

**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 - Órgão 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.

Diagnostico: 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 deltoide, 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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 às 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 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 Placas, cidade de Rio Branco-AC

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1360 / 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) ☒ Sim b) ☐ Não c) ☐ Prej.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) 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, as ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ Sim b) ☒ 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) ☒ 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) ☒ Não.





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) lesões(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(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, e 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 íntegra 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

1ª LESÃO: Fratura acrómio clavicular.

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

2ª LESÃO: Fratura do cotovelo esquerdo.

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

3ª LESÃO: Lesão do nervo acrómio clavicular completo.

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

4ª LESÃO:

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

Observações: Havendo mais de quatro seqüelas 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.

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-52



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
CPF: 659.196.702-82

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

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 FILHO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

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

Descrição do exame físico: deformidade na região do braço, hipotrofia do deltoide, 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 físico e redução da força muscular do membro

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM ANÁLISE TÉCNICA, 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 FILHO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

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

Descrição do exame físico: deformidade na região do braço, hipotrofia do deltoide, 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 físico e redução da força muscular do membro

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM ANÁLISE TÉCNICA, 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 FILHO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração 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 FILHO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração 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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/02/2017

Titular do CPF: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
CPF: 659.196.702-82

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

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



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, retorne 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

CPF do controlador ou ASL: _____ CPF da vítima: 659.196.702.82 Nome completo da vítima: Jose 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 completo: Jose Wagner Gomes de Souza Filho CPF: 659.196.702.82
 Recusar: Recusar Endereço: Rua Antigo Chico Mendes Número: 340 Complemento: Casa
 Bairro: Chico Mendes Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69.902-717
 Tel (DDD): (68) 3301-6477

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 889.65-7485

RECEITA MENSAL:
☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 5779 7 CONTA: 11.313 4
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5779 7 CONTA: 11.313 4
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Indenize-se pelo seguro de vida, a crédito na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, assim que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Autentico esta declaração, sob o compromisso de não apresentar o laudo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 autenticação 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Se a vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

A Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a existência, durante o prazo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da obrigação de indenizar por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(Assinatura) da quem assina A RGO: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Declaro que não apresento nenhuma outra pessoa afilhada, maior e capaz, para ser testemunha, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro e

conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01/04/2018

Rio Branco IAC 23-01-2019



DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

12622

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA
AV. NAÇÕES UNIDAS

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...
C/ RUA PROJETADA FUMBESA

06 HORA DA OCORRÊNCIA
09:55

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

20/02/11

09 DIA DA SEMANA

SEXTA-FEIRA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

COLISÃO

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

CHOQUE COM OBJETO FIXO

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 1

☒ 3

☐ 5

☐ 7

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

CONCRETO

PARALELEPÍEDO

CASCALHO

TERRA

AREIA

☒ 1

☐ 3

☐ 5

☐ 7

☐ 9

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

MOLHADO

OLEOSA

ENLAMEADA

DANIFICADA

OBRAS

☒ 1

☐ 3

☐ 5

☐ 7

☐ 9

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

CHUVA

NEBLINA

GAROA

☒ 1

☐ 3

☐ 5

☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

02

15 N° DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

09/09/48

16 NOME CONDUTOR

SEBASTIÃO NOGUEIRA DA SILVA

19 ENDEREÇO

R. LERION Nº 639 - BARRIO IRETE VARGAS

20 1ª HABILITAÇÃO

04/04/1959

21 CATEGORIA

AD

22 PRONTUÁRIO

04428571980

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

W/BOL

28 ESPÉCIE

PAS / AUTOMÓVEL

29 PLACA

WDA 2287

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

GRACIELA NOGUEIRA DA SILVA

34 CHASSIS

93WZZZ377 TT 100404

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVÁRIAS

SETOR AVARIA TRILHA DIREITO - PARACHUTE - AEROMONIA

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

RUA PROJETADA -

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECEU NO LOCAL

42 NOME CONDUTOR

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

28/09/80

45 ENDEREÇO

R. EDVIGES Nº 139 - RESIDENCIAL - ARIQUI

46 1ª HABILITAÇÃO

07/07/2003

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

0294510572

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

YAMAHA MT-03

54 ESPÉCIE

PAS / MOTOCICLO

55 PLACA

36W 8723

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

O MESMO

59 ENDEREÇO

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

60 CHASSIS

9CGRM0260B0001383

62 AVÁRIAS

SETOR FLONTAL - SETOR LATERAL DIREITO - PED. MONTE

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO - SAÍDA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONTINOU AO PS PELA SINAL

68 NOME

SATIA TOS

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

11/01/81

71 ENDEREÇO

CONFERE COM O ORIGINAL

Karla Assaf da Silva

CPF: 998438622-87

Coordenadora de Engenharia de Trânsito

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

1208 - X - PPP

74 UF

AC

75 NOME

EM: 05/10/11

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

11/01/81

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

1208 - X - PPP

81 UF

AC

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

VITIMAS	82 NOME	José Wagner Gomes de Souza Filho			83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	28/09/80
	85 ENDEREÇO	R. BAVOTA II Nº 339 RES. OLIVEIRA			86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	<input type="checkbox"/>
	89 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA			PS pelo SPMU		
	91 NOME	TAYLE LIA			92 SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO	
	94 ENDEREÇO	R. BAVOTA II Nº 339 RES. OLIVEIRA			95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	<input type="checkbox"/>
	98 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA			SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2		

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 09/03/17

Carla Assaf da Silva
CPF: 998438828-87
Coordenadora de Engenharia de Trânsito

DIAGRAMA DO ACIDENTE

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

FATO SOBRE A V. SENHORA QUE FOMOS ATENDIDOS PELO CIDR B. AD. LACERMONIMO LOCAL. TRATAVA-SE DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. A VITIMA QUE O SPMU ESTEVE NO LOCAL E CONDUZIU A VITIMA A COMUM DO VO DO PS, QUE A POLICIA SE AIDA FOI ATENDIDA E COMPREendeu PARA REALIZAR A PERICIA, QUE AS PARTES FIZERAM ACORDO ENTRE SI, FICANDO O CONDUCTOR DO V. RESPONSÁVEL EM PAGAR OS PREJUÍZOS CAUSADOS AO VZ, QUE O VZ FOI LIBERADO E A SRA. JONAS MARIANA PEREIRA ABREU RG 10068740, FONE 9-9988-3225.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V-03	103 MOTORISTA	V-03	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	SET. PMAC	
105 NOME	99989-2057	106 NOME		107 NOME / RG	B. ANTONIO 110203491-2	
108 ASSINATURA	[Assinatura]	109 ASSINATURA	IMPOSSIBILITADO	110 ASSINATURA	[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

0400354-3

2017-2018 DE ALTERNANÇAS DE ACAD. 1-8
 Rua Carlos Magalhães 226 - Bragança - Rio de Janeiro - RJ
 Telefone: (21) 2506-1100 - E-mail: febraban@febraban.org
 Site: www.febraban.org

003338672

* *Le Figaro* Journal de l'économie d'aujourd'hui - 1500 Abonnements
pour L'Esprit n° 1243 du 26 du avril de 1992

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (L/M)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	14/01/2019	264	192.55

MAIANE DA COSTA LIMA
R. ANGICO 940 CHICO MENDES
CPF: 00097463175200
CEP: 69.902-717 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.18.003600

WFO SHARED		RPT: 2/20/2018 00:00:00	
WFO SHARED		WFO SHARED	
WFO SHARED	17300	WFO SHARED	07/01/2019
WFO SHARED	17036	WFO SHARED	06/12/2018
WFO SHARED	1,000	WFO SHARED	04/02/2019
WFO SHARED	264	WFO SHARED	03/01/2019
WFO SHARED	264	WFO SHARED	07/01/2019
FCAM			

Exposure to 100 mg/kg body weight: **NORMAL**

Listings are arranged alphabetically by company name.

Índice de Consumo	32
-------------------	----

Residencial	B1	8038355	1.1.1.2	230
-------------	----	---------	---------	-----

FOLHA Nº 01		DESCRIÇÃO DA CONT.	
DEZ/18	246	CONSUMO 264 A R\$ 0,685113 =	180,86
NOV/18	284	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	8,07
OUT/18	284	CORRECAO MONETARIA IG 12/18-00	0,05
SET/18	229	MULTA POR ATRASO 12/18-00	3,52
AGO/18	234	JUROS DE HORA DE IMPO 12/18-00	0,05
JUL/18	229		
JUN/18	240		
MAI/18	247		
ABR/18	231		
MAR/18	208		

THEIR - 18 - 208
04 - 234 - 0.50490

PERHAPS IMPORTANT IN REAL-WORLD DEVELOPMENT

CPFL 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.

00EE.52C7.A4A2.6FCE.D905.A5F1.1088.98A5

COMPOSTO DA CONTA		IMPOSTOS/DEBITOS	
Outros	50,96	Valor de Cobrança	180,86
Energia	60,55	Alíquota IPI	25,00%
Transportes	1,58	Valor de ICMS	45,21
Energias	21,53	Valor do PIS	0,18
Telefonia	46,24	Valor do COFINS	0,85

NOTA CONTÁBIL DE CONTABILIDADE									
		DRE		DCE			DACC		DIER
		Movido	Transferido	Movido	Transferido	Movido	Movido	Movido	
DRE		6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
DCE		0,00		0,00			0,00		
DACC		SAO FRANCISCO		DIRETORIA		11/2018		90,93	

C. C.

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
11 A JUN 2019
E: 2428459
"B" PROTOCOLO

CONFORME ORIGINAL

2023302

12-000000-8

Unidade: _____

ANEXO 1

Ministério da 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 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 0 0 1 5 7 8

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dr. Wagner Gomes S. Filho

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

28 09 1980

7 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

83 752

8 - NOME DA MÃE

Ray Maria Assis de Souza

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DOD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DOD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua. Edmundo Pinto - conj. Manoel 168 Est. Exp.

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

AC

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pcte vítima de queda de moto, com dor e edema membro superior Esq

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trat. único

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIENTAÇÃO

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

Aus - esse + et. físico + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREVEDIO

Eletrico

30 - CARÁTER DA SOLICITAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

20 12 17

34 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ACIDENTE TRABALHO TRÁFEGO

37 - ACIDENTE TRABALHO TIPO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO SEGURO

PREENCHER EM CASO DE SAÚDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNV DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

40 - CNV DA EMPRESA

43 - CNV DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

CNS

CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

83.758

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 93] SPO2 96%

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

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

DADOS CLINICOS: *Acidente automobilístico com lesões múltiplas e dor no centro abdominal*
 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *18/02/2017*

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] 100 70%

DIAGNOSTICO: *Lesão abdominal*

Prescrição: *Rim X Omeprazol 40mg*
Ceftriaxona 1g IV
Zoladrol 10mg
Salina 0.9%
Levomepromid 4mg
Analgesia por demanda

HORARIO DA MEDICACAO

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

HORA DA SAIDA: :
 [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO

CÓPIA

CRM - AC 483

CONFORME ORIGINAL



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

HUERB
Unidade de Pronto Socorro

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE UNTERO PROXIMAL E
CABECA DO RADIO ESQ

DT.: 2002

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

1. DIETA LIVRE *SN*
2. SIF 0.5% 500ML - EV - 8/8 H
3. TRAMAL 100 MG + SF 0.5% 100 ML - EV - 8/8 *SN*
4. DIFRONA 1G - EV - 6/6 H
5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8 *SN*
6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X DIA
9. CEFALOTINA 1G IV 6/6 H

4
4
4
4
4
4
4



SABME / HUERB
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

Rui Barros dos Santos
Rm 040404 - Transmologia
CRM 1996

8:00h - Paciente acordado de
aparelhado - fucando sangue
ne cause t. sangue por
velado. Realizado exame
físico e S.O.S. 1/2. Sangue
17:00h - Paciente acordado
e apêndice, neuromotor
neuro. Sem dor no
membro superior distal
operado, diurese por
sonda de 120 x 60 ml
18:00h - Rotunda



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

HUERB
Médico Assistente
Médico de 1ª Categoria

REGISTRO

PACIENTE
JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE
36

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
172

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

PX DE ÚMERO PROXIMAL E
CABECA DO RÁDIO ESQ

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

1. DIETA LIVRE

2. SFO 9% 500ML - EV - 8/8 H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8h SN

4. DILPIROMA 1G - EV - 6/6h

5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8h SN

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 8/8h

8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO

9. CEFALOTINA 1 G IV 8/8h

João Paulo 25g 26/Agosto.

600 + 600 + 600

18.18.28.04

18.18.26

18.18.22.04



Rua Raimundo dos Santos
PRM, Otorrinolaringologista
CRM-AC 195

SPH-11-11-11
Cópia
COLEÇÃO ORC-NA-1

23/02/17 08:40:00
paciente em bom estado
geral, lucido, orientado,
comunicativo, referindo
dor de baixa intensidade
no cotovelo esquerdo,
pulsos distais preservados.
F.O.F.P. nota supor
guia de dor. PA =
160x100 mmHg
23/02/17 08:40:00
paciente em bom estado
geral, lucido, orientado,
comunicativo, referindo
dor de baixa intensidade
no cotovelo esquerdo,
pulsos distais preservados.
F.O.F.P. nota supor
guia de dor. PA =
160x100 mmHg



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

LETO

HUERB
CENTRO DE ATENDIMENTO

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FX DE LUMERO PROXIMAL E
CABECA DO RADIO ESQ

DT. 20/02

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

SOLICITO RX E EXAMES PRE
OPERATORIO

Rui Campos dos Santos
PRM Ortografia e Traumatologia
CRMAC 1956

1. DIETA LIVRE **SN** - **500+500+500**
2. SFO 9% 500ML - EV - 8/8 H
3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8 SN **50.50.4**
4. DIFIRONA 1G - EV - 8/8 H
5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8 (SN) **Q**
6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X DIA
7. **[REDACTED]**
8. **[REDACTED]**
9. CEFALOTINA 1G IV 8/8 H - **50.50.4**



SAÚDE / HUERB
CÓPIA
CONFIRM. ORIGINAL

DAZ. 09/02/2015 às 13:00h
pac. LOTE TOMOU 3mg de
DE APÓS TROCADO LEVAC
DE CARM + TESTES FEITO
BEM-ESTAR + MEDICINAS COM
A GER. TUA. A DIETA OBEDECE
AS REC. DOZ. ATE O MOMEN
SEM PROBLEMAS INTERMEDI
DEZ. DA. 14.140x90mm. 70
DE WIDEN 705609.
C9: 100% de melhora de
est. geral, bem-estar
devido a dor controlada
e a analgesia. 14.140x90mm. 70
sem sinais de infecção.



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

HUEB
Hospital de Urgência de Emergências de Belém

REGISTRO **PACIENTE** **JOSE WAGNER GOMES S FILHO** IDADE **36** CLÍNICA **CACB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B** LEITO **172**

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>FX DE UMBRO PROXIMAL E CAIECA DO RADIO ESQ</p> <p>DT. 24/02</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 PRE OPERATORIO</p>	<p>1. DIETA LIVRE</p> <p>2. SF 0.9% 500ML - EV - 8/8H</p> <p>3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H SN</p> <p>4. DIPRONA 1G - EV - 8/8H</p> <p>5. PLASL 10 MG + AD 16 ML - EV - 8/8H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/8H</p> <p>8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO</p> <p>9. CEFALOTINA 1 G IV 6/8H</p>	<p>25/02/2017</p> <p>26/02/2017</p> <p>27/02/2017</p> <p>28/02/2017</p> <p>29/02/2017</p> <p>30/02/2017</p>	<p>Pac trouxe bandido de aspiração com auxílio + troca de curativo da mesma</p> <p>26/02/2017, Pac não refere dores e no período, acetarol, alívio das dores, fístulas, lesões fisiológicas normais Te Maria</p> <p>25/02/2017</p> <p>5:00h, Pac deu banho no período acetarol o paciente durante presente PA 160x90mm 140/70 Te Maria</p>

Rui Ramos dos Santos
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 196

SAÚDE / HUEB
CÓPIA
CONTINUA PRECISA

COMPANHIA DE SAÚDE DO ACRE
17/02/2017
PROTÓCOLO
LABORATORIAL

Obs = familiar - realizado em laboratório por equipe própria

HUERB
Secretaria de Estado de Saúde do Acre - SESACRE

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

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CIMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

172

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FX DE UNIERO PROXIMAL E
CABECA DO RAO ESQ

DT. 20/02

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

OPERATORIO

1. DIETA LIVRE

2. SFO 8% 500ML - EV - 8/8H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H SN

4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6H

5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H SN

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H

8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALIA ELEVADA.

9. DEFECAÇÃO 1 C/N 6/6H

Rui Rappas dos Santos
PRM Odontologia e Traumatologia
CRMAC 1956

SAÚDE / HUERB
CÓPIA
CONFORTO ORIGINAL

PROVIDÊNCIA S/A
11.01.2018
PROSECULO

000+500+500
10.18.2/2.04
04 - 06
10.18.25.04

Atenção: paciente foi
atendido, com evolução
favorável, no momento
de alta, mantendo o uso de
medicação prescrita, com
orientações de cuidados
com o membro operado,
e acompanhamento em
ambulatorio para controle
da evolução. (Assinatura)
Fundo de sangue com o
resultado de exames de
hemograma e perfil
lipídico em anexo.
Assinatura do médico
responsável pelo caso.

Source: U.S. Census Bureau, *Marriage, Divorce, Remarriage in the 1990s*, p. 10.

172

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rui Ramos dos Santos
Rua Augusta e Transfusão
PRM Oropá e 1956
PRM AC 1956

~~10~~ ~~10~~ ~~22~~ ~~24~~
 PRIORATA ELEVAIO

AGENZIA S.P.A.
11 MAR 1974
PROTOCOLLO

9 mos - patient
operation date, lungs
should go to Orman,
no return deposits
leaves - patients past
return - back to clinic
should go to Orman, no
return date, pt = 12087000
Edwin J. 37x

04:00 patient to give
syphilis test, outpatient
diagnose present
pt: 1208 x 80 initially
Two survey records.



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

Original e responsável pelo documento



REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE ÚMERO PROXIMAL E
CABECA DO RADIO ESQ

DT 20/02

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

SOLICITO RX E EXAMES PRE
OPERATORIO

AGUARDA AGENDAMENTO

1. DIETA LIVRE
2. SF6 9% 500ML - EV - 8/8 H
3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H SN
4. DIPRONA 1G - EV - 6/6H
5. PLUSIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H SN
6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA
7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H
8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO
9. CEFALOTINA 1 G IV 6/6H

Rui Rappos dos Santos
PRM Oculista e Traumatologia
CRM-AC 1936

SAÚDE / HUERB

CÓPIA

CÓPIA ORIGINAL

Pac trouxe bombo
de aspiração e com
auxílio + troca de
roupa de cama
16:00h, Pac não
sufre queixas no
período, acalenta ali
ventilação, fuwges
fisiológicas normais
Vf normal
04.30h. Pac modificado -
RA-180x80cm. A respiração
está normal, com 12 torçõ
de 22x20cm. 8.00h. Pac
dormiu. Pac está bem. Zec. 18/02/20
172.882.



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

digitado e impresso em: 28/02/2017 às 08:43:17



HUEB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE UMERO PROXIMAL E CABECA DO RADIO ESQ DT 20062	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,8% 500ML - EV - 08H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 08H SN 4. DIFERONA 1G - EV - 08H 5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 08H SN 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X DIA 7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 08H 8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO. 9. CEFALOTINA 1 G IV 08H	966+0004500 18.16. 22.04 18-06 18.16. 22.04	Sh - Realizado banho de aspersão. Troca de curativos de curativo Furc. f. presentes Sh - curativo furc de furc. present. Qua do f. clinico muito bom. Tece. N. Safer de Uenbe 437660
---	---	--	---

Rui Ramos dos Santos
RM O 000114 e Traumatologia
CRM AC 195

SAÚDE / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 01/03/2017 às 12:28:52



HUEB
Hospital de Urgência do Estado do Acre

REGISTRO

PACIENTE

JOSÉ WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE UMBRO PROXIMAL E
CABECA DO RAO DO ESQ

DT 2002

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

AQUARDA AGENDAMENTO

1. DIETA LIVRE

2. SF 0,9% 500ML - EV - 8/8 H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8/8 H

4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6 H

5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8 H

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

9. CEFALOTINA 1 G IV 8/8 H

Dr. Alvaro Alves

Residente Ortopedia e Traumatologia
CRM 107

SAGRE / RUBEN

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

paciente de 36 anos

clínica conciente

comunicativo, verbaliza

afetiva, monossílabos de

substância, orientado

p/ local, tempo, lugar, data

e circunstâncias, nega dor

aguda, não apresenta

lesões físicas ou

te. Nelma - 4/6/8/9/9/9

04:00 - Evolue satisfatória

avaliada, memórias

verbais, domínio da

quantidade de A =

130x80 mmHg. Sem

queixos. TC. Urdia

coração. 43/60/3



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

HUEB
BOMBA DE VÁCUO
DE VÁCUO

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CNMB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FX DE UMBILICO PROXIMAL E
CABECA DO RADIO ESQ

DT 2002

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA
INTENSIDADE NO COTOVELO
ESQUERDO, PULSOS
PRESERVADOS.

AGUARDA AGENDAMENTO

1. DIETA LIVRE SVD

2. SF 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 — 10:16: 12:14

5. PLASL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8H (SN)

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X DIA — 14

7. [REDACTED]

8. [REDACTED]

9. CEFALOTINA 1 G IV 6H — 10:16: 12:14

Robson de Sousa
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO
FÍSICA - 1900

CÓPIA

CONFIRME ORIGINAL

10/03/17
paciente no 1º andar
no consultório de
cirurgia ortopédica, tomou
banho de esponja com
lençol + água e
sabão, foi medido
C.P.M. deu-se
dieta líquida F.F.P.
não houve queixa de
dor

03/03/17

cliente negro deu
aceitar dieta que
deveu ser de
verdadeiramente
e a 140 x 90 mm - 48
te nelua 21631430



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

digitado e impresso em: 03/03/2017 às 10:44:37



HUERRB
UNIDADE DE SAÚDE DO ACRE
R. 1000, 1000 - 1000

REGISTRO

PACIENTE

JOSÉ WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CACB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

DT: 20/02/2017

FX DE UNIERO PROXIMAL E
CABECA DO RADIO ESQ

DT: 20/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA
INTENSIDADE NO COTOVELO
ESQUERDO, PULSOS
PRESERVADOS.

AGUARDA AGENDAMENTO

1. DIETA LIVRE SVD — 500 + 500 + 500

2. SFO 9% 500ML - EV - 800 H — 500 + 500 + 500

3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 800 H — 500 + 500 + 500

4. DIPRONA 1G - EV - 800 H — 500 + 500 + 500

5. PLASL 10 MG + AD 18 ML - EV - 800 H — 500 + 500 + 500

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA — 500 + 500 + 500

7. [REDACTED] — 500 + 500 + 500

8. [REDACTED] — 500 + 500 + 500

9. CEFALOTINA 1 G IV 600 — 500 + 500 + 500

Dr. Wagner Gomes S. Filho
P. R. M. Ortopedia e Traumatologia
CRM: 200

SARE / HUERRB

CÓPIA

CÓPIA ORIGINAL



At 07:00 necessito de
atender o paciente,
comunicativo, orientado,
demonstrando não estar
afetado no momento
contando com o bom
ajudar em a dieta de
liquida, fracionada, 500ml
por dia. Paciente com
no tratamento de controle
de dor e analgesia
ativa.

Rec. Enfe. Desseleida
Carmen 525382

At 16:00 observando
evolução do paciente no
momento.

De 17:00 a 18:00
o paciente continua
sem alteração no
estado clínico.

Em a tarde o paciente
foi encaminhado para
o serviço de fisioterapia

HUEB
1800-848-7777
www.hueb.com

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

AGUARDIA CONNITTA

11

CRIMINAL LAW

100-100000

mmHg

mmHg



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

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



HUEB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT: 20/02/2017

PX DE UMBILICO PROXIMAL E
CAECA DO RADIO ESQ

DT: 20/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA
INTENSIDADE NO COTOVELHO
ESQUERDO, PULSOS
PRESERVADOS.

AGUARDA CONDUTA

1. DIETA LIVRE ~~2ND~~ - ~~500 + 500 + 500~~
2. SF 0.9% 500ML - EV - 68H
3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 68H
4. DIFERONA 1G - EV - 68H - ~~4~~
5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 68H (SN) - ~~4~~
6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X DIA
7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 68H
8. MANTER O UMBILICO INFERIOR NA TALA ELEVADO
9. CEFALOTINA 1 G IV 68H - ~~4~~

Dr. Alberto Alves
R. M. Oliveira e Trindade
CRM 2651

SAÚDE / HUEB
CÓPIA
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL



Às 07:00 recebendo
Pct. aspirado, com
comunicado de
diagnóstico, não
obtido no momento,
tendo o caso
autuado com a
diagnóstico, porém
logica presente, com
contato de cirurgia,
cada longa duração
nauf. Prático
Dec. Eng. 17-88
com 525 88
Às 16:50 Pct. aspirado
nauf. Prático, com
comunicado de
diagnóstico, porém
logica presente, com
contato de cirurgia,
cada longa duração
nauf. Prático
Dec. Eng. 17-88
com 525 88
Às 17:30 - não aceita a
hueliação 95% de
ele está na presença

para hoje. Tec. 17-88
5:00 Guadalupe com
diagnóstico, porém
logica presente, com
contato de cirurgia,
cada longa duração
nauf. Prático
Dec. Eng. 17-88
com 525 88



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

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



HUEARB
Hospital de Urgência e Emergência do Acre

REGISTRO PACIENTE IDADE CLINICA LETO

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

36

CNMB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

172

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT 20/02/2017	1. DIETA LIVRE SVD		
FX DE UMBRO PROXIMAL E CABECA DO RADIO ESQ	2. SF 0.9% 500ML - EV - 8/8 H — 500 + 500 + 500		
	3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8 H SN		
DT 20/02	4. DEPIRONA 1G - EV - 8/8 H — 100 + 100 + 100		
	5. FLASL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8 H SN		
PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL. LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO. REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA INTENSIDADE NO COTONELO ESQUERDO, PULSOS DISTAIS PRESERVADOS.	6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA — 4		
	7. CAPTOPRIL 50 MG - VO - SE PAS — 180 EOU PAD — 100 EOU PAD		
	8. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 8/8 H		
	9. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO		
AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA O DIA 11/04/2017 COM O DR VICK	10. CEFALOTINA 1G IV 6/8 H — 100 + 100 + 100		
	11. CONSERVAR ALTA COM AGENDAMENTO COM O DR VICK		

SAÚDE / UBER

CÓPIA

ALTA

HOSPITALAR

CONFORME ORDEMADA

Dr. Antonio Alves
P. R. M. Oliveira e T. Fernandes
CRM 2007

Ata da reunião de 20/02/2017
Assunto: José Wagner Gomes S. Filho
Paciente em bom estado geral, lucido, orientado, comunicativo. Referente dor de baixa a moderada intensidade no cotovelo esquerdo, pulsos distais preservados.
Prescrição: 1. Dieta livre SVD. 2. SF 0.9% 500ml - EV - 8/8h - 500 + 500 + 500. 3. Tramal 100mg + SF 0.9% 100ml - EV - 8/8h SN. 4. Depirona 1g - EV - 8/8h - 100 + 100 + 100. 5. Flasl 10mg + AD 18ml - EV - 8/8h SN. 6. Omeprazol 40mg - EV - 1x/dia - 4. 7. Captopril 50mg - VO - SE PAS - 180 EOU PAD - 100 EOU PAD. 8. Cuidados gerais + sinais vitais 8/8h. 9. Manter o membro inferior na tala elevado. 10. Cefalotina 1g IV 6/8h - 100 + 100 + 100. 11. Conservar alta com agendamento com o Dr. Vick.
Assinatura: Dr. Antonio Alves
Assinatura: P. R. M. Oliveira e T. Fernandes

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 **CCB**
Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,66	mm3
Hemoglobina:.....	12,50	g/dL
Hematocrito:.....	36,00	%
VCM:.....	98,80	fL
HCN:.....	34,20	pg
CHCM:.....	34,60	g/dL

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	10.700	/mm3
Basofilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Eosinofilos:.....	1	%
Valor Absoluto:.....	107	mm3
Mielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Metamielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	%
Bastoes:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Segmentados:.....	78	%
Valor Absoluto:.....	8.346	mm3
Linfocitos:.....	13	%
Valor Absoluto:.....	1.391	mm3
Monocitos:.....	8	%
Valor Absoluto:.....	856	mm3
Plaquetas:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Observacao:.....	.	

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 7 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 21 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

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	
Tempo de Coagulacao:.....	7 MINUTOS	
Contagem de Plaquetas:...	209.000	/mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

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

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACÕES 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

Hemácias (em milhões):...	3,66	mm3
Hemoglobina:.....	12,50	g/dL
Hematócrito:.....	36,00	%
VCM:.....	98,80	fL
HCM:.....	34,20	pg
CHCM:.....	34,60	g/dL

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	10.700	/mm3
Basófilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Rosinófilos:.....	1	%
Valor Absoluto:.....	107	mm3
Mielócitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Metamielócitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	%
Eosinófilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Segmentados:.....	78	%
Valor Absoluto:.....	8.346	mm3
Linfócitos:.....	13	%
Valor Absoluto:.....	1.391	mm3
Monócitos:.....	8	%
Valor Absoluto:.....	856	mm3
Plaquetas:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Observação:.....		

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 21 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

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
Tempo de Coagulação:....	7 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:....	209.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

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

12/1

**HUERB
PATOLOGIA CLINICA**

AV. NACCES UNIDAS, 700, - BOSQUE - P.O. 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 **CCB**
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,91	mm3	VR: H:4,5 a 5 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,10	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	39,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	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	/mm3	VR: 5.300 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	222	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamelocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Rastros:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.180	mm3	
Linfocitos:.....	1.400	mm3	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.400	mm3	
Monocitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	510	mm3	
Plaquetas:.....			VR: 0 %
Valor Absoluto:.....			
Observacoes:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO 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 Coagulacao:....	35 MINUTOS E 30 SEGUNDOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:....	394.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

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

MARLENE OLIVEIRA DA S. CESAR
BIOQUIMICA
CRBM 749/P1

SANGUE / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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: SAME / NUNCA

Exame Físico: CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: fx T-120 PROXIMO E
fx cabeça radio

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança: 12

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGIA
- 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 RECÊM-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 RECÊM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÊM NASCIDO

RECEBIMOS
07/07/2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
758535288

NOME
JOSE WAGNER GOMES DE SOUSA FILHO

RG
0301062 SEP AC

CPF
659.194.702-82

DATA NASCIMENTO
28/09/1988

PLAÇA
JOSE WAGNER GOMES DE
SOUSA
RAY MARTA ASSIS DE
SOUSA

SEXO
MASCULINO

ACE
MASCULINO

DATA EXP
07/07/2013

INSCRIÇÃO
20.77.0000

VALIDADE
07/07/2013

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
29/07/2013

DELEGADO
49509501716
AC606577544

DETAN - AC/ACRE

758535288