

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 OLIVEIRA **Data do acidente:** 16/03/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2018
Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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 <i>Maia Inês de Souza</i>			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	
		<i>Fisio de n.m.</i>	
CID 10			
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID 10 PRINCIPAL	
<i>Fratura de pto 15</i>		<i>582.1</i>	
OBSERVAÇÕES			
<i>Ganho de ADM</i> <i>A I inicia com medicação.</i>			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)	
		<i>8/15/18</i> <i>Italo Maia Vieira</i>	
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 ISAUARA 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	Idade: 33 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

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

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

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

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

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

Situação: F

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	
	Dt./Hr. Saída Base: 16/03/2018 14:16	Data/Hora Envio Equipe: 16/03/2018 14:16
	Dt./Hr. Saída Local: 16/03/2018 14:40	Dt./Hr. Chegada Local: 16/03/2018 14:23
	Dt./Hr. Saída Destino: 16/03/2018 14:50	Dt./Hr. Chegada Destino: 16/03/2018 14:44
		Dt./Hr. Chegada Base: 16/03/2018 14:50

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada 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**



SUS

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

HUERB

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

2601577

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Maria Luciana de Souza Oliveira

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

88804

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

219171010213121317101617151

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/12/84

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

10.1 - BRANCA

11 - NOME DA MÃE

Maria da Conceição de Souza

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 011 31234567

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 011 31234567

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Alexandre Lopes, 82 - Jd. Paraisópolis

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

AC

19 - CEP

15.000-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

dox + etan - in Tealla (A)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

++o cirúrgico

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

RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

801. phlo f. l. (A)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONS)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

16/08/18

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

SAME / HUERB

COPIA

FORME ORIGINAL

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

Regist 88809

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA DOC.: CNS
IDADE.....: 33 ANOS NASC: 02/12/1984 SEXO.: FEMININ
ENDERECO.....: TRAV.ALEXANDRE LOPES NUMERO: 87
COMPLEMENTO....: BAIRRO: JOSE AUGUSTO
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-00
NOME PAI/MAE...: NAO CONSTA /MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA
RESPONSAVEL....: A MESMA TEL....: 3223.039
PROCEDENCIA....: JOSE AUGUSTO
ATENDIMENTO....: CONSULTA/PRESCRICAO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: ___/___/___

Acidente automobilístico, proveniente da
rua Tall... (D)

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

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

DIAGNOSTICO:

Fr. 1. pl. t. b. e. (D)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- I - t - a - g - a
- I - m - m - o - b - i - l - i - z - a - c - a - o
- O - c - i - d - e - n - t - e

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] 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

Daniel Franco
Oncologista

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

REGISTRO PACIENTE

MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA

IDADE

33

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

167

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 16/03/11/2017

FX DE PLATO TIBIAL DIREITO

CD INTERNA?70 + IMOBILIZA?70
GESSADABEG. COM DOR LEVE A MODERADA,
EDEMA NO JOELHO ++/4 PERFUSAO E
NEUROLÓGICO PRESERVADOS.

SOL LAB PRE

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0.9% 500ML IV 12/12/H

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N

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

Italo Maia Vieira
Médico
CRM/AC 1500

S/N/D
5/16/2008

Do 08:00h às 16:00h paciente
encontra-se no leito, calmo,
disponível, apresenta boa
resposta de cooperação, com
pele de cor amarelada,
fóveas de flexão + rousso
positivas, não medicações
p.m. e outros a serem
devida, F.F.P.

04:00 paciente el
no leito, está, supe
aparece, dispo
de, apresentando
afecção. F.F.P.

INVESTPREV
28 AGO 2018
ENTRADA

SAME / HUERB
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

PACIENTE

MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA

DADN

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LET

167

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/OK 16/03/14/2017

FX DE PLATO TIBIAL DIREITO

CD INTERNA?? + IMOBILIZA??
GESSADA
BEG. COM DOR LEVE. EDEMA NO
JOELHO +4 PERFUSAO E
NEUROLÓGICO PRESERVADOS.

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0.9% 500ML IV 12/12/11

0/6 FDG

3. DIPYRONA 1GR EV DILUIDO 606/71

6

4. TRAMAL 100MG + 100ML 5F0,9% EV 8TB S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO SAN

5. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA Q.E.

7. CURTAINING

P. VITRINAE OLIVIERI

[illegible]

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFIRME ORIGINAL

Italo Maia Vieira
Médico
CRM/AC 1500

28 AGO 2018
ENTRADA

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

digitado e impresso em 21/03/2018 às 12:07:37

REGISTRO

PACIENTE

MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA

IDADE

33

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

167

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI 18/03/11/2017

FX DE PLATO TIBIAL DIREITO

CD INTERNA770 + IMOBILIZA770
GESADA

BEG. COM DOR LEVE. EDEMA NO
JOELHO +14

PERFUSAO E NEUROLÓGICO
PRESERVADOS.

AGUARDANDO AGENDAMENTO.

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

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

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 DILUIDO S/N

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CURATIVO 1X/DIA

8. CUIDADOS GERAIS

9. TELATIL 1 AMPOLA IM 1 X AO DIA

10. CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA

ALTA

HOSPITALAR

Italo Maia Vieira
Médico
CRM/AC 1500

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

On 10/03/18 - Paciente recebeu
ta. oxir e medicação.
On 16/03/18 - Paciente re-
feita medicação endo-
sterna e recebeu 08
medica
Omiti Clin 11/11/18
Tel. de Emergência
COREN/AC

INVESTPRIV
28 AGO 2018
ENTRADA



Novo Acre
Desenvolvendo pessoas, para desenvolver o Acre

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

UPA Baixada da Sobral Franco S/N
End. Estrada da Sobral S/N
CNPJ: 04.034.526/0001-43

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: UPA SOBREL
Para: RS. ORTOPEDIA
Nome do paciente: MARIA LUCIMARA DE SOUZA
Hipótese diagnóstica: FRATURA FRATURA TÍBIA

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Paciente de 33 anos de idade
com histórico de acidente de transi-
to onde houve colisões entre moto -
carro. Rombo de mandíbula em
UPA com limitação de movimento.
RX FRATURA FRATURA TÍBIA
MTA

Solicito encaminhamento para AVALIAÇÃO
e tratamento

Lucia Springer Suzuki
MÉDICO
CRM 19877-AC

16 MAR 2018

ASSINATURA

DATA: 1 / 1 / _____

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

plesea lucimera de S. Oliveira
33 anos

16
03
18

18.30h

SAME / HUERB
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

0.3 F/m N 25

0.13

V1

V4

CH

II

aVL

V2

V5

III

aVF

V3

V6

II

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: do

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

SAME / HUERB

CÓPIA

Exame Físico:

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório:

fratura plav. f. b. l. (D)

Diagnóstico Definitivo:

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

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

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

0408050225-5.824

MS/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO	
No. DO BE: 2539409		DATA: 30/03/2018	HORA: 06:25
CNS: 898002323706731		SETOR: 06-SALA DE GESSO	USUARIO: ERICO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	MARIA LUCIMARA DE SOUZA OLIVEIRA		DOC...: NT
IDADE.....	33 ANOS	NASC: 02/12/1984	SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....	TRAV.ALEXANDRE LOPES		NUMERO: 87
COMPLEMENTO....	BAIRRO: JOSE AUGUSTO		
MUNICIPIO.....	RIO BRANCO	UF: AC	CEP...: 69900-000
NOME PAI/MAE...	/MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA		
RESPONSAVEL....	ESPOSO LUCIANO DE OLIVEIRA	TEL...: 3223.0395	
PROCEDENCIA....	JOSE AUGUSTO		
ATENDIMENTO....	CONSULTA/PRESCRICAO		
CASO POLICIAL..	NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO	
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: MC - Dor em Joelho DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /			
Paciente apresenta FX de plomalto tibial, se apresenta no centro cirurgico para realizar cirurgia corretiva eletiva. Osteosintese de plomalto tibial.			
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]			
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]			
DIAGNOSTICO: FX de plomalto tibial (D)		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
1) Cirurgia Eletiva.			
30/03/18		Paulo Marcelino S. Jr. CRM 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
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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor e edema em membro inferior direito

SAME / HUEB
CÓPIA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Varicela

CONFORME ORIGINAL

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

Raio X
Exame físico

RX de Plomelto Tibial (D)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Antonio L. S.

30/03/18

Paulo Marcelino S. Jr.
Médico
CRM 8004

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA



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



UNIDADE:

NOME: Maria Luíza de Souza B.E.: 33 OBSERVAÇÃO CA LETTO: 114

OBSERVAÇÃO CC LEITO: 116

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
30/03/18	Fratura da Plató Tiliod (1) DT: 16/03/18	1) Dieta livre 2) Sol Fricol 500mg EV C/6/6H - 16:00 3) Cefalotina 1g EV C/6/6H - 16:00 4) Dipirona 1g EV C/6/6H - 16:00 5) Tramadol 100mg ? EV C/8/8H Plavix 100mg. ? EV C/8/8H Sol Fricol 500mg. S/N.	16:00 16:00 16:00 16:00 16:00 16:00 16:00	As 15:30 Recebeu anal- gesia com CCB, 40mg intravenosa, comu- nicação com a família e planejamento de cuidados para o período de alta em com o planejamento em 5M: PA: 103x44 mmHg, FC: 77bpm, SAO2: 98% em O2 CORREVAZUS.
31/03/18	Fratura da Plató Tiliod (1) DT: 16/03/18	1) Dieta livre 2) Sol Fricol 500mg EV C/6/6H - 16:00 3) Cefalotina 1g EV C/6/6H - 16:00 4) Dipirona 1g EV C/6/6H - 16:00 5) Tramadol 100mg ? EV C/8/8H Plavix 100mg. ? EV C/8/8H Sol Fricol 500mg. S/N.	16:00 16:00 16:00 16:00 16:00 16:00 16:00	As 15:30 Recebeu anal- gesia com CCB, 40mg intravenosa, comu- nicação com a família e planejamento de cuidados para o período de alta em com o planejamento em 5M: PA: 103x44 mmHg, FC: 77bpm, SAO2: 98% em O2 CORREVAZUS.

CONFORME ORIGINAL

28 AGO 2018
ENTRADA



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 Raucimara 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 CIRÚRGIA 08:50 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 10:30

CIRURGIÃO Dr. Antonio AUXILIAR(ES) Lúcia + Marcelino

ANESTESISTA Dr. Vinícius INSTRUMENTADOR Lutero

CIRCULANTE Dr. A ENF Maria José

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% <u>1</u>	AGULHA DESC Nº <u>40/12 = 11</u>	FIO VICRYL <u>3-0 F</u>
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>300 ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE <u>27 1</u>	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA ✓
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>300</u> ✓
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>20 = 11</u>	GORRO <u>15</u>
DILUENTE	ABOCATH Nº <u>18</u> ✓	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO ✓	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 <u>1</u>
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 <u>1</u>
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO ✓	LUVA CIRÚRGICA 8,0 <u>1</u>
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS ✓	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>08</u>
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>24 111</u>
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL <u>-30,9</u> ✓	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>1 1 1</u>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>30</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE <u>24 1 = 200</u>
PAVULON	ELETRODOS <u>1</u>	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO <u>1</u>	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <u>11</u>	PROPE <u>1 1 1 1 = 30</u>
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% <u>1</u>	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO <u>1</u>	FRALDA <u>1</u>	SERINGA DE 5 ML <u>11</u>
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML <u>11</u>
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML <u>11</u>
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER <u>(20) 111</u>	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>10 11</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK <u>SAME / HUERB</u>	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

INVESTPREV
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 Lucimora de Souza Oliveira
IDADE: 33 OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura de plomalto Tibial (D)

CIRURGIA PROPOSTA: Osteosíntese de plomalto Tibial (D)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: A mesmo

DATA: 30/03/18

CIRURGIÃO: Dr Antonio José

1º AUXILIAR: Dr Liria

2º AUXILIAR: Dr Marcondes

INSTRUMENTADOR (A) _____

ANESTESISTA: Dr Virginia

ANESTESIA: Roquimedulor

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

DESCRIÇÃO: SAME / HUEB
CÓPIA

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM (X) NÃO CONFORME ORIGINAL

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(X) ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) Paciente em DDH, sob anestesia roquimedulor
2) Antisepsia e lavagem + colocação de comp. esteril

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: <u>Maria Lacomana da Souza</u>				Idade: <u>33</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u></u>	Registro / BE: <u>2534709</u>
<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<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 Co (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh
Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP

Histórico Pré-Operatório: Fratura do Maxilar Inferior

Doenças: ☐ Asma ☐ Bronquite vv. (4)

ECG: Sinusal

Alergias: Não

Complacência:

Diagnóstico/Dentes: Não

Indicação: Não

Síntese Mental: LOTE

Lesões Anteriores:

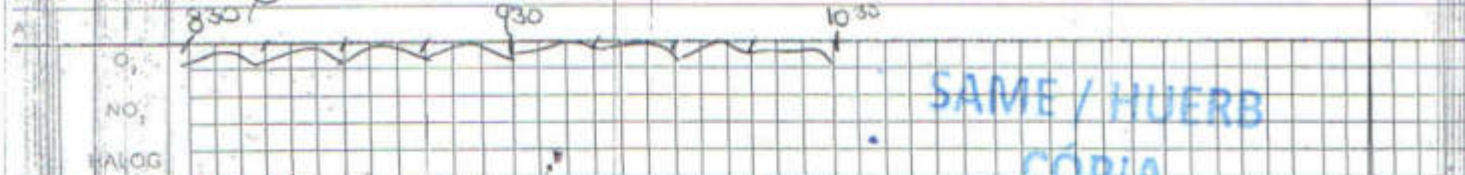
ASA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Risco:

Pre-anestésico:

Hora: 8:50

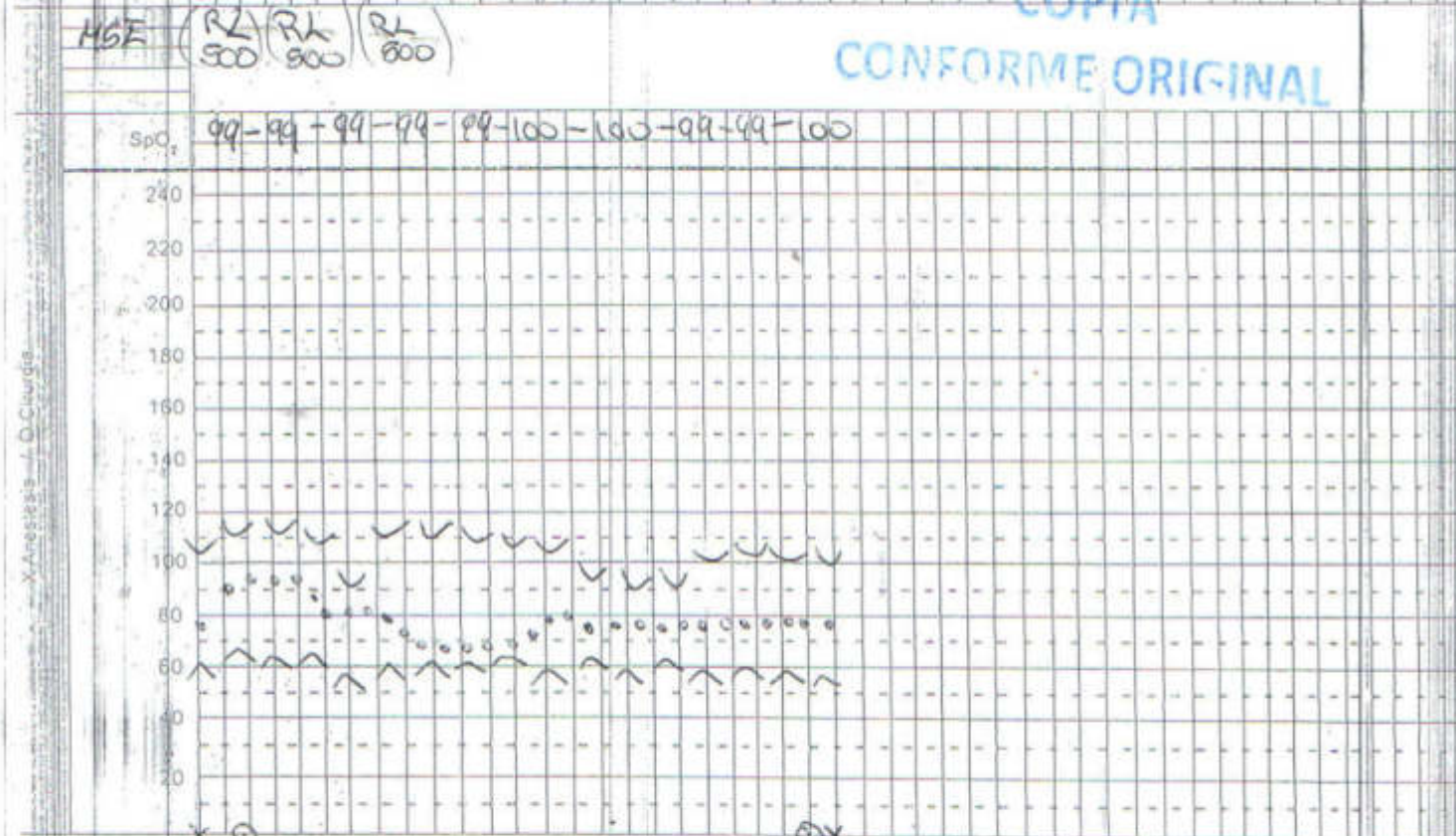
Efeito:



SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



DROGAS ADMINISTRADAS	Técnica:	Monitorização:
1. Fentanil 50mcg	2. Ringer + Sufentanil + Gaseão	ECG / Oxim / Pneu
2. Midazolam 2,5mg	Cirurgia:	Ap. Resp:
3. Propofol 10mg	Obstetria:	Ap. CV:
4. Morfina 50mcg	Cirurgião/Auxiliar:	
5. Codeína 20mg	Dr. Antônio + Jéssica	
6. Diprivan 50mg	OBS:	
7. Diprivan 50mg	INVESTPREV	
8. Diprivan 50mg	Dra. Mariela Ruiz Moraes	
9. Diprivan 50mg	CRM de Anestesiologia	
10. Diprivan 50mg	CRM - 1001	
11. Diprivan 50mg	28 AGO 2018	
12. Diprivan 50mg	Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):	
13. Diprivan 50mg	ENTRADA	

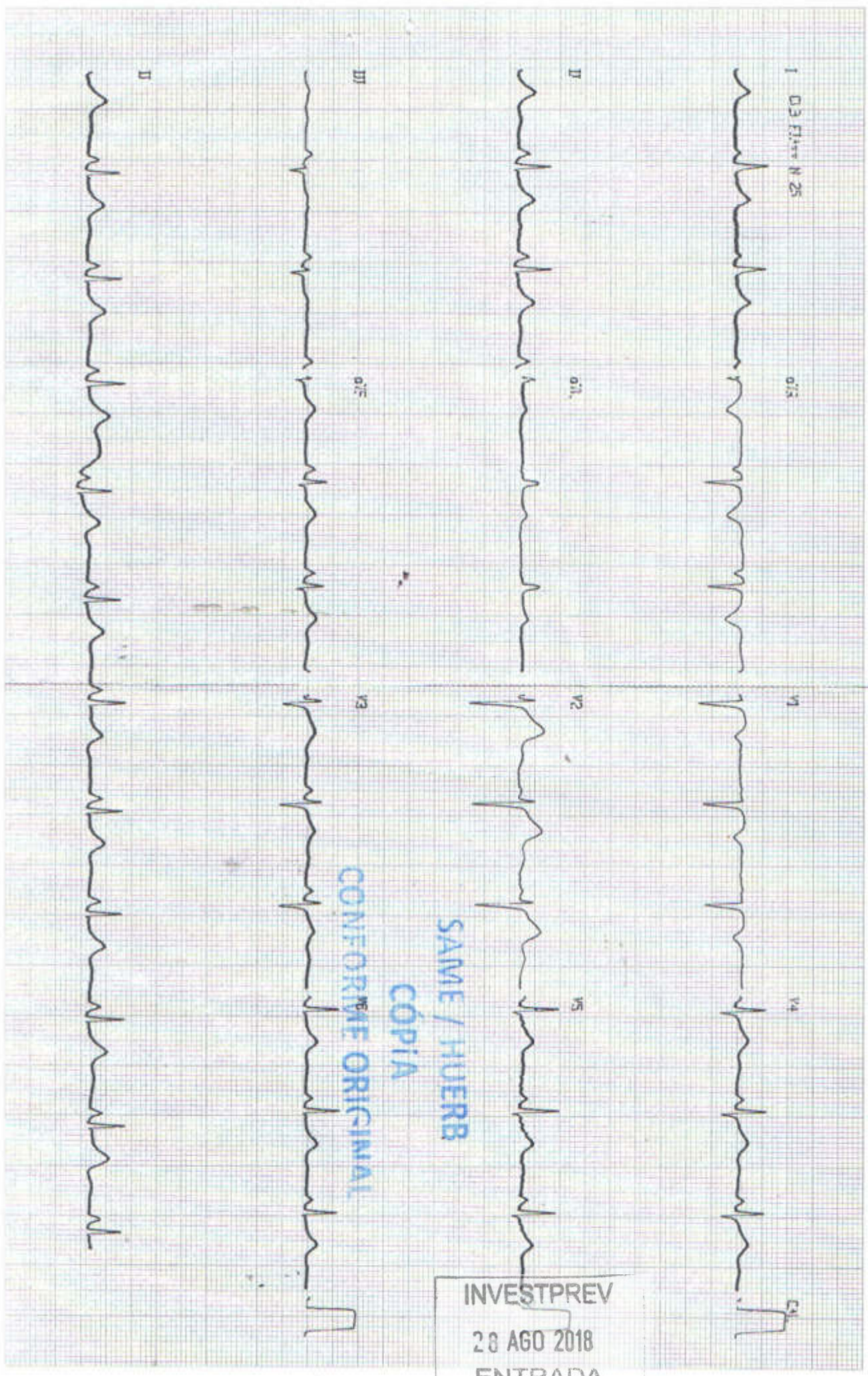
Dra. Virgínia
Médica Anestesiologista
CRMAC 1001

Virgínia

Maria da Paz de Souza
69 anos

$\frac{20}{63}$
18

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: Paciente refere dor em joelho direito após acidente automobilístico.

SAME / HUEB

História da Doença Anterior:

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Exame Físico: Dor ao movimento de joelho direito 2+/4+, sensibilidade preservada, equimose em joelho direito.

Diagnóstico Provisório: Fratura de platô tibial direito.

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

Paulo Marcelino S. Jr.
5004

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

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

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AC

RELATÓRIO DE ALTA

NOME:

Monica Luciana de Souza

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

Dr:

Antonio Jr

DT: 18/03/18

DC: 30/03/18

DIAGNÓSTICO

Fx M. proximal do tibial

(1)

CONDUTA:

Exatendite de Merial

tibial (1)

CUIDADOS GERAIS:

☒ COMPARECER 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

()

AGENDAMENTO:

() PS - REGULAÇÃO DE LEITOS () FUNDHACRE

Italo Maia Vieira
Médico
CRM/AC 1500

Rio Branco, 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 OLIVEIRA **Data do acidente:** 16/03/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2018

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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		
Classificação CRF/AC 364	RG 343485 - SSP/AC	CPF 828 061 792-20
Emissão 24/03/2014	Validade 24/03/2019	
Tipo de Profissional TÉCNICO		
Título de Eleitor 004630732488	Zona 001	Seção 0468
Nascimento 02/12/1984	Nacionalidade BRASILEIRA	
Naturalidade RIO BRANCO - AC		



Maria Lucimara de Souza Oliveira
Assinatura do Portador

Valida em todo Território Nacional



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA

Filiação MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA		
Organizado pela CETAC CURSOS TÉCNICOS		
Data de Emissão 03/07/2013	Grupo Sanguíneo O	Fator Rh POSITIVO
Observações TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS		

[Assinatura]
Assinatura do Presidente do CRF - AC

INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RO Nº 014529782243
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 569393828 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NC ME
MARLENE OLIVEIRA DA SILVA

PORTO VELHO/RO

CPF / CNPJ 216.977.872-15 PLACA NCE9865

PLACA ANT / UF NCE9865 CHASSI 9C2KC1670DR036360

ESPECIE TIPO PSG/MOTOCICLETA/NAO APLIC. ALCO/GASOL COM. UNIVEL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PRE DOMINANTE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS

PAIXA LIVRA PARCELAMENTO COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180,65 PREMIO TOTAL (R\$) 68,85 DATA DE PAGAMENTO **/**/18

ALIENADO A BANCO HONDA SA 2868855/ R EST. TRIB/

PORTO VELHO/RO 25/09/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA/A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - 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.seguradora lider.com.br

IAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 25/09/18

VIA 1 216.977.872-15 PLACA NCE9865

RENAVAM 569893828 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2013 CHASSI 9C2KC1670DR036360

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 PREMIO TOTAL (R\$) 68,85 DATA DE PAGAMENTO **/**/18

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **/**/18

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.346.608/0001-04

Investprev Seguradora S/A

14 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marlene Oliveira da Silva Cesar,

RG nº 572784, data de expedição / / ,

Órgão 55P/RO, 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 caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Baria Luimara de Souza Oliveira cujo o condutor era

Elilson Silva do Vale.

Veículo: moto

Modelo: Honda/CG 150 FAN ESI cor: Preta.

Ano: 2013

Placa: NCE9865

Chassi: 9C2K C167 PAR036360

Data do Acidente:

Local e Data: Rua: Vovó Parente / Rua: La Torre -> data: 16/03/18



Assinatura do Declarante

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



INVESTPREV

28 AGO 2018

ENTRADA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009912/2018

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: bem fica

Nº km08

Complemento: rod ac 40

Telefone: (68) 99977-7984 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)


Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

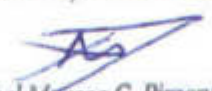
O comunicante relata que na data do dia 16/03/2018 trafegava na motocicleta HONDA CG 150 FAN PLACA NCE 9865, com MARIA LUCIMARA na garupa, quando colidiu na lateral direita do veículo POLO PLACA NAD 6136, Que MARIA LUCIMARA foi lesionada no joelho direito onde passou por cirurgia, Que a motocicleta ao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

ASSINATURAS


Dulcilene Luna Barbosa
Responsável pelo Atendimento


Clebson Silva do Vale
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delibram, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


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

Rafael Marcos Costa Pimentel
Delegado(a) de Polícia

INVESTPREV**28 AGO 2018****ENTRADA**



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 Iatorte

Bairro: Isaura Parente

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(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: Eufrazio 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

828.061.792.20

Nome completo da vítima

Maria Luísimara de Souza Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Luísimara de Souza Oliveira	828.061.792.20	recebeu
Endereço	Número	Complemento
Av. Daniel	156	Casa
Bairro	Estado	CEP
Benfica (Zona rural) Rio Branco	AC	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

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 Caixa Econômica 104
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 2278 001 00035061 0
 (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 15 de agosto de 2018

Local e Data

Maria Luísimara de Souza Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal