO/RO</b>	
<b>CPF / CNPJ</b> <b>216.977.872-15</b> <b>PLACA ANT / UF</b> <b>NCE9865</b>	
<b>PLACA</b> <b>NCE9865</b> <b>CHASSI</b> <b>9C2KC1670DR036360</b>	
<b>ESPECIE TIPO</b> <b>PSG/MOTOCICLETA/NAO APLIC.</b> <b>COMUSTANTE</b> <b>ALCO/GASOL</b>	
<b>MARCA / MODELO</b> <b>HONDA/CG 150 FAN ESI</b> <b>ANO FAB.</b> <b>2013</b>	
<b>ANO MOD.</b> <b>2013</b>	
<b>CAP / POT / CH</b> <b>2P/OCV/149CC</b>	
<b>CATEGORIA</b> <b>PARTIC</b> <b>COR PRE</b> <b>DOMINANTE</b> <b>PRETA</b>	
<b>COTA ÚNICA</b> <b>VENC. COTA ÚNICA</b> <b>1º</b>  <b>FAIXA IPVA</b> <b>PARCELAMENTO</b> <b>COTAS</b> <b>2º</b>  <b>3º</b>	
<b>PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)</b> <b>180,65</b> <b>PRÉMIO TOTAL (R\$)</b> <b>68.65185,18</b> <b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>***/***/***</b>	
<b>DESCRIÇÃO</b> <b>ALIENADO A BANCO HONDA SA2088855/ R</b> <b>EST. TRIB/</b>	
<b>LOCAL</b> <b>PORTO VELHO/RO</b> <b>DATA</b> <b>25/09/18</b>	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RO Nº 014529782243 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
MAC DPVAT 0800 022 1204

<b>EXERCÍCIO</b> <b>2018</b>		<b>DATA EMISSÃO</b> <b>25/09/18</b>	
<b>PLACA</b> <b>NCE9865</b>		<b>RENAVAM</b> <b>569893828</b>	
<b>MARCA / MODELO</b> <b>HONDA/CG 150 FAN ESI</b>		<b>ANO FAB.</b> <b>2013</b>	
<b>CHASSI</b> <b>9C2KC1670DR036360</b>		<b>DATA TARE</b>	
<b>PRÉMIO TARIÁRIO</b>			
<b>R\$ 180,65</b>	<b>DETAN (R\$)</b> <b>9.03</b>	<b>CUSTO DO SEGURO (R\$)</b> <b>90,33</b>	
<b>VALOR DO BILHETE (R\$)</b> <b>4.15</b>			
<b>VALOR PAGO (R\$)</b> <b>68,65</b>			
<b>VALOR PAGO (R\$)</b> <b>185,18</b>			
<b>PAGAMENTO</b> <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO			
<b>DATA DEQUITACAO</b> <b>***/***/***</b>			

SEGURODPVAT  
SEGURODPVAT

Investprev Seguradora S/A

14 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marlene Oliveira da Silva Lison,  
RG nº 572784, data de expedição 1/1/,  
Órgão 55P/RD, portador do CPF nº 216.977.872-15, com  
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de  
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Primavera N° 90 Bairro: Universitário nº 90,  
complemento esq, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Vanu Luizara de Souza Oliveira cujo o condutor era  
Elison Silva do Vale.

Veiculo: Moto  
Modelo: Honda/CG 150 FAN ESI Cor: Preta.  
Ano: 2013  
Placa: NCE 9865  
Chassi: 9C2KC167PDR036360  
Data do Acidente:  
Local e Data: Rua: Itaúna Parque / Rua: 1a Fase - a data: 16/03/19

---

**Assinatura do Declarante**

**Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )**

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE REGISTRO CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO - AC  
 Fabrício Mendes dos Santos - Tabelião/Oficial de Registro Civil  
 Av. Com. nº 2513, Salo 04, Bairro Dois Irmãos - CEP: 69.000-300 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3284-9117

Recebido por VERDADEIRA, a(s) firma(s) de  
**MARLENE OLIVEIRA DA SILVA CESAR**  
 Do que dou fe. Rio Branco - AC, 08 de Agosto de 2018. Custas e Emolumentos R\$ 3,30  
 Em teor, \_\_\_\_\_ da verdade

**ANTONIA MARIA RIOS GOUVEIA-ESCREVENTE**  
 Selo Digital nº AG349714-80 - Cod. Valid. 761D-83PA-2247-64F8  
 Consulte a autenticidade do selo em: [www.selodacrise.com.br](http://www.selodacrise.com.br)

ESTAMPA DIGITAL AUTOMATICA DA SED/AC

INVESTPREV

28 AGO 2018

## ENTRADA

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009912/2018

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: bem fica

Complemento: rod ac 40

Telefone: (68) 99977-7984 (Celular)

Nº km08

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

## RELATO/HISTÓRICO

O comunicante relata que na data do dia 16/03/2018 trafegava na motocicleta HONDA CG 150 FAN PLACA NCE 9865, com MARIA LUCIMARA na garupa, quando colidiu na lateral direita do veículo POLO PLACA NAD 6136. Que MARIA LUCIMARA foi lesionada no joelho direito onde passou por cirurgia. Que a motocicleta ao qual o comunicante pilotava é de propriedade da senhora MARLENE OLIVEIRA DA SILVA. BAT Nº 1304/2018

## ASSINATURAS



Dulciane Luna Barbosa  
Responsável pelo Atendimento



Clebson Silva do Vale  
(Comunicante)



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

Rafael Marcos Costa Pimentel  
Delegado(a) de Polícia



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009912/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/04/2018 10:55 Data/Hora Fim: 03/04/2018 11:13  
Origem: Polícia Judiciária  
Delegado de Polícia: Rafael Marcos Costa Pimentel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional  
Data/Hora do Fato: 16/03/2018 14:19

Local do Fato

Município: Rio Branco  
Logradouro: rua Iatorre

Bairro: Isaura Parente

Tipo do Local: Via Pública

<b>Natureza</b>	<b>Meio(s) Empregado(s)</b>
-----------------	-----------------------------

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Não Houve  
da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

EN VOLVIDO(S)

**Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

**Nome: CLEBSON SILVA DO VALE (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Rodrigues Alves

Nasc: 15/07/1991

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Maria Lucia de Oliveira Silva

Nome do Pai: Eufrasio Ferreira do Vale

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 11484519

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.716.462-11

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: ramal bom futuro

Bairro: vila acre

Telefone: (68) 99921-7895 (Celular)

**Nome: MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA (VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 02/12/1984

Profissão: Técnico de Laboratório

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Parda

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 828.061.792-20

Endereço

Delegado de Polícia Civil: Rafael Marcos Costa Pimentel  
Impresso por: Dulcilene Luna Barbosa  
Data de impressão: 03/04/2018 11:13  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206** (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

328.061.792.20

maria lucimara de souza oliveira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
maria lucimara de souza oliveira	328.061.792.20	receuse
Endereço	Número	Complemento
ru. Daniel	156	casa
Bairro	Estado	CEP
Benfica / Zona - ruad Rio Branco	Alône	69.909.710
Email	Telefone (DDD)	
	1681 3301-6477	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

681 99918-3322

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

1681 99977-7984

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

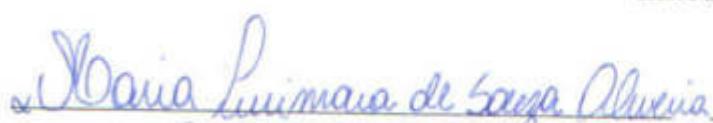
**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRC
Caixa Econômica		104
AGÊNCIA	CONTAS	DNV
Nº	Nº	
2278	001	00035061
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rio Branco/AC 15 de agosto de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal