

# 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: 07/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: PEDRO OLIVEIRA MIRANDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03423

CONTA: 00000001924-0

---

Nr. da Autenticação 491DCAF7AA429969

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190156997      **Cidade:** Porto Acre  
**Vítima:** PEDRO OLIVEIRA MIRANDA      **Data do acidente:** 29/10/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 26/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

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

---

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190156997**      **Vítima: PEDRO OLIVEIRA MIRANDA**

**Data do Acidente: 29/10/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PEDRO OLIVEIRA MIRANDA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **PEDRO OLIVEIRA MIRANDA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003423**

Conta: **000001924-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



04080019/58 AUSA EXTERNA 0408010134/5427

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2593882 DATA: 29/10/2018 HORA: 13:10 USUARIO: OTERVAL  
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : PEDRO OLIVEIRA MIRANDA DOC..: RG 0235844  
IDADE.....: 47 ANOS NASC: 11/04/1971 SEXO..: MASCULINO  
ENDERECO....: AC 10 KM 29 NUMERO:

COMPLEMENTO....: BAIRRO: AC 10

MUNICIPIO....: PORTO ACRE UF: AC CEP...:

NOME PAI/MAE...: MODESTO MONTEIRO MIRANDA / ANGELINA SANCHAS DE OLIVEIRA

RESPONSAVEL....: FILHA- JANE TEL...: 99933-1180

PROCEDENCIA....: VILA DO INCRA

ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO

ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pontos escoriais pelo corpo, com hiperemia, edema e hematoma, ausência de dor, sensibilidade e paroxismo de dor. Fissura em região retro esterno e dor anterior, ótimo esforço respiratório, respiração acelerada, pernas edemaciadas, dor lombar.

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

DIAGNOSTICO: bld s/p Abd. Flatus. Bloco de abd. CID: 51, 101

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Tirofase 10mg (D) 13h30

5) SF 09/10/2018 (D)

2) Dipirona 250mg (D) 13h30

(D) 10/10/2018

3) PTQ, snc (D)

6) Dipirona 250mg (D)

4) cafeína 0,025g (D) 13h30

(D) 10/10/2018

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

Dr. Max

Cirurgião Geral

CRM/AC 1816

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS FAMILIA [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

it CRM/AC  
29.10.18  
15:55pm

Paciente vítima de fratura exposta por acidente  
motociclistico que ocorreu dia 26/10/2018.  
Fratura de côndilo alta. No exame de negra inden  
dentes nenhuma fratura nas medias. As fraturas clavos  
externos e internos bem satisfatória sem clivagem  
e deslocamento.

CONFORME ORIGINAL

* 41) São paulo, alto-tuc		CB: Conservador / sem hérnia e frigidez no membro.	
Suturado fechado		Instituto de CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PRECOCE	
HUEB ALERGIAS NED: NEGA		PROTOCOLO DE MANCHESTER	
		CLASSIFICAÇÃO:	
		VERMELHO	
NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA		NEGA	
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARÂMETROS		PA: 829x75 mmHg Temp.: °C Sat. O <sub>2</sub> : 96 % Peso: 87 bpm	
		Glicemias: mg/dL	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		Glasgow: Alterado ( ) Não alterado (X)	
RECLASSIFICAÇÃO		HORÁRIO:	

#### RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As \_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- Medicação Via Oral - VO, com \_\_\_\_ ml de água polável;
  - Medicação Intramuscular - IM, local: \_\_\_\_\_
  - Medicação Endovenosa - EV, puncionado em ( ) MSE ( ) MSD, local: \_\_\_\_\_ com ( ) Jelco nº: \_\_\_\_\_ ( ) Scalp, nº: \_\_\_\_\_
  - Medicação sublingual;
  - Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_
- NºZ: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrelações:

Assinatura/COREN: \_\_\_\_\_

#### ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 13h10 Admitido na SET, trazido pelo SAMU com prancha fixa e com colar cervical. Vítima de colisão moto x carro. Apresentando possível deformidade em MSB, dorax, FRC em movimento e Tórax. Paciente lucido, orientado, comunicativo e colaborativo. Respirando em ar ambiente. Negava vômitos e perda da consciência e alergias. SPO<sub>2</sub>: 94% 829x75 mmHg, Pulse 87 bpm, SPO<sub>2</sub>: 96%. A. Enf. Petecas Vena Cavaux. Geléctes S.B. Vieira, Enfermeira COREN-AC 388.293

FC de CMO 3/4  
col. Obs. C.G.C.

23-10-18 as 17  
deu entrada no  
paciente procede  
mento ortopédico  
lateral cervical  
expõe o FRC. PA 137/77  
GOMTRY FC 95 bpm  
SPO<sub>2</sub>: 93% Esg. 100%

Ontoparoto: Procinto recto profundo de fronte  
TF: Edema + de proeminencia "cicatriz" sem  
alterações ou artus negros.

Lx: Profunda edematosa

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

Sistema Único da Saúde		LAÚDO 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		Pedro Oliveira Mezendo		6 - N° DO PRONTUÁRIO					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - SEXO					
				Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	9 - 3				
11 - NOME DA MÃE				10 - RACA/COR		10.1 - ETNIA			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO		N° DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - TELEFONE DE CONTATO		N° DO TELEFONE			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS									
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
<p><i>Dores de barriga</i></p>									
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO									
<p><i>Congestão</i></p>									
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)									
<p><i>Exames feitos e punhado</i></p>									
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<i>Fx estomago</i>									
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
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			
				<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPS					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<i>José Meire</i>				25/01/2018		<i>25/01/2018</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)									
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N° DO BILHETE	
41 - SÉRIE									
42 - CNPJ EMPRESA									
43 - CNAE DA EMPRESA									
44 - CBO									
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA									
( ) EMPREGADO		( ) EMPREGADOR		( ) AUTÔNOMO		( ) DESEMPREGADO		( ) APOSENTADO	
( ) INSS									
( ) PIS									
( ) FGTS									
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR									
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
49 - DOCUMENTO		50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF									
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		52 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							



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

UNIDADE:  
NOME: Nelma Operário Pimenta



DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
20/01/18	• Piora constante de humor de	P Dext. 100mg O 300mg. Sairer 112100 O Diurético 1g de Cilene P Náuseas náusicas	5PM 500 1000 2000	Ao 20:00hs bco Agua. Omectone Mbedo a Cilene 20. Quissalce
		Motil 100mg. 1000mg. Sxt. 50 100ml	24:00	Acetato por dr. Fornador er.
		Sxt. 50 100ml		Talho de Cilene PA 142 173 mm
				HQ SP010 94 1/4 PC 84 68mm
				Notarista preceptor Externeira/
				CORR: 11203
				20:30h - Gabinete na CCP, para dar continuidade no tratamento. M.S.D mentando licador interno. Fui acenfa

Mundo com a pressão:

Fazia alergia medicamentos  
Tensões ou doenças progressivas  
- Reconstituição em massa.

Sem eletrocardiograma por  
faltas de eletro. Sintomas

disponíveis: P.A. = 117/75

- ECG:

Forçanélis 422273/5

Do ORN paciente segue  
um fato; suspirando e o  
abdominal sucede e comuni-  
ca, mantendo assim a  
mesma, aceitando deixa-  
r-se, aceitando deixa-  
r-se, suspirando puxa  
abdominal, suspirando puxa  
abdominal (+) medicado  
despacho (+) 150 x 8.0 mgmt  
C. F. M., P.A. 1150 x 8.0 mgmt  
Sem queixas. Demissão Dr. J. M. G. M.  
Tec. de Enfermagem  
CORENAC 718

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 17:15 SALA 01 DATA 29/10/2018

NOME DO PACIENTE Pedro Oliveira Miranda ID 474

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA ( ) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS (X)

ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUEANESTESIA ( ) LOCAL ( ) OUTROS (X) + Sustancia

INÍCIO DA ANESTESIA 18:00 TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO Fixação externo clínico

INÍCIO DA CIRURGIA 18:15 TÉRMINO DA CIRURGIA 19:00

CIRURGÃO Dr. Izanass AUXILIAR(ES) Dr. Alves

ANESTESISTA Dr. Pedro INSTRUMENTADOR Eliza

CIRCULANTE Nogari Dias + Elizabeth ENF Roseline

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
JACAINA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N° 10 X 12-1	FIO VICRYL
JACAINA SI VASO	ALCOOL 70% 200 ml	FIO ALGODÃO
JACAINA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
GENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
GENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA 5 mm
MINID	ASPIRADOR	GAZES 200
ONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
EPAN	ATADURA DE CREPON 15 x 11	GORRO
ENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
AMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
EFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
ANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
DSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
OCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
IN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
LAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 23-1
CAINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
CAI. A GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
TOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
RONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10	PANO P/ PACOTE (ÓB TO)
FINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE 500 ml
JLON	ELETRODOS DS	POVIDINE TINTURA 200 ml
POFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
SIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE
STIGMINE	ESPARADRAPO 20 cm	SCALP N°
ADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPORÉN	SWAB
O FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
O GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
O RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
ENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
MAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
JVEN 6%	FIO MONONYLON 3-0-1	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
50% Sarami	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SPARE COPY  
INFORME ORIGINAL

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 18:00	HORÁRIO: 18:30	HORÁRIO: 19:00
PA: 141x70 mmHg	PA: 144x67 mmHg	PA: 128x73 mmHg
FC: 91 bpm	FC: 80 bpm	FC: 87 bpm
SPO2: 96%	SPO2: 97%	SPO2: 97%

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

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Lote: 094798 Código: FOB 8 208  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEAR  
TIBIA/FEMUR T300 - ESTÉRIL  
Fabric.: 29/01/2018 Val.: 01/2023  
Registro ANVISA Nº: 80083650031  
Material: Aço Inox / Alumínio  
Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.881.622/0001-20 - Rio Claro / SP  
Tel: +55 19 3538-1910 - comercial@sartori.ind.br

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

RELATORIO  
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: PEDRO OLIVEIRA VIEIRAS  
IDADE: 47 OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura de clavos do punho

CIRURGIA PROPOSTA Trocog. externo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O clav.

CIRURGIA REALIZADA: O clav.

DATA:  
29/10/13

(CIRURGÃO:

Dr Marcelo Pimenta

2º AUXILIAR

1º AUXILIAR:

Dr Mariano Góes

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

Dr Pedro Marcelo Res.

ANESTESIA:

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO  SIM  NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO  SIM  NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA  CT  RESIDÊNCIA  ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

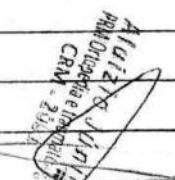
O paciente c/ DDH

O tratamento futurista

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

- ② pousada de pras de  
Schorz presidente e mais proximo  
a favelas e 2 meia das h's a prox  
③ polzinho sentado ou contado  
sentado no oponente
- ④ 100% de microscopio ok
- ⑤ crachá ok

SAME / HUERS  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL





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



29/10/18

### FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	Pedro Oliveira Mendes		Idade:	47	Sexo:	M	Cor:		Registro L BE:	2543882		
Setor proc:	<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				
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O <sub>2</sub> (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh				
Hm	Ht.	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP				
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Vávula Cristalina D</i>												
Ap: Resp:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	(+)	Complacência:							
ACV:	ECG: 125				Alegrias:	<i>N CGA</i>						
Ap. Digestivo/Dentes	<i>3x gema</i>				Pescoço	Peças Dent.						
Ap. Urinário:					Drogas em Uso:							
Estado Mental:	<i>Lote</i>											
Anestésias Anteriores:					ASA:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	Risco		
Medicação Pré-anestésica:					Hora:							
HORA:	<i>18h</i>				<i>19h</i>							
GASES	O <sub>2</sub>											
	NO <sub>2</sub>											
	HALOG											
Líquidos	<i>M&amp;E (DL) (5F) (500)</i>											
SÍMBOLOS	Respiração											
V Pressão Arterial / O Pulo / X Anestesia / O Cirurgia	SpO <sub>2</sub>	100	97	97	95	95	90	85	80	75		
		240	220	200	180	160	140	120	100	80		
		120	100	80	60	40	20					
		X	X									

DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:	Monitorização:
1º	Tramadol 50mg	Bloco Operatório + Gasogênio	ECG (Pain) / TOCO
2º	Fludiazolam 5mg	Cirurgia:	Ap. Resp.:
3º	Lidocaina 5% 20ml 1%	Escalda Estéril	
4º	Propofol 100mg	Cirurgião/Auxiliar:	Ap. CV:
5º	Dopivacaina 2g	Dr. J. Soares	
6º	Dexametasona 4mg	OBS.:	
7º			
8º			
9º		Anestesiologista (CRM e carimbo):	
10º		Dr. Mariana Almeida	
		CRM de Anestesiologia	

Pedro Coutinho  
Anestesiologista

# J.V. NOGUEIRA

Rua Isaura Parente, 671 - Sala 108 - Anexo ao Posto JC . . . . 68 - 322  
CEP.: 69.900-493 - Rio Branco - Acre  
Email.: jvngogueira2017@gmail.com

No. 000391

# PEDIDO

63 - 3223-5524 9.9985-3305

Hospital: HUEN - Cidade: São Paulo  
Paciente: Eliane Oliveira Marques Data Cirurgia: 23/02/2013  
Médico Resp. Dr. Valdir Lobo de Paula Convênio: SSI  
Prontuário: 212022 Procedimento: Fixação de ferida

Data: 23 / 10 / 2018

**VALOR TOTAL R\$**

11-90300-7



1108  
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO N° ..... À CLÍNICA: Ortopedia

ACIENTE: Pedro Oliveira Minamio

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 47 anos, com diagnóstico de  
Fratura de tíbia e fibula fechada.

Necessita de cirurgia ortopédica.

Solicito: Dr. Drá. Cirurgico

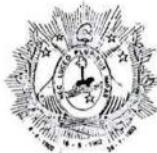
*Paulo Marcelino S. Jr.*  
CRM/AC 2217

NOME DO SOLICITANTE: ..... DATA: / / HORA: .....

RELATÓRIO DA CONSULTA:

*SAME / HUERB*  
*CÓPIA*  
*CONFORME ORIGINAL*

NOME DO MÉDICO: ..... DATA: / / HORA: .....



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

NOME: pedro oliveira Miranda DATA: 28/10/2018  
IDADE: 47 ANOS HORA: 14:00

### RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: /

Vesícula Biliar: /

Pâncreas: /

Rins: /

Aorta: /

Baço: /

Bexiga: /

Seu líquido livre na co-  
vidade abdômen está no nív-

el de retenção do exame.

O orde saudoso

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Medico" or a similar term.

Pedro Olveros Munoz -

30  
10

Ögslösa

47 years

I G3 F1,5- N 25

aVR



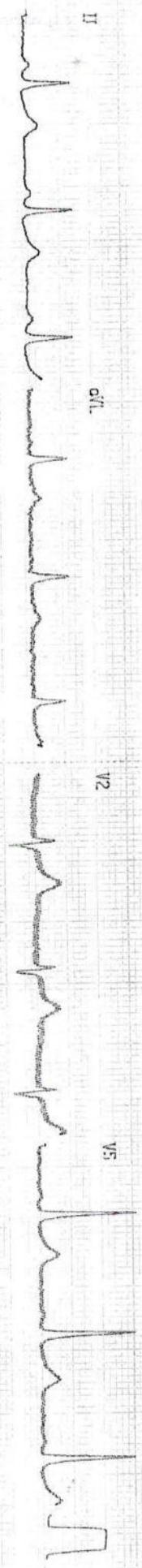
V1



V2



V3



V4



II



aVF



V5



V6



III

SAME / HUERB  
CÓPIA CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor no lado esq.

História da Doença Atual: policôrte com glaucoma de olho  
na base D. press. anormal de humor

História da Doença Anterior:

Exame Físico: GDENO + RENAL TESTIMONIO

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: TX Glauco de olho esq.

Motivo da Cobrança: /

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 5-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 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
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

ANEXO  
FOLHA  
INTERNA  
PACIENTE



## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

Renzo Almeida Nunes

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
20 FEV 2019  
PROTÓCOLO

MOTIVO: em Atendimento ao paciente  
apendite dev. do 2º grau linfofágico  
e ósteno gástrico biliar.  
No dia 29/10/18 fui operado  
com fixação de fundo e colostomia  
e remoção da parte da bexiga.  
Algo - No momento da lamar-  
ação - ocorreu no mº do abdômen.  
Data: 01/02/19 Rio Branco - Ac.

5423

Dr. Gessse Eüller  
CRM/AC/0001344  
CARIMBO: Clínica Traumatologia

BR 364 KM 02 Distrito Industrial Fone: (068) 3226-4883 - Cep: 69914-220 - Rio Branco - Acre  
e-mail: clinica.fundadore@ac.gov.br



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

434.169.262.34

Nome completo da vítima:

Pedro oliveira miranda

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

Nome completo:

Pedro oliveira miranda

Profissão:

recurso

Endereço:

Rm - linha 08 (AC10) 7073

Cidade:

Porto - Acre

Estado:

Acre

CEP:

69.900.000

Tel.(DDD):

(68) 3301-6477

Número:

7073 colonia

Complemento:

Rural

E-mail:

CPF:

434.169.262.34

99973-5801

99918-3322

ACIMA DE R\$10.000,00

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3423

09

CONTA: 0000 1924

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

claro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

20 FEV 2019

PROTÓCOLO

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data,

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 22/11/2018 Hora emissão: 09:14 Operador:
Nº da Ocorrência <b>1810290051</b>	Qtd. Vítimas <b>1</b>	Dt/Hr Início: 29/10/2018 11:54 Dt/Hr Término: 29/10/2018 14:22	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X CARRO	

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: SEBASTIÃO  
End: R LINHA 1  
Bairro: \*\*\*\* SELECIONE \*\*\*\*  
Cidade: PORTO ACRE  
CEP:  
Ponto de Referência: PROX A BASE DO SAMU

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

20 FEV 2019

**PROTOCOLO**  
AA BRANCO

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS  
Telefone do Solicitante: (68) 999810678  
Quem: CARRO MOTO / V DO INCRA

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

#### VÍTIMAS

Vítima <b>1</b>	Nome: Paciente 1 PEDRO OLIVEIRA MIRANDA Classificação: Endereço:	Idade: 48 ANO(s) CNS	Sexo: MASCULINO Documento:
--------------------	--	-------------------------	-------------------------------

#### AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima <b>1</b>	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Avaliação: PA 110/60, FC 92, SPO2 92%, LOTE	Data/Hora: 29/10/2018 13:27
Vítima <b>1</b>	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Avaliação: EQUIPE NO LOCAL: PACIENTE CONDUTOR DA MOTO, APRESENTA FRACTURA DE UMERO LADO DIREITO, COM HISTÓRIA DE DESMAIO E TRAUMA TORÁCICO	Data/Hora: 29/10/2018 12:52
Vítima <b>1</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Avaliação: SOLICITANTE INFORMA PCTE VÍTIMA DE COLISÃO DE CARRO COM MOTO	Data/Hora: 29/10/2018 11:57

#### AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

#### DECISÃO TÉCNICA

Vítima <b>1</b>	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 29/10/2018 12:52	Situação: F
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RBO - HUERB	Data/Hora: 29/10/2018 12:52	Situação: F
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Intercorrência:	Data/Hora: 29/10/2018 12:52	Situação: F
	Observação:		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 29/10/2018 12:52	Situação: F
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Intercorrência: Observação:	Data/Hora: 29/10/2018 12:52	Situação: F

**CONCLUSÃO**

**MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO**

SEQ	Veículo: USB 21 VILA INCRA Dt./Hr. Saída Base: 29/10/2018 12:04 Dt./Hr. Saída Local: 29/10/2018 12:48 Dt./Hr. Saída Destino: 29/10/2018 13:52	Data/Hora Envio Equipe: 29/10/2018 12:02 Dt./Hr. Chegada Local: 29/10/2018 12:43 Dt./Hr. Chegada Destino: 29/10/2018 13:52 Dt./Hr. Chegada Base: 29/10/2018 13:52
1		

**MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA**

Efectuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	29/10/2018 11:54		LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA
LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	29/10/2018 11:55	LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	29/10/2018 11:57	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	29/10/2018 12:53	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	29/10/2018 13:20	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	29/10/2018 13:20	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	29/10/2018 13:27	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	29/10/2018 13:52	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA