

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190096530

Nome do(a) Examinado(a): JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Angico, 940 - Rio Branco/AC - CEP 69902-717

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 0301862 - SSP AC

Data e Local do Acidente : 20/02/2017

Data e Local do Exame : 14/02/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Diagnóstico: Fratura luxação umero proximal esquerdo (cominutiva)
Fratura de cabeça radial esquerda

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

Tratamento: conservador no ombro e cotovelo esquerdo, e fisioterapia.
Alta: janeiro de 2018

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

Exame físico: MSE: deformidade na região do braço, hipotrofia do deltóide, limitação para abdução a 45 graus e rotações do ombro a 15 graus, e redução da força muscular do membro.
limitação funcional do cotovelo, e limitação na pronosupinação do antebraço.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Funcional: limitação funcional no cotovelo e ombro esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

membro superior esquerdo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

José Luis Silverio Cabanillas
José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF : RO



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: JOSÉ WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Página 1 de 3

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

[At. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Nº Laudo

16.0283.06.17



Solicitante

Delegacia de Polícia Civil da 4ª
Regional

Informações da Vítima

Nome Completo:

JOSÉ WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

RG:

0301862 SEPC/AC

Endereço Completo:

Residencial Oricuri, nº 139, bairro Piacas, cidade de Rio Branco-AC

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-526





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: JOSÉ WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Página 2 de 3

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Local: Em frente a Casa da Sogra do bairro Estação Experimental, cidade de Rio Branco-AC.

Data do Acidente: 20/02/17

Avaliação do Médico Perito Legista

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoa com o veículo automotor de via terrestre?

- a) [X] Sim b) [] Não c) [] Prol.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(s) corporal(is) encontra(m)-se acometidas:
Membro superior esquerdo.

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura acrômio clavicular.

Fratura do cotovelo esquerdo.

Lesão do nervo acrômio clavicular completo.

III) Há indicações de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) [] Sim b) [X] Não

Se SIM, descreva(as) medida(s) terapêutica(s) indicadas(s):

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) [] Disfunções apenas temporárias.
b) [X] Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento faz-se necessário exame complementar?

- a) [] Sim, em que prazo:
b) [X] Não.

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC - CEP: 69.900-526





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: JOSÉ WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Página 3 de 3

(Em caso de enquadramento na opção "a" do Item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor **NÃO** preencher os demais campos abaixo assinalados.)

VI) Segundo previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(es) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firma a sua graduação:

Segmento Corporal Acometido: **Membro superior esquerdo.**

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)
- b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em que se tratando de dano parcial informar se o dano é:
- b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).
- b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

1^ºLESÃO: Fratura acrômio clavicular.

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa.

2^º LESÃO: Fratura do cotovelo esquerdo.

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa.

3^º LESÃO: Lesão do nervo acrônio clavicular completo.

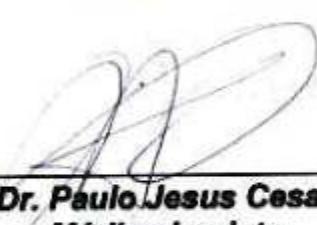
10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa.

4^º LESÃO:

R:
 10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa.

Observações: Havendo mais de quatro sequelas permanentes quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

R:

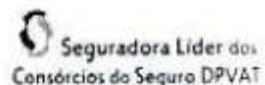

Rio Branco-AC, 08 de junho de 2017.

**Dr. Paulo Jesus Cesar
Médico Legista
CRM/AC 795**

Digitado e conferido por: Pollana.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041691/19

Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

CPF: 659.196.702-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2017

Titular do CPF: JOSE WAGNER GOMES DE

SOUZA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO : 659.196.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
CPF: 659.196.702-82

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096530 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FILHO

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação umero proximal esquerdo (cominutiva)
Fratura de cabeça radial esquerda

Descrição do exame físico: deformidade na regiao do braço, hipotrofia do deltóide,
limitação para abdução a 45 graus e rotações do ombro a 15 graus, e redução
da força muscular do membro.
limitação funcional do cotovelo, e limitação na
pronosupinação do antebraço

Resultados terapêuticos: conservador no ombro e cotovelo esquerdo, e fisioterapia.
Alta: janeiro de 2018

Sequelas permanentes: limitação funcional no cotovelo e ombro esquerdo conforme descrito
no exame fisico e redução da força muscular do membro

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM ANALISE TECNICA, DOCUMENTAL E AVALIAÇÃO REALIZADA PAGO DANO FUNCIONAL EM
COTOVELO ESQUERDO 25% E OMBRO ESQUERDO 75%

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096530 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 FILHO

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação umero proximal esquerdo (cominutiva)
 Fratura de cabeça radial esquerda

Descrição do exame físico: deformidade na regiao do braço, hipotrofia do deltóide,
 limitação para abdução a 45 graus e rotações do ombro a 15 graus, e redução
 da força muscular do membro.
 limitação funcional do cotovelo, e limitação na
 pronusupinação do antebraço

Resultados terapêuticos: conservador no ombro e cotovelo esquerdo, e fisioterapia.
 Alta: janeiro de 2018

Sequelas permanentes: limitação funcional no cotovelo e ombro esquerdo conforme descrito
 no exame fisico e redução da força muscular do membro

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM ANALISE TECNICA, DOCUMENTAL E AVALIAÇÃO REALIZADA PAGO DANO FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO 25% E OMBRO ESQUERDO 75%

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096530 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # SINISTRO OCORRIDO EM 20/02/2017.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096530 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041691/19

Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

CPF: 659.196.702-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2017

Titular do CPF: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO : 659.196.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

CPF: 659.196.702-82

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

CPF: 783.757.462-15

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190096530

Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 20/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190096530

Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 20/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000005779-7

Conta: 0000011513-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do contrato da ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
659.196.702.82 José Wagner Gomes de Souza Filho

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

Nome da vítima: José Wagner Gomes de Souza Filho CPF: 659.196.702.82
Endereço: Rua Antônio Chaves Mendes Número: 940 Complemento:
Cidade: Chaves - Mendes Estado: CEPI: 10088-902-717
UF: RN Tel (DDD): (68) 3301-6472

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

RENDA MENSAL:

RENDA INFORMAR
 + NÃO INFORMAR

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

589.65-7485

589.18-3322

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Ativale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

Agência:

Conta:

AGÊNCIA: 5779

Conta: 11.313

(informar o dígito se existir)

Declaro que, para a finalidade de acreditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, e que é meu direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Assento que, assumindo, sujeito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação fornecida, concordo, 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. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura realização 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:

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

Vítima é filha - Sim Não Se for filha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Informante de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a sua identidade, ainda que 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 209 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

Lugar, data de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

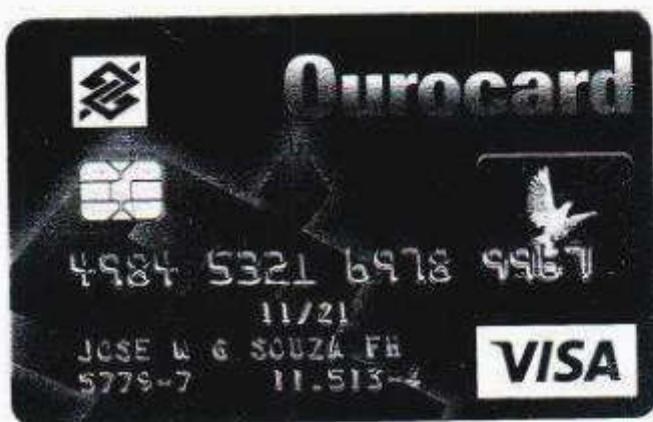
Este formulário só é válido se assinado por alguém maior de idade e que não seja menor de 16 anos, ou se assinado por outra pessoa idêntificada, maior de idade, para si, e em presença de 2 outras testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínteriro.

é necessário assinar o presente formulário, A SEU RODO, contundido, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01/01/2018

Rua Branca 1AC 23-01-2019



DETRAN
ACRE



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

12622

NÚMERO FOLHA

Departamento Estadual de Trânsito

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM. TRECHO DE RODOVIA

RV. MACES UNDAS

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

CIMA PROJETADA HUMBECA

06 DATA

21/01/2011

09 DIA DA SEMANA

SEGUNDA-FEIRA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

1

COLISÃO

3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

7

OUTRA (ESPECIFICAR)

9

- 11 TIPO DE PAVIMENTO
- 1 ASFALTO
 - 3 CONCRETO
 - 5 PARALELEPIPEDO
 - 7 CASCALHO
 - 9 TERRA
 - 2 AREIA

00 HORA DA
OCORRÊNCIA

07:55

07 ZONA
RURAL / URBANA

08 DATA

21/01/2011

09 DIA DA SEMANA

SEGUNDA-FEIRA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

12 CONDIÇÕES DA VIA

1 SECA

3 MOLHADO

5 OLEOSA

7 ENLAMEADA

9 DANIFICADA

2 OBRAS

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

1 BOM

3 CHUVA

5 NEBLINA

7 GAROA

14 N° DE VEÍCULOS

02

15 N° DE VITIMAS

SEM VITIMAS

COM VITIMAS

16 SEXO

1 M

3 F

18 NASCIMENTO

09/09/1981

17 SEXO

1 M

3 F

19 ENDERECO

R. JERÔNIMO N° 639 - bairro IURETE VARGAS

VEÍCULO / CONDUTOR

42 NOME CONDUTOR

José Wagner Gomes de Souza

43 SEXO

1 M

3 F

44 NASCIMENTO

28/09/1980

45 ENDERECO

R. Boavista n° 1239 - RESIDENCIAL - ARICERI

46 1ª HABILITAÇÃO

07/10/2003

53 MARCA

YAMAHA MT-03

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

O MESMO

60 CHASSIS

9EGRM0260B000333

62 AVARIAS

SIDE FRONTAL - SIDE LATERAL DIREITO - PED. MONTA.

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO - SAIRAD

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZINDO AO PS PEDRO JAMES

TESTEMUNHAS

68 NOME

WATSON TOR

71 ENDERECO

CONFERE COM O ORIGINAL

75 NOME

EM:03103117

78 ENDERECO

69 IDENTIDADE N°

kirla Assala Silva

CPF: 99843862228-01

Coordenadoria de Engenharia de
Trânsito

70 NASCIMENTO

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

73 ÓRGÃO EMISOR

1205

74 UF

AC

76 SEXO

1 M

3 F

1 M

3 F

77 NASCIMENTO

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

1 M

3 F

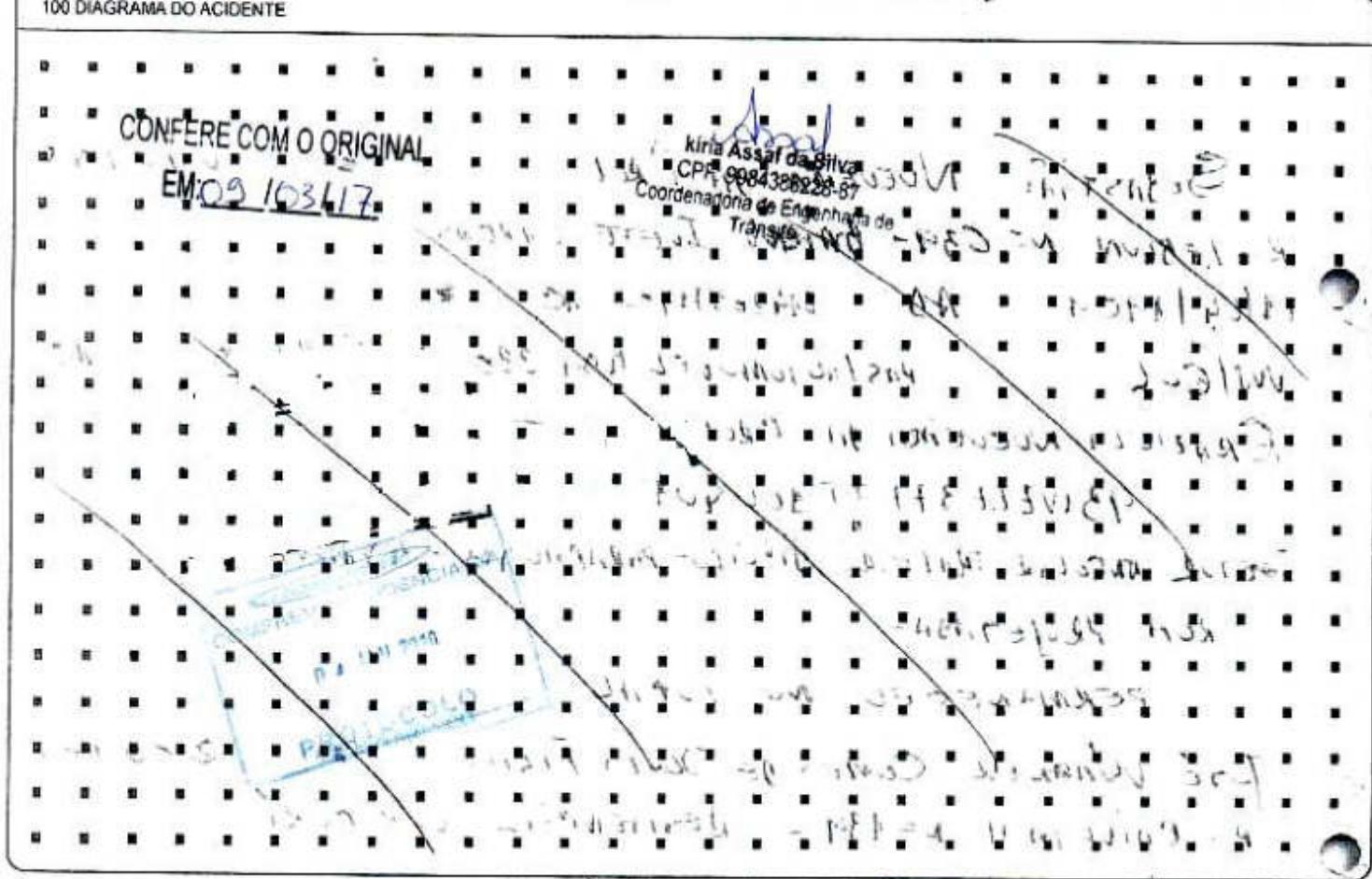
1 M

3 F

1 M

82 NOME	José Wladimir Fones de Souza Filho			83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	23/09/80	
85 ENDERECO	R. Amorotti nº 139 esq. quebeci			86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEÍCULO N°	<input type="checkbox"/>	
88 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	90 CONDUZIDA PARA	PS Pelo somu	89 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	91 NOME	ANITA LIMA	
92 SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO		94 ENDERECO	115 108 21 PO	95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	
96 VIAJAVA NO VEÍCULO N°	<input type="checkbox"/>	97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NAO <input checked="" type="checkbox"/>	98 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	99 CONDUZIDA PARA		90 CONDUZIDA PARA	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

FATO SOBRE O V. SENTORIO QUE FOMOS ACIONADOS PELO SIRI-GI AD CARACASMOVINO LOCALIZADO TRATANDO-SE DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. A VITIMA QUE O SINUS ESTAVAM NO LOCAL E COLIDIU A VITIMA O CONDUTOR DO VÔO AO PS, QUE A VITIMA FOI ARROJADA E NÃO PODE RECEBER ATENÇÃO A PERÍCIA, DCE AS FORTES FRIGOREM OS PÓLOS ENTRE OS FICANDO O CONDUTOR DO VÔO RESTAURABLE EM PESO OS PRELUDIOS CAUSADOS AO VÔO SUE O VÔO FOI LIBERADO P/ A SRA FÔNIA MARIZANIS PERCIRA ABREU RG 10068740, FONE 9-7988-3225.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	J-01	103 MOTORISTA	V-02	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	SET. PMAC
105 NOME	99989-2061	106 NOME		107 NOME / RG	R. AMOROTTI 120203/91-2
108 ASSINATURA		109 ASSINATURA	IMPOSSIBILITADA	110 ASSINATURA	
111 LOCAL	Rio Branco - AC			112 DATA	20/02/17

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: 25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05779-7

CONTA: 000000011513-4

Nr. da Autenticação 75F00BA9A418B98E

Electrobras
Distribuição Acre

Para contato com a
Electrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0400354-3

COMPANHIA DE ELETROBRAZ DO ACRE
Rua Santa Margarida 226 - Rio Branco - RO - 69010-000
Sociedade Anônima - Móveis Fazenda 100% da CEMIG, que
pertence ao Fundo de Longo Prazo - FLP/FGV

003338672
Nº Telef. 065 3338672 - TEL. Pessoal
para LIG. 11 438 00 26 de abril de 2007.

CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO (L/WH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	14/01/2019	264	192,55

HAIANE DA COSTA LIMA
R. ANGICO 940 CHICO MENDES
CPF: 060097463175200
CEP: 69.902-717 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.18.003600

Mês	17308	Mês	07/01/2019
Anterior	17036	Anterior	06/12/2018
Consumo de referência	1.000	Consumo	04/02/2019
Consumo médio	264	Consumo	03/01/2019
	264	FECAN	07/01/2019

Frete de consumo: NORMAL Cidade de Encaladeira: Dist. de Consumo: 32

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TIPO DE CONSUMO	TIPO DE UNIDADE	NÚMERO	PERÍODO	VALOR
RESIDENCIAL	B1	8038355	1.1.1.2	239

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA		DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA
DEZ/18	246	CONSUMO 264 A R\$ 0,685113 = 180,86
NOV/18	284	CONTR. ILIMITACAO PUB. (C05IP) 8,07
OUT/18	284	CORRECION MONETARIA IG 12/18-00 0,05
SFT/18	229	MULTA POR ATRASO 12/18-00 3,52
AGO/18	234	JUROS DE MORA DE IMPO 12/18-00 0,05
JUL/18	229	
JUN/18	240	
MAI/18	247	
ABR/18	231	
MAR/18	208	
TOTAL DA UNIDADE CONSUMIDORA:		
		R\$ 264 + 0,589500

LEMBRETE IMPORTANTE PARA O PAGAMENTO DA Fatura:
CFE LIMINAR JUDICIAL FOI SUSPENSO O REAJUSTE TARIFARIO DE 21,29%
LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 03/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RECUPERAÇÃO DE FADA 00EE.52C7.A4A2.6FCE.D905.ASF1.1088.98A5

COMPOSTO DA FADA	VALOR	IMPOSTOS/TAXAS	VALOR
Despesas	50,96	Imposto de Importação	180,86
Entrada	60,55	Alíquota ICMS	25,00%
Frete	1,58	Valor do ICMS	45,21
Entrega	21,53	Valor do IPI	0,18
Total	46,24	Valor do COFINS	0,85

DETALHAMENTO DE CONTABILIZAÇÃO DA FADA

	DE	FE	DMC	ICM
Mesal	Encadreia	Revol	Salvo	Revol
Final	6,27	12,54	25,08	3,92
Final	0,00	0,00	-	0,00

DETALHAMENTO DA FADA

DETALHAMENTO DA FADA	VALOR	DETALHAMENTO DA FADA	VALOR
11/2018	0,00	11/2018	90,93

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 83751
Número do CNS....: 0000001000000000
Nome.....: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
Documento.....: RG 311862 Tipo :
Data de Nascimento: 28/09/1980 Idade: 35 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsável.....: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA
Nome da Mae.....: RAY MARIA ASSIS DE SOUZA
Endereço.....: RUA EDMUNDO PINTO - CONJUNTO MANCEL 168
Bairro.....: ESTACAO EXPERIMENTAL Cep.: 69900-000
Telefone.....: 99357415
Município.....: 1200601 - - AC
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE



04 JAN 2010

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2428459
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BI "B" PROTOCOLO
Leito.....: 047.0112
Data da Internacao: 20/02/2017
Hora da Internacao: 10:00
Medico Solicitante: 509.704.451-60 - LUIZ GUILHERME HIDALGO OKIMURA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO 34080204404
Diagnóstico:.....: NAO INFORMADO S. S 2-6.
Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt.Hr Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

2428459-8
2428459-8881-8

Unidade:

ANEXO I

Ministério de Saúde **SUS** Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

2 - CNES

2 0 0 1 5 7 8

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

3 - DATA DE NASCIMENTO

28091980

4 - SEXO

Masculino Feminino

5 - RACIAÇÃO

6 - ETNIA

Nº DO PRONTUÁRIO
83752

7 - NOME DA MÃE

Ray Maria Assis de Souza

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO FONE

8 - NOME DO RESPONSÁVEL

9 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Edmundo Pinto - conj. Mansão 168 lot. 6 exp.
10 - BAIRRO

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

AIC

10 - TRAÇOIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pcte Vítima de queda de moto com fratura e edema no membro superior Esq.

11 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tret. unigra

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGEM

12 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAVES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + tret. físico + Rx

21 - DIAGNÓSTICO CLÍCAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CÓDIGO DA UNIDADE

30 - CÓDIGO DA UNIDADE

31 - DOCUMENTO

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

CNS _____ CPF _____

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/2/17

34 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO

DR. JOSÉ TRINDADE
6

PREENCHER EM CASO DE SAUDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CÓDIGO DA SISURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SEM

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO (TRALETA)

40 - CÓDIGO DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

43 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - CNAE DA EMPRESA

47 - SEM

EMPREGADO

EMPREGADO

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - AUTORIZAÇÃO

50 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

53 - V DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS _____ CPF _____

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO

ES/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2428459

DATA: 20/02/2017 HORA: 09:39 USUARIO: RUI

CNS:

SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO DOC...: RG 301862
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 28/09/1980 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA EDMUNDO PINTO - CONJUNTO MANOEL JULI NUMERO: 168
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: ESTACAO EXPERIMENTAL
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE..: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA /RAY MARIA ASSIS DE SOUZA
 RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 99557485
 PROCEDENCIA...: ESTACAO EXPERIMENTAL
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [126 x 76 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [83] SPO2 [98%]

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

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

DADOS CLINICOS: *Ingest. cido de álcool por volta das 20h, na tentativa de acidente com o seu carro, sofreu escoriações profundas e levar ao centro de saúde*

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] + 100/200

DIAGNOSTICO: *Luxação do ombro esquerdo*

Raios X Ombro
cefaleia (mild)
lumbago (mild)
sdz (mild)
lembro de ferir
inchaço no ombro

HORARIO DA MEDICACAO

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 CADASTRO MEDICO

CRM - AC 493

COPIA

CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



New Age

Unidade:

Unidade: _____
NOME: José Wagner G. S. Filho IDADE: 30
REGISTRO: _____ ENFERMARIA: CCB LEITO 172

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
20/21/17	# frct. Único	Dieté livre	AM	—
PROX. ENQ N4	# FX CABEÇA SÔBIO	Dripona 1g x 200ml	20.22.43.30	facial
ENQ (4.1)	T62,100) 100) 100)	Oef (230/40-9 IN/4,4	16.22.43.30	fazendo procedimento
CD: Interno 3/	Trat. cirúrgica	T62,100) 100) 100)	16.22.43.30	desco, fixando
				fuso articular
				fratura aberta
				reduzida
				fissura óssea

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



REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B

LEITO

172

HUERB

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Evolução

HORÁRIO

Prescrição

Anotações de Enfermagem

FX DE UNHO PROXIMAL E
CABECADA DO RÁDIO E SQ

DT.: 20/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO.
REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE
NO COTOVELO, ESQUERO, PULSOS
DISTAIS PRESERVADOS.

SOLICITO RX E EXAMES PRE
OPERATORIO

1. DIETA LIVRE — 300 + 500 + 500
2. SF 0,9% 500ML - EV - 8H H
3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8H SIN
4. DIPRONA 1G - EV - 6H H
5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 8H SIN
6. OMEROPROL 40 MG - EV - 1X/DIA —
7. [REDACTED]
8. [REDACTED]
9. CEFALOTINA 1G IV 6H H

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

8.00 - paciente baixado de
expansão tóraco laringe,
reclama dor na espalha
lateral. Realizado exame
físico c/ Sfo.3/12. RE: homol.
57.000. Cliente expõe
que apresenta desconforto
no lado. Sem dor no lado
dorso. Sem dor no lado
mento. Exames: teste
elétrico, dinamise pe
saude fns - 120 K60 m m
re: Rosenberg

COMPRA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

10 / JAN 2010

PROTÓCOLO
EXAME CLÍNICO

GARREI HUERB
CÓPIA
DISCRIME ORIGINAIS

Rui Pedroso dos Santos
Tumulto
PRM
CIMCB 1996



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

REGISTRO

PACIENTE

JOSÉ WAGNER GOMES S FILHO

IDADE
36

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
172

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HUERB
Hospital Universitário do Estado do Acre

Evolução	Prescrição
<p>FX DE UNHA PROXIMAL E CABECA DO RÁDIO ESG DT 20/02</p> <p>PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO. REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS DISTAIS PRESERVADOS.</p> <p>SOLICITO RX E EXAMES PREOPERATORIO</p>	<p>1. DIETA LIVRE</p> <p>2. SF0,9% 500ML - EV - 80H</p> <p>3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 80H SN</p> <p>4. DIPIRONA 1G - EV - 60H</p> <p>5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 80H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DA</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAS 60H</p> <p>8. MANTER O MEMBRO LINFÁTICO NA ALTA ELEVADA</p> <p>9. CEFALOTINA 1 G IV 60H</p>

Jo caspofur 25g C6 Agno.

10. 18. 22. 04
11. 18. 22. 04

600 + 600 + 600

Dorsal com 60% de
paciente oxigenado

seno disto, calmo
comunicação, europeu
do aparelho tonar
barato troca de
bandagem, troca de
cicatriz, realizada
curativo, barro di
cado C. P. M. O. C. F. A.
a diária especificar

F. F. P. não suspe
gluxa de bol. pa =
gluxa de 100 mm Hg
23/02/17 as 10:00 AM
medicamento aplicado
máscaras que
não movimento das
máscaras que
tudo perfeita e
fazia parte da
fazia parte da

Rua Francisco dos Santos
Centro de Traumatologia
CRM/AC 1936

SANTE
CÓPIA

ORIGINAL

COLOCAMENTO
DE VENTILADOR



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

REGISTRO PACIENTE
JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE 36
CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LETO 172
HUEB

HUEB
Instituto de Pesquisas e Desenvolvimento

EVOLUÇÃO
PRESCRIÇÃO

HORÁRIO
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE UMBRO PROXIMAL E CABECA DO RÁDIO ESO	DT 2002	PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, REFERE DOR DE BAINHA INTENSIDADE NO COTOVelo ESQUERDO, PULSOS DISTAIS PRESERVADOS.	SOLICITO RX E EXAMES PREOPERATORIO	1. DIETA LIVRE — 500+500+500 2. SF0 9% 500ML - EV - 8/8H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0,5% 100 ML - EV - 8/8H (SN) 4. DIPIRONA 1G - EV - 8/8H 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H (SN) 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA 9. CEFALOTINA 1G IV 8H —	5/20/2002 10:36:44
--	---------	---	------------------------------------	--	-----------------------



Rui Barbosa e Traumatologista
PRM Oper. CMCB/CIR 1995

Dr. Wilson
Cirurgião-Dentista
Av. Presidente Vargas, 1000
Centro - Rio Branco - AC
CEP: 69010-000



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

REGISTRO PACIENTE

HOEK

CLÍNICA

172

HOEK

EVOLUÇÃO	PREScrição
FX DE UNMERO PROXIMAL E CABEÇA DO RÁDIO E SO DT. 2002	<p>PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO. REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS DISTAIS PRESERVADOS.</p> <p>SOLICITO RX E EXAMES PREOPERATORIO</p>
Rui Ramos dos Santos PRM Orientado C.R.A. 1996	<p>1. DIETA LIVRE</p> <p>2. SFO 0,9% 500ML - EV - 8SH</p> <p>3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8SH SN</p> <p>4. DIPRIFLON 1G - EV - 6SH</p> <p>5. PLASIL 10 MG + AD 16 ML - EV - 8SH SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X0DA</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS + SINUS VITAI 6SH</p> <p>8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO</p> <p>9. CEFALOTINA 1G IV 6SH</p>
	<p>200 200.500</p> <p>16 16 16 00</p>
SASSE / RUEBD COPIA CORTEZ ORIGINAIS	<p>Pac trouxe paninho de aspiração com auxílio + troca de roupa de sauna. Refere queixas de dor no cotovelo, pac não refere queixas no período, aceitou alimentação, fez coes fisiológicas e urináis. TE. Maria 25/10/2017</p> <p>Socorro, pac dormiu bem no período, aceitou o laudado, diurese presente. PA 160x80mm ruffi te Maria.</p>

Digitado e impresso em: 25/02/2017 às 10:54:41

三



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

REGISTRO PACIENTE RAFAEL GOMEZ S. EL HO EDADE 36 CLINICA CIMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B FECHA 172

IBADE
CLINIC

172

HUERB

EVOLUÇÃO	
FX DE UNMERO PROXIMAL E CABEÇA DO RÁDIO ESO	DT.20/02
PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO. REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS DISTAIS PRESERVADOS.	1. DIETA LIVRE 2. SFO 0,9% 500ML - EV - 8/8H H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8/8H SN 4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6H 5. PLASIL 10 MG + AD 16 ML - EV - 8/8H SN 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H 8. MANTER O MÉTODO INFERIOR NA TALA ELEVADO.
20.10.2004	1. DIETA LIVRE 2. SFO 0,9% 500ML - EV - 8/8H H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8/8H SN 4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6H 5. PLASIL 10 MG + AD 16 ML - EV - 8/8H SN 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H 8. MANTER O MÉTODO INFERIOR NA TALA ELEVADO.
16.10.2004	1. DIETA LIVRE 2. SFO 0,9% 500ML - EV - 8/8H H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8/8H SN 4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6H 5. PLASIL 10 MG + AD 16 ML - EV - 8/8H SN 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H 8. MANTER O MÉTODO INFERIOR NA TALA ELEVADO.

Rui Raposo dos Santos
PRM Oficial e 1º Farmacologista
COPAN 1996

SANDE / INGEN
CÓPIA
CORTEME ORIGINAL

Am 16. 10. pot. entzündl.
não referia alguma no org.
mento, sem intensificação
de sint. de genit. -
gr. ok. fm. ~~problema~~
Turismo orientado na
madrinha (e p. de outras)
Praia da PA-130 Xerém
flg. fe. sime.



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

IDADE CÍNICA

HUERB

LETTO

卷之三

digitado e impresso em: 26/02/2017 às 10:52:54

REGISTRO		PACIENTE	
		JOSE WAGNER GOMES & FILHO	
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	
		HORÁRIO	
		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>EX DE UMEPROXIMAL E -> A DO RÁDIO E SO DT 24H.</p> <p>PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL. LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO. REFERE DOR DE BADA INTENSIDADE NO COTOVelo ESQUERDO, PULSOS DISTAIS PRESERVADOS.</p> <p>SOLICITO RX E EXAMES PRE OPERATORIO</p>		<p>1. DIETA LIVRE 500g 2. SF 0.9% 500ML - EV - 86H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 86H SN 4. DIPRIFONA 1G - EV - 86H 5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 86H SN 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X0DA 7. CUIDADOS GERAIS + SIMBOS VITais 86H 8. CEFALOTINA 1G IV 86H</p> <p>✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓</p>	
<p>Rui Ribeiro dos Santos Rui Ribeiro e Traumatologia PRM Ortopedia e Traumatologia COPACABANA 1956</p>		<p>9.00 - paciente apresenta dor de bada esquerda, intensa. não refiri alguma maior dor. Rx e exames posto para amanhã. 16.00 - paciente nas atualidade sem dor. não refiri nenhuma maior dor, Rx e exames posto para amanhã.</p>	
<p>CONFIRME ORIGINAIS</p> <p>SANTOS / RIBEIRO</p> <p>CÓPIA</p>		<p>04:00 paciente nega dor de bada, apesar de estar presente na sala de exames.</p>	

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



REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

172

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE NÚMERO PROXIMALE

CABEÇA DO RÁDIO ESO

DT. 20/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO.

REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE
NO COTOVelo ESQUERDO, PULSOS
DISTAIS PRESERVADOS.

SOLICITO RX E EXAMES PRE
OPERATORIO

9. CEFALOTTINA 1 G IV 6SH

AGUARDA AGENDAMENTO

Rui Raimundo dos Santos
Rui Raimundo dos Santos
PRM Ortopedia e Traumatologia
CIRURGIA 1996

CONCORTE ORIGINAL

spor 500 500
1. DIETA LIVRE
2. SF0,9% 500ML - EV - 8SH H
3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8SH SN
4. DIPRIVONA 1G - EV - 6SH
5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8SH SN
6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA
7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais 6SH
8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO
9. CEFALOTTINA 1 G IV 6SH

10-16-22-04
10-16-22-04

Pac toma banho
de arpenação com
auxilio + toca de
sourpa de cana
46:00hs, pac não
dá pre queixa em nô
periodo, pac toma ali
mentação, furações
fisiológicas normais
4-5 horas
04-30hs, ou imediatamente.
PA-180x80mmHg. n'esperar
queixa no membro inferior
ou dor no membro inferior
ou dor no membro inferior
dor no membro inferior. acr. 0800hs
rara, 718-982.



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

REGISTRO
PACIENTE
JOSE WAGNER GOMES S FILHO

EVOLUÇÃO

PREScrição

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDADE
36
CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B
LEITO
172

FX DE UMEIRO PROXIMAL E CABECA DO RÁDIO ESG DT 2002	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML - EV - 865 H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 86H SN 4. DIPIRONA 1G - EV - 66H 5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 86H SN 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1XODIA 7. CUIDADOS GERAIS + SIMAS VITIAS 66H 8. MANTER O MEMERO INFEBOR NA TALA ELEVADO. 9. CEFALOTINA 1 G IV 66H	0064004500 10.16.22.09 18 - 06	04 18h - Realizado banho de aspergicis. Tocado Marcus. f. Presente Sun. f. Pausa para higiene. Fazendo exames. Pausa para higiene.
AGUARDA AGENDAMENTO			

Rui H. Nunes das Santas
PRMO
TOMAC 1996
SANTOS / RJ
CÓPIA

CONFIDENCIAL
Nº sefri de membe
437660

HUERB
Hospital Universitário do Estado do Rio Branco



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

REGISTRO
PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE 36	CLÍNICA CNCCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B	LEITO 172
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		

Evolução	Prescrição	Horário
<p>FX DE UMEO PROXIMAL E CABECA DO RÁDIO ESQ DT:20/02</p> <p>PACENTE EM BOM ESTADO GERAL LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO. REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA INTENSIDADE NO COTOVELO ESSQUIERDO, PULSOS PRESERVADOS.</p> <p>AGUARDA AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA LIVRE S/N/D</p> <p>2. SF0.9% 500ML - EV - 8H - 10:00 + 16:00 + 22:00</p> <p>3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8H - 10:00 + 16:00 + 22:00</p> <p>4. DIPIRONA 1G - EV - 8H - 10:00 + 16:00 + 22:00</p> <p>5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8H - 10:00 + 16:00 + 22:00</p> <p>6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 12H - 10:00 + 16:00 + 22:00</p> <p>7. CEFALOTINA 1G IV 60H - 10:00 + 16:00 + 22:00</p> <p>8. CEFALOTINA 1G IV 60H - 10:00 + 16:00 + 22:00</p>	<p>10:00 + 16:00 + 22:00</p>
<p><i>Roberto de Souza PRO-DRAUMATOGO E ORTOPEDIA CRM - 988</i></p> <p><i>GASTR. 100%</i></p> <p><i>CÓPIA</i></p> <p><i>CONFORME ORIGINAL</i></p>		<p><i>03/03/17</i></p> <p><i>Médico me deixa dor, aceitou dieta que deverá ser desse nível presente. P1 140 x 90 mm - 48 T6 Nélua 21631436</i></p>

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

REGISTRO
PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE	36	CLÍNICA	HUERB
CINCB - CLINICA MÉDICA CIRURGICA - B	172	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Evolução	Prescrição
----------	------------

DT:20/01/2017	1. DIETA LIVRE SUD
FX DE UMIRO PROXIMAL E CABEÇA DO RÁDIO ESG	2. SFO 0,9% 500ML - EV - 8H H — 500 + 500 + 500
	3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8H(SN)
	4. DIPIRONA 1G - EV - 8H — 10:10:10:10
	5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 8H(SN)
PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA, INTENSIDADE NO ESQUERDO, PULSOS PRESERVADOS.	6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1XDA
	7. [REDAÇÃO] — 10:10:10:10
AGUARDA AGENDAMENTO	8. CEFALOTINA 1G IV 6SH — [REDAÇÃO]

Dr. [REDAÇÃO]
P.R.N Ortopedia & Traumatologia
CINCB 20

SANTE / INICIAIS
CÓPIA
COPIA ORIGINAL

10 JAN 2017

AD 07:00 Necessidade de
descanso consciente,
comunicativo, oriental
desenvolvendo, não apre-
sentando náuseas ou
vômitos no momento
autônomo a diário de
sua vida, fungos, dor de
dor, dor de estômago, dor
de cintura e enxaque-
nava.

Tec. Enf. Dezenilda
Carvalho 28282

AD 16:00 Desenvolve
não náuseas ou vômitos no
momento.

Tec. Enf. Dezenilda
04/03/17 e 04/03
De pulmão ofi-
cializou paciente

forneceu no
horário informado
em a carta o direito
de receber atendimento



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

digitado e impresso em 04/03/2017 às 11:50:57

HIERB

REGISTRO

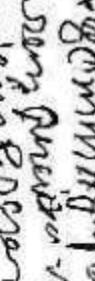
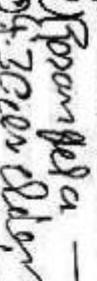
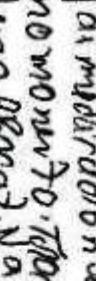
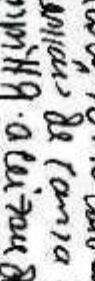
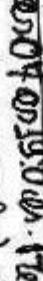
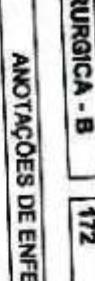
PACIENTE
JOSÉ WAGNER GOMES S FILHO

CNCCB - CLÍNICA MÉDICA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

5

10

EVOLUÇÃO		DT:20/02/2017
FX DE UMBRO PROXIMAL E CABECA DO RÁDIO ESO		
DT:20/02		
PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL. LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO. REFERE DOR DE BAIKA A MODERADA INTENSIDADE NO ESCURO PULSO RESERVADOS.		
AGUARDA CONDUITA		
SALVO / INJERTO		
CÓPIA		
CONFORME ORIGINAL		
 KUDOSON UFRJ PRÓTRAMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM - RJ		
 RAMALHO		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
 GÓES		
<img alt="Handwritten signature of Dr. Góes" data-b		

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

REGISTRO
PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE 36	CLÍNICA CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B	LEITO 172
--------------------	--	---------------------

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Evolução	Prescrição
-----------------	-------------------

DT:20/02/2017

FX DE UMERO PROXIMAL E CABECA DO RADO ESQ
 DT 2002
 PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO. REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA, INTENSIDADE NO ESCUERDO, PULSOS PRESERVADOS.

REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA, COTOVELO DISTAL

MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO CINTE, DISTAL

6. OMOPRACL 40 MG - EV - 1X/DIA
 7. CUIDADOS GERAIS + SINAS VITAS 08H ROTINA
 8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO CINTO, DISTAL

9. CEFALOTINA 1 G IV 08H 1x/dia

AGUARDA CONSULTA

Dr. Wagner Lopes

P.R. Ortopedia e Traumatologia
 CRM/AC 200

08h 22/02/17

Dá 8:00h 16:00h →
 paciente envo deixa de
 no leito e in
 colmo, comunica que
 expreso, abreix, tan
 ou banho de expre
 com auxilio do esc
 com auxilio do esc
 para atra, trouxe o
 levou a roupa pro
 varie sua ligadotro
 da cintura, foi medi
 do c. p.m. aquisto
 a direita, cintura f.
 para refre a cintura de
 gular. PA - 180/90m
 mhg

06-03-17

05h paciente no
 luto colmo, comunica
 que, eupneia, obstru
 cionar bem, vai cheio
 cheio c.p.m. pa troco
 troco c.p.m. pa troco

SANDE JUENES
 Cópia
 CONFORME ORIGINAIS

MARINA

MMH

HUERB
www.huerb.com.br



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

REGISTRO PACIENTE

digitado e impresso em: 06/03/2017 às 10:20:44

HUERB

para teste fez elevar
5.00 suslundo calmo
baixando comunicando
aparece, se eleva e desce
a dura, p. 150 km/h

As 16:50 Pct-estrela
não respondeu
muito. abriu
Tec-Ent. aprendeu
com 23/28+

Às 07:00 recordei
que o avião, com o resto
da comitiva VG/afetado
de abandonado, não tinha
algum "momento" para
tendo acesso à vereda.
Acabei com a dúvida
deveria, função que
logica presente, tomar
banho de chuveiro, no
cada unidade de como a
vereda. Priketivida.
Dec. 3º Inf. Operações
Câmara 5/25/1988



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

**REGISTRO
PACIENTE**

1

JUVE CLINICA
36 CMCB

CA MEDICA CIRURGICA - B

172

HUERB
HUERB

digitado e impresso em: 08/03/2017 às 10:49:23

DT/2002/22/2017	FX DE UNI ÑERO PROXIMAL E CABEÇA DO RÁDIO E ISO DT 2002	PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, REFERE DOR DE BAUDA A MODERADA INTENSIDADE NO COTOLEO ESQUERDO, PULSOS PRESERVADOS.	1. DIETA LIVRE S/NUD 2. SF 0,9% 500ML - EV - 86H — 500 + 500 + 500
		REFERE DOR DE BAUDA A MODERADA INTENSIDADE NO COTOLEO ESQUERDO, PULSOS PRESERVADOS.	3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 86H SN 4. DIPIRONA 1G - EV - 86H — 100 16 22 : 4
		REFERE DOR DE BAUDA A MODERADA INTENSIDADE NO COTOLEO ESQUERDO, PULSOS PRESERVADOS.	5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 86H SN 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA — 10 16 22 : 4
		REFERE DOR DE BAUDA A MODERADA INTENSIDADE NO COTOLEO ESQUERDO, PULSOS PRESERVADOS.	7. CAPTOPRIL 50 MG - VO - SE PAS 200 EOU PAD 200 100 16 22 : 4
		REFERE DOR DE BAUDA A MODERADA INTENSIDADE NO COTOLEO ESQUERDO, PULSOS PRESERVADOS.	8. CUIDADOS GERAIS + SINUS VITAS 86H 9. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO
		REFERE DOR DE BAUDA A MODERADA INTENSIDADE NO COTOLEO ESQUERDO, PULSOS PRESERVADOS.	10. CEFALOTINA 1G IV 86H — 10 16 22 : 4
AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO DE LGF-PRM-2017-001 PARA O DR. VICK	11/04/2017 COM O DR. VICK	REFORMAR ALTA COM AGENDAMENTO COM O DR. VICK.	ALTA HOSPITALAR
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO CONFERIR CONFORME COPIA		CONFIRMAR ALTA COM AGENDAMENTO COM O DR. VICK.	CONFIRMAR ALTA COM AGENDAMENTO COM O DR. VICK.
Dr. Antonio Wiss PRM Ortopedia e Traumatologia Chamada 200			

**HUERB
PATOLOGIA CLINICA**

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO (EME) **Idade..:** 36A
Requisicao: 17.PC.2.002817 **Requis.:** 22/02/2017
Num. do BE: 02428459

US. Origem.: HUERB/PS CEB

Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	3,66	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina.....	12,50	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	36,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM.....	98,80	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM.....	34,20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	34,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:....	10.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	107	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 6 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 7 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastocis:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	78	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	8.346	mm3	
Linfocitos:.....	13	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.391	mm3	
Monocitos:.....	8	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	856	mm3	
Risostos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....	.	.	

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS

SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRM 749/PA 22/02/17 as 10:02 Coleta: 22/02/17 as 08:30-1a. Via Impressa: 22/02/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	2 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:....	7 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	209.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRM 749/PA 22/02/17 as 10:02 Coleta: 22/02/17 as 08:30-1a. Via Impressa: 22/02/17

HUERB
PATOLOGIA CLINICA
 AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
 CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO (EME)
 Requisicao: 17.PC.2.002817
 Num. do BE: 02428459

Idade...: 36A
 Requis.: 22/02/2017

US. Origem.: HUERB/PS *CEB*
 Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
 HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Humacitas (em milhoes):...	3,66	mm ³	VR: H:4,5 a 6 N:4 a 5 milhoes/mm ³
Hemoglobina:.....	12,50	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	36,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	98,80	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	34,20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	34,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	10.700	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Sesofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	VR: 2 a 4 %
Rosinofilos:.....	1	%	VR: 0 a 4 %
Valor Absoluto:.....	107	mm ³	VR: 0 %
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 7 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	VR: 0 a 5 %
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Estocitos:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	VR: 54 a 64 %
Segmentados:.....	78	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	8.346	mm ³	VR: 21 a 35 %
Linfocitos:.....	13	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	1.391	mm ³	VR: 4 a 8 %
Monocitos:.....	8	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	856	mm ³	VR: 0 %
Rastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	VR: 0 %
Observacao:.....	-		

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRBM 749/PA 22/02/17 as 10:02 Coleta: 22/02/17 as 08:30-1a. Via Impressa: 22/02/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	2 MINUTOS		VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	7 MINUTOS		VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	209.000	/mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRBM 749/PA 22/02/17 as 10:02 Coleta: 22/02/17 as 08:30-1a. Via Impressa: 22/02/17

OK

**HUERB
ATOLOGIA CLINICA**

AV. SACCOS UNIDAS, 700, - BOSQUE - PIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO (EME)
Requisicao: 17.PC.2.002470
Num. do BE: 02428459

Idade...: 36A
Requis.: 02/03/2017

US. Origem.: HUERB/PS *CCS*
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhares):...	3.9*	/mm ³	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhares/mm ³
Hemoglobina:.....	13,10	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrite:.....	39,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VGM:.....	99,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	33,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	7.400	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Rasofílos:.....	0	*	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	
Rosinofílos:.....	3	*	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	222	/mm ³	
Mielo-cíticos:.....	0	*	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	
Metamielocíticos:.....	0	*	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	*	
Bastos:.....	0	*	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	
Segmentados:.....	70	*	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.180	/mm ³	
Linfocitos:.....	1.400	/mm ³	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	7	*	VR: 4 a 8 %
Monociticos:.....	510	/mm ³	
Valor Absoluto:.....			
Blastos:.....			VR: 0 %
Valor Absoluto:.....			
Observação:.....			

SANGUE / HUERB
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

MARLENE OLIVEIRA DA S.C.L.
BIOLOGICA
CRBM 749/P1

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRBM 749/PA 02/03/17 as 08:51 Coleta: 02/03/17 as 05:54-1a. Via Impressa: 02/03/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	31 MINUTO E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:....	34 MINUTOS E 30 SEGUNDOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	394.000 /mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRBM 749/PA 02/03/17 as 08:51 Coleta: 02/03/17 as 05:54-1a. Via Impressa: 02/03/17

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor e cede 2 MSE

História da Doença Atual: Queixas de dor

História da Doença Anterior: SANE / NUEVO

Exame Físico: CONFERENCIA ORIGINAIS

Diagnóstico Provisório: FX Útero PROXI -> E
FX cobertura râdio

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança: /

- 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 INTERCORRÉNCIA
- 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. NASC.

- 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. 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. ACIMA 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

