

# 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: 20/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: ETA BARBOSA DE ALENCAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 00000054189-3

---

Nr. da Autenticação 7766E1D7321086A9

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150623873      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR      **Data do acidente:** 14/05/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 31/07/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º E 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150623873      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR      **Data do acidente:** 14/05/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS EXPOSTAS DOS 4º/5º PODODACTILOS ESQUERDOS COM GRAVE LESÃO DE PARTES MOLES

**Descrição do exame** AMPUTAÇÃO DO 4º PODODACTILO ESQUERDO E CICATRIZ QUELOIDE EXTENSA BORDO EXTERNO DO PÉ  
**médico pericial:** ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO NA URGENCIA ( LIMPEZA CIRURGICA, REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER INTRAOSSSEOS ). EVOLUINDO COM NECROSE DO 4º PODODACTILO TENDO SIDO SUMETIDO A AMPUTAÇÃO NO 30º DIA DE EVOLUÇÃO E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/08/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 373/AC

**UF do CRM do médico:** AC

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

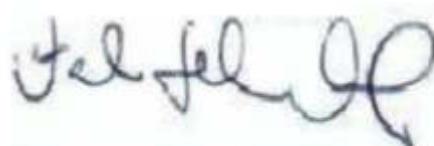
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150623873      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR      **Data do acidente:** 14/05/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS 4,5 PODODACTILOS E METATARSOS    LESAO TENDINEA DO PE ESQUERDO

**Descrição do exame** AUSENCIA DO 4 PODODACTILO COM RIGIDEZ ARTICULAR    ENCURTAMENTO DO 5 PODODACTILO    LIMITACAO NA  
**médico pericial:** MOBILIDADE DO PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATADO CIRURGICAMENTE COM AMPUTACAO DO 4 PODODACTILO    OSTE OSSINTSE COM FIO DE KIRSCHNER  
NO 5

**Sequelas permanentes:** NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/11/2015

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$ 3.375,00 REFERENTE A 50%  
DA LESÃO DO PÉ ESQUERDO.

**Médico examinador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

**CRM do médico:** 2678/AM

**UF do CRM do médico:** AM

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2015

Carta n°: 7416497

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

**Sinistro:** 3150623873  
**Vitima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR  
**Data Acidente:** 14/05/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **17/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

**Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2015**

**Carta nº: 7514258**

**A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR**

**Sinistro:** 3150623873  
**Vítima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR  
**Data Acidente:** 14/05/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

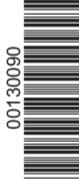
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2015

Carta n°: 7686332

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

**Sinistro:** 3150623873  
**Vitima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR  
**Data Acidente:** 14/05/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: ETA BARBOSA DE ALENCAR**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000002278**

**Conta: 0000054189-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>3.375,00</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%**

**Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2015

Carta nº: 8172628

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

**Sinistro:** 3150623873  
**Vítima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR  
**Data Acidente:** 14/05/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2015

Carta nº: 8228239

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

**Sinistro:** 3150623873  
**Vitima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR  
**Data Acidente:** 14/05/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150623873 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **ETA BARBOSA DE ALENCAR**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VERA CRUZ nº 18 - CENTRO - RIO BRANCO/AC**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 103648 - SSP**

Data local do exame: **17/08/2015 RIO BRANCO/AC**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURAS EXPOSTAS DOS 4º/5º PODODACTILOS ESQUERDOS COM GRAVE LESÃO DE PARTES MOLES**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATAMENTO CIRURGICO NA URGENCIA ( LIMPEZA CIRURGICA, REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER INTRAOSSEOS ). EVOLUINDO COM NECROSE DO 4º PODODACTILO TENDO SIDO SUMETIDO A AMPUTAÇÃO NO 30º DIA DE EVOLUÇÃO E ALTA MEDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**AMPUTAÇÃO DO 4º PODODACTILO ESQUERDO E CICATRIZ QUELOIDE EXTENSA BORDO EXTERNO DO PÉ ESQUERDO**

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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(\*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**PÉ ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**AC - RIO BRANCO, 17/08/2015**

**Médico Perito: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA CRM: 373/AC**



JOSE ROBERTO P. OLIVEIRA  
CRM 373 AC

Assinatura do perito Examinador - CRM



ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE FLAGRANTES - DEFLA

Endereço: OMAR SABINO, S/N.º - ESTACAO EXPERIMENTAL - 69914-525 , Fone: (68)3223-2857 \ 3224-8791.



OCORRÊNCIA Nº: 5461/2015 - Registrado em 30 de Junho de 2015 às 14:35h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 14/05/2015 às 18:00hs, Quinta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

**Mensagem Obrigatória:** "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município: Rio Branco

Estado: AC

Logradouro:

Nº: CEP:

Bairro: ADALBERTO ARAGAO

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: proximo PANIFICADORA

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

ETA BARBOSA DE ALENCAR (51), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 103648/SSPAC, CPF: 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOAO MOREIRA DE ALENCAR e MÃE: FRANCISCA MARIA BARBOSA, Endereço: VERA CRUZ, 18 - Bairro: MORADA DO SOL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9988-6917.

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O comunicante/vítima veio a essa Delegacia de Policia DEFLA informar que estava próximo ao local informando, quando o mesmo estava andando no acostamento da rua, quando um veiculo passou por cima do seu pé, e logo depois ser evadiu do local sem presta nem um socorro, então a SAMU foi acionada para atendimento, chegando no hospital foi constatado que os dedos do pé foi quebrado, e devido ocorrido seu dedo foi amputado. Diante dos fatos comunicante/vítima pedi que as providencias cabíveis sejam tomadas.

Jairton Alexandre Martins Rodrigues  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. nº 91.99.494-1

FABIO HENRIQUE DOS SANTOS BEVIANI  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

RODRIGO ALVES CUEVAS  
ATENDENTE

ETA BARBOSA DE ALENCAR  
COMUNICANTE

07/06/2015



ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE FLAGRANTES - DEFLA

Endereço: OMAR SABINO, S/N.º - ESTACAO EXPERIMENTAL - 69914-525 , Fone: (68)3223-2857 \ 3224-8791.



OCORRÊNCIA Nº: 5461/2015 - Registrado em 30 de Junho de 2015 às 14:35h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 14/05/2015 às 18:00hs, Quinta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

**Mensagem Obrigatória:** "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município: Rio Branco

Estado: AC

Logradouro:

Nº: CEP:

Bairro: ADALBERTO ARAGAO

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: proximo PANIFICADORA

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

ETA BARBOSA DE ALENCAR (51), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 103648/SSPAC, CPF: 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOAO MOREIRA DE ALENCAR e MÃE: FRANCISCA MARIA BARBOSA, Endereço: VERA CRUZ, 18 - Bairro: MORADA DO SOL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9988-6917.

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O comunicante/vítima veio a essa Delegacia de Policia DEFLA informar que estava próximo ao local informando, quando o mesmo estava andando no acostamento da rua, quando um veiculo passou por cima do seu pé, e logo depois ser evadiu do local sem presta nem um socorro, então a SAMU foi acionada para atendimento, chegando no hospital foi constatado que os dedos do pé foi quebrado, e devido ocorrido seu dedo foi amputado. Diante dos fatos comunicante/vítima pedi que as providencias cabíveis sejam tomadas.

Jairton Alexandre Martins Rodrigues  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. nº 91.99.494-1

FABIO HENRIQUE DOS SANTOS BEVIANI  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

RODRIGO ALVES CUEVAS  
ATENDENTE

ETA BARBOSA DE ALENCAR  
COMUNICANTE

07/06/2015

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

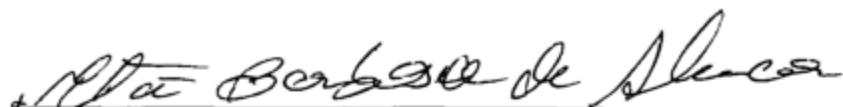


Eu, Etá Barbosa de Alencar, portador da carteira de identidade nº 103648 e inscrito no CPF/MF sob o nº 119-781-712-34, residente e domiciliado na Rua Jere Cruz, nº 18 10713, Cidade Rio Branco, Estado AC, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

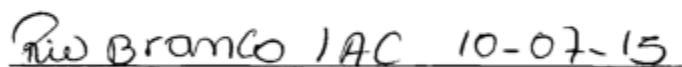
- (  ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (  ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (  ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Local e data





BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	DATA	19/05/15	HORA	18:00 min																															
MOTIVO	MEDICO(A) REGULADOR(A) Dr.(a) <i>NR (Assinatura)</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">CLÍNICO</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRAUMÁTICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO</td> <td><input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.</td> <td><input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO</td> <td><input type="checkbox"/> 7. OBSTÉTRICO</td> <td><input type="checkbox"/> 8. PSICO- LÓGICO</td> <td><input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO</td> <td><input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.</td> <td><input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO</td> <td><input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO</td> <td><input type="checkbox"/> 14. OUTRO</td> <td><input type="checkbox"/> 15. COLISÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> 17. Queda</td> <td><input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 19. FAP</td> <td><input type="checkbox"/> 20. FAB</td> <td><input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA</td> <td><input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 24. OUTRO:</td> </tr> </table>					CLÍNICO			TRAUMÁTICO			<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> 7. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 8. PSICO- LÓGICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO	<input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 17. Queda	<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAP	<input type="checkbox"/> 20. FAB	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO	<input type="checkbox"/> 24. OUTRO:					
CLÍNICO			TRAUMÁTICO																																	
<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> 7. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 8. PSICO- LÓGICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO	<input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 17. Queda	<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAP	<input type="checkbox"/> 20. FAB	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO	<input type="checkbox"/> 24. OUTRO:																	
PACIENTE	NOME COMPLETO <i>Etiom Barbosa de Alencar</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 25. Mas.</td> <td><input type="checkbox"/> 26. Fam.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 27. S</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 28. M</td> <td><input type="checkbox"/> 29. F</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 25. Mas.	<input type="checkbox"/> 26. Fam.	<input checked="" type="checkbox"/> 27. S	<input checked="" type="checkbox"/> 28. M	<input type="checkbox"/> 29. F																										
<input type="checkbox"/> 25. Mas.	<input type="checkbox"/> 26. Fam.	<input checked="" type="checkbox"/> 27. S	<input checked="" type="checkbox"/> 28. M	<input type="checkbox"/> 29. F																																
EXAME PRIMÁRIO	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, Bairro, Ponto de Referência) <i>Rua 26 de Setembro, 1000, Centro, Rio Branco</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">VIAS AÉREAS</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">RESPIRAÇÃO</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">CIRCULATÓRIO</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">NEUROLÓGICO</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">EXPOSIÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR.</td> <td><input type="checkbox"/> 30. LIVRE</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 31. NORMAL</td> <td><input type="checkbox"/> 32. ALTERADA</td> <td><input type="checkbox"/> 33. AGÓNICA</td> <td><input type="checkbox"/> 34. APNEIA</td> <td><input type="checkbox"/> 35. NORMAL</td> <td><input type="checkbox"/> 36. CHOQUE</td> <td><input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> 38. PCR</td> <td><input type="checkbox"/> 39. NORMAL</td> <td><input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 43. COMA</td> <td><input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA</td> <td><input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES</td> <td><input type="checkbox"/> 47. FRATURAS</td> <td><input type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS</td> </tr> </table>					VIAS AÉREAS		RESPIRAÇÃO		CIRCULATÓRIO		NEUROLÓGICO		EXPOSIÇÃO		<input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS	<input checked="" type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR.	<input type="checkbox"/> 30. LIVRE	<input checked="" type="checkbox"/> 31. NORMAL	<input type="checkbox"/> 32. ALTERADA	<input type="checkbox"/> 33. AGÓNICA	<input type="checkbox"/> 34. APNEIA	<input type="checkbox"/> 35. NORMAL	<input type="checkbox"/> 36. CHOQUE	<input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> 38. PCR	<input type="checkbox"/> 39. NORMAL	<input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO	<input type="checkbox"/> 43. COMA	<input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES	<input type="checkbox"/> 47. FRATURAS	<input type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS
VIAS AÉREAS		RESPIRAÇÃO		CIRCULATÓRIO		NEUROLÓGICO		EXPOSIÇÃO																												
<input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS	<input checked="" type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR.	<input type="checkbox"/> 30. LIVRE	<input checked="" type="checkbox"/> 31. NORMAL	<input type="checkbox"/> 32. ALTERADA	<input type="checkbox"/> 33. AGÓNICA	<input type="checkbox"/> 34. APNEIA	<input type="checkbox"/> 35. NORMAL	<input type="checkbox"/> 36. CHOQUE	<input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> 38. PCR	<input type="checkbox"/> 39. NORMAL	<input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO	<input type="checkbox"/> 43. COMA	<input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES	<input type="checkbox"/> 47. FRATURAS	<input type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS																
SINAIS VITais	HORA	P.A.	F.R.	FC	SPO2	DEXTRO	GLASGOW																													
	INÍCIO	<i>18:00/15</i>		<i>69</i>	<i>98%</i>		<i>15</i>																													
	FIM																																			
PROCEDIMENTO EFETUADOS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 41. ADM. OXIGÉNIO</td> <td><input type="checkbox"/> 53. RCP</td> <td><input type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL</td> <td><input type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 65. CURATIVO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 50. GUEDEL</td> <td><input type="checkbox"/> 54. PUNÇÃO TORÁCICA</td> <td><input type="checkbox"/> 55. FLEBOTOMIA</td> <td><input type="checkbox"/> 62. INTRACATH</td> <td><input type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 55. DRENAGEM TORÁCICA</td> <td><input type="checkbox"/> 59. PUNÇÃO PERICARDICA</td> <td><input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL</td> <td><input type="checkbox"/> 67.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (OT NT)</td> <td><input type="checkbox"/> 56. VEIA PERIFÉRICA</td> <td><input type="checkbox"/> 60. SONDA GÁSTRICA</td> <td><input type="checkbox"/> 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS</td> <td><input type="checkbox"/> 68.</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 41. ADM. OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/> 53. RCP	<input type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 65. CURATIVO	<input type="checkbox"/> 50. GUEDEL	<input type="checkbox"/> 54. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 55. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> 62. INTRACATH	<input type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA	<input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> 55. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 59. PUNÇÃO PERICARDICA	<input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> 67.	<input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (OT NT)	<input type="checkbox"/> 56. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> 60. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	<input type="checkbox"/> 68.											
<input type="checkbox"/> 41. ADM. OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/> 53. RCP	<input type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 65. CURATIVO																																
<input type="checkbox"/> 50. GUEDEL	<input type="checkbox"/> 54. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 55. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> 62. INTRACATH	<input type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA																																
<input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> 55. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 59. PUNÇÃO PERICARDICA	<input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> 67.																																
<input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (OT NT)	<input type="checkbox"/> 56. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> 60. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	<input type="checkbox"/> 68.																																
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG																																			
	REPOSIÇÃO VOLÉMICA / MEDICAMENTOS:																																			
TRANSP.	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO																																
	<input type="checkbox"/> 69. SIMPLES <input type="checkbox"/> 70. MEDICALIZADO	<i>Sua Bresser</i> REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	<i>P5</i> REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO																																	
INCIDENTE	71. CANCELADO	72. ÓBITO	<input type="checkbox"/> 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> 77. OUTRO																																
	72. FALSO	74. RECUSOU ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL																																	
OBSERVAÇÕES	<i>Paciente com hipotonia do Cérebro. Foi Passado Remédio para crise da epilepsia. Foi apresentando sintomas de festa. Foi dado de alta e foi encaminhado para a UPA.</i>																																			
	<i>17/05/2015</i>																																			
PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE	<i>E. P. Bresser</i> <i>RTT 2014</i>																																			

## DECLARAÇÃO

Eu, **Etã Barbosa de Alencar**, brasileiro, divorciado, RG 103648 SSPAC CPF 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, residente e domiciliado na Travessa Vera Cruz, 18 Morada do Sol, em Rio Branco, Estado do Acre, **DECLARO** para os devidos fins que após o meu acidente em 14 de maio de 2015, quando tive que passar por uma intervenção cirúrgica, onde um dedo meu foi amputado do Pé Esquerdo, estava internado para cirurgia, fiquei impossibilitado de registrar um Boletim de Ocorrência dentro do prazo previsto por estar em tratamento hospitalar.

Por ser expressão da verdade firmo a presente declaração.

Rio Branco, 02 de julho de 2015

  
**Etã Barbosa de Alencar**  
Declarante

17 JUL 2015



## **DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Está barbosa de Alencar

Portador do RG nº 103648 expedido pelo SSP/AC em 08/10/12

CPF nº 19-781-712.34 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a), venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito **segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:**

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	Vera Cruz
Número	18
Apto / Complemento	Q = 15
Bairro	Morada - Ao - Sol
Cidade	Rio Branco
Estado	AC
CEP	— 11 — 11 — — 11 —
Telefone de Contato	9900-3322-9955-2213
E-mail	ou 3301-6472

sep. 69940. 670

Por ser verdade, firmo-me.

Rio Branco IAC 10-julho - 2015

## LOCAL / DATA

**ASSINATURA DO DECLARANTE**



# CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E/OU ESGOTO

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE PAVIMENTAÇÃO E SANEAMENTO - DEPASA

RUA QUINTINO BOCAÍUVA, 299 - CENTRO - CEP 69.900-070



DOCUMENTO	MEDEDOR	REG. COM. IND/PLB	CICLO SÉTOR. ROTA SEQUENCIA
14328580	R101217219	001.000.000.000.46.0100048.003.0420	

CLIENTE  
01033745-5 FRANCISCA MARIA BARBOSA  
RUA VERA CRUZ 18 Q.45  
RIO BRANCO

MÉDIA DE CONSUMO	DATA	LEITURA	CONSUMO DO MÊS	MÊS DE REFERÊNCIA
45	19/06/2015	1000000	1000045	06/2015
	21/12/2014	000130		

HISTÓRICO DE CONSUMOS FATURADOS  
Mai/2015 S/ INF FEV/2015 S/ INF NOV/2014 S/ INF AGO/2014 S/ INF  
ABR/2015 S/ INF JAN/2015 S/ INF OUT/2014 S/ INF JUL/2014 S/ INF  
MAR/2015 S/ INF DEZ/2014 S/ INF SET/2014 S/ INF JUN/2014 S/ INF

TARIFAS DE ÁGUA EM MT	10 10x1 1.40	14.00	Res. 30 a 35 05x1 3.47	17.35
Res. 10 a 15 05x1 1.53	7.65	Res. 35 a 40 05x1 3.96	19.80	
Res. 15 a 20 05x1 2.02	10.10	Res. 40 a 45 05x1 4.44	22.20	
Res. 20 a 25 05x1 2.50	12.50			
Res. 25 a 30 05x1 2.99	14.95			
Res. 30 a 35 05x1 3.47	17.35			

DISCONTO POR PAGAMENTO ANTECIPADO  
VALOR DA MULTA

118.54  
2.43

DATA DE VENCIMENTO: 30/06/2015 TOTAL A PAGAR: 120,97

VERIFIQUE SEU CADASTRO.  
PARA UMA MELHOR QUALIDADE E AGILIDADE NA PRESTACAO DE NOSSOS  
SERVICOS, MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO.  
DIRIJA-SE AO NOSSO ATENDIMENTO NA OCA E ATUALIZE SEU CADASTRO.

Para cadastro débito auto: 01033745-5

Referência: 06/2015				
PARÂMETRO	PADRÃO DE POTABILIDADE Conforme a Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde	Sistema de Distribuição de Água		
		Número mínimo de amostras a serem coletadas	Número de amostras realizadas	Número de amostras fora do padrão
Cor	Máximo de 15 mg Pt-Co/L	51	115	27
Turbidez	Máximo de 5 UNT	155	115	6
Cloro Residual Livre	Mínimo de 0,2 mg/L Cl <sub>2</sub>	155	115	0
Coliformes Totais	Ausência em 95% das amostras	155	115	9
Coliformes Termotolerantes	Ausência em 100% das amostras	155	115	0

PERGUNTE SEU TÉCNICO DE SERVIÇO DE QUALIDADE DA ÁGUA:

EURIDES DA SILVA BEZERRA

NOTA: Não pagamento ate a data de vencimento implicará em acréscimo de 2% de multa cobrado na próxima conta e juro de 1% ao mês, e estará sujeito a suspensão do fornecimento.

DOCUMENTO	14328580
DATA	30/06/2015
TOTAL A PAGAR	120,97
DEPASA	

82840000001-2 20970474300-1 62015143285-8 80010337452-9



# ORTOPÉDIA

pacote com fratura  
esquerda.

14/05/15

exposta 4º e 5º dedos pé

cd. Dietz 350

gf 0,9% 500 ml IV 12/12 → 500-500

Glicose 50% 102 amp em cada soro

SAT 5000ui } IM → 10

VAT 0,5ml }

ciprofloxacin 500mg IV → 2.2

Permanecer na observação

do trauma p/ procedimento cirúrgico

50º Paciente admitido na observação do trauma, paciente da sala da ortopedia, em cadeiras de rodas, sem acompanhante. Aguarda procedimento cirúrgico ortopédico.

Onfer e Quaresma  
coron 72010.

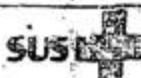
Examinando no Centro Cirúrgico -

Gesso e Glicose

coron 72010

22.23º Demonstrada nice condizem com acha, com sintomas de ingestão de veneno malíca.





LAURO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

TRUPEL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eli Barros de Almeida

6 - N° DO FRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

130763

9 - SEXO

Male  Fem.

3

10 - RACIOCOR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Francinica Maria Barbosa

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

000

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

000

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Isaura Vargas Cruz n° 18 Huiarão

16 - BAIRRO

Ribeirão Branco

17 - CÓD. ISAE MUNICÍPIO - 18 - UF

19 - CEP

14169900000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente, com edema ósseo/tendíneo no pé esq.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Int. Cirúrgico

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

Anam - ese + ex: fisi + radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCADAS

Fract. ex. dedos pé esq. (sem luxação)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARMISMO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

14/15/15

36 - N° DO SEGURO

37 - SERIE

38 - CNES

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - ACCIDENTE DE TRÂNSITO

42 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - N° DO SEGURO

44 - SERIE

45 - ACCIDENTE TRABALHO TÍPICO

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNAE DA EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

50 - EMPREGADO

51 - AUTÔNOMO

52 - DESEMPREGADO

53 - APOSENTADO

54 - NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

( ) EMPREGADOR

( ) DESEMPREGADO

REGISTRO

PACIENTE

2222687

ETI BARBOSA DE ALENCAR

IDADE

51

CLÍNICA

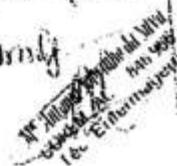
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

M13

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
#SEMI AMPUTAÇÃO DE DEDOS PE E.	1. DIETA VO LIVRE 2. SORO FISIOLOGICO 500ML EV 8/8/H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8/H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8/H S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO TIVER EV) 7. LUFTAL 30GTS VO 8/8/H 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA OU LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H 9. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H 10. CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EM 100ML SG5% OU SF0,9% EV 6/6/H 11. CURATIVO 1X/DIA 12. MEMBRO ELEVADO 13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg 14. CUIDADOS GERAIS	8/8/15 10/8/15 16/8/15 19/8/15	09:00 - Pree. ido ss, acom. pnm - lucido, fisionomia benigna, cr. as - pectus, tórax curvado, medie epm. Vce, humor 1900hs diaite cor veite comum co tivo e exmico absurdo nocostra nega dor, acom. diaite operada funções fisiok F. N. Neurol 631430

**CÓPIA**  
Conforme o Original





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

NOME: Ete Barbosa de Alencar

IDADE: 51

REGISTRO

ENFERMARIA

LEITO

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
15/5/15	# Semiaugustação 4º e 5º dedos PC E cd.: l-peça cirurgi- ca + fixação FR 15	1. Dieta livre 2. SF 0,9% 500 mL IV B/Bh 3. Ciprofloxacin 400 IV 12/12 160h 4. Gentamicina 240 + 300 mL 24/24 SF 0,9% 2V IX/dia leito 5. Omepazol 40 mg IV/dia 6. Dipirona 1g IV 6/6h 7. T82-21 (0000) 100 mL SF 0,9% Plastil 120g SIV B/Bh (fix) 8. Curativo 9. cuidados gerais	8w0 20w0 24/24 08 10:00-22:00 10:00	23:50' Entomindado excre nito totalmente conforta m. T. am. 30-40g/d aumentar a manutenção responder 07/10+gentej/10 10:00-22:00 08h Entrada neste momento nesse tipo de fixação é de 10-12 dias é de 10-12 dias

Dr. Marcelo A. R. Pimenta  
Médico - 191 - AC - PRM  
Ortopedia / Traumatologia

100% 100% 100%  
impregnated  
and ready to use  
PA 130 x 20 mm. mfg. 1965, 652  
Tecnic carm 388787 AL

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
2222687	ETA BARBOSA DE ALENCAR	51	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	156

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

<p>#SEMI AMPUTACAO DE DEDOS PE E.  ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO COM 4 DEDO DO PÉ ESQUERDO, COM SINAIS DE MUMIFICACAO. AGUARDANDO DELIMITA??O DA LESAO. TERA ALTA HOSPITALAR E SERA ORIENTADO A RETORNAR NA PROXIMA TERRA FEIRA PARA EVOLU??O DE SUA LESAO.</p>	1. DIETA VO LIVRE	S/LE	<p>As 3/4 do dedo amputado depois de amputado ficou descolorido, vermelho e edemaciado. Dra. Oliveira</p> 
	2. SORO FISIOLOGICO 500ML EV 8/8/H		
	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H		
	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/BH S/N		
	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8/H S/N		
	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO TIVER EV)		
	7. LUFTAL 30GTS VO 8/8/H		
	8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA OU LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H		
	9. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
	9. CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EM 100ML SG5% OU SF0.9% EV 6/6H		
	10. CURATIVO 1X/DIA		
	11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg		
	12. CUIDADOS GERAIS		

ALTA HOSPITALAR  
Com Encaminhamento e  
Ortogonal a Medicina  
Obs: Consultar a alta hospitalar a este hospital



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

HORA DE CHEGADA	SALA	DATA:	03 - 06 - 2007
NOME DO PACIENTE		IDADE:	
· PROCEDÊNCIA:	EMERGENCIA ( )	AMBULATÓRIO ( )	OUTROS ( )
ANESTESIA:	GERAL ( )	RAQUEANESTESIA ( )	LOCAL ( )
INICIO DA ANESTESIA:	22:40	TERMINO DA ANESTESIA:	23:50
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Hemostasia e hemorragia		
INICIO DA CIRURGIA:	22:50	TERMINO DA CIRURGIA:	23:50
CIRURGÃO:	Dr. Imaculada		
ANESTESISTA:	Dr. Paulo		
CIRCULANTE:	Enfermeira: Paula		

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA DESC. N°	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENTE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA
DIPIRONA	ASPIRADOR	GASES
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA	GELFOAN
DILUENTE	ATADURA DE CREPON	GORRO
DOPAMINA	ABOCATH N°	INTRACATE N°
EPINEFRINA	BISTURI ELETRICO	KIT DRENO DE TORAX N°
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KETALAR	CATETER NASAL T. ÓCULOS	LÂMINAS DE BISTURI
LIDOCAINA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS
LIDOCAINA GEL	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
MANITOL	C. TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
METRONIZADOL	C. ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE(ÓBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRURGICA	POVIDINE DEGERMANTE
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE TINTURA
PLASIL	ELETRODOS	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO	PRO PÉ
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	SCALP N°
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ESPARADRAPO	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPOREN	SERINGA DE 1 MIL
SORO RINGER LACTADO	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML
TRAMAL	FRALDA	SERINGA DE 10 ML
TILATIL	FILTRO BACTERIOLOGICO	SERINGA DE 20 ML
VOLUVEN 6%	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE KIRSCHNER	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON	SONDA RETAL
	FIO SUTUPACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MAELEX

## SINAIS VITais DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

SINAIS VITAIS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		
HORA: 08:00	HORA: 08:10	HORA:
PA: 120/80	PA: 125/80	PA:
FC: 84 bpm	FC: 84 bpm	FC:
SPO2: 99%	SPO2: 99%	SPO2:
HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:
HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

## PARAFUSO E PLACAS

## TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

<b>TRANSFUSÃO SANGUÍNEA</b>			
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	

Nome do Paciente: Edé D. AlencarIdade: 51 Observação: \_\_\_\_\_Diagnóstico pré-operatório: Semi amputação 4º e 5º dedos R.E.Cirurgia proposta: Limp. Cirurgia + fixação com FKDiagnóstico definitivo: O - reroCirurgia realizada: A - propostaData: 14/5/15Cirurgião: Dr. Antônio Isidro1º Auxiliar: Dr. Marcelo Pimenta

2º Auxiliar

Instrumentadora: RosenildaAnestesista: GéucioAnestesista: RogueAcidentes durante o ato cirúrgico:  Sim  Não

Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de congelação:  Sim  Não

Diagnóstico patológico: \_\_\_\_\_

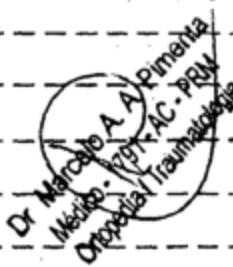
Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

 Enfermaria CT Residência ÓbitoDESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- 1º Osteo em IDH sob seque
- 2º Anestesia + antinefesp + cintos
- 3º lavagem exaustiva com SF
- 4º Redução e fixação com FK
- 5º 4º e 5º dedos com perfusão di-injuid
- 6º Sutura + curativo

Dr. Marcelo Pimenta  
Médico - Cirurgião - P.C. P.M.  
Operador de Anestesia

# DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA



Data

Assinatura do Cirurgião

CRM



FICHA DE ANESTESIA

Nº Reg.: 2772697

Clin.: O.D.P. Qlo.: \_\_\_\_\_

Lto.: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome: Etelvina Barbosa de Oliveira

Idade: 51 Anos

Sexo: F Cor: Morena

Aux: \_\_\_\_\_

Op. Proposta: \_\_\_\_\_

Diag. Post-Op.: \_\_\_\_\_

Aux. Drs.: Marcelo Ribeiro

Anestesia: Propofol 14, 25, 35

Op. Realizada: LMC + F.K. x (E)

Operador Dr.: Jh

Data: 31/01/2015

HORA	27	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Anestesia													
Oxigênio													
Comin													
2º estadio	54												
a													
b													
c													
d													
240													
220													
200													
180													
160													
140													
120													
100													
80													
60													
40													
20													
0													
SORO SANGUE PLASMA													
Posição	Sup.	Primo.	Trans.	Ultr.	Liber. Tren.	Col.	Dir. Col.	Repos.	Coxim.	Gancho.	Outras:		
NOTAS													

INDUÇÃO Agentes \_\_\_\_\_ Técnica \_\_\_\_\_

Ext. \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_ Toss. \_\_\_\_\_ Secr. \_\_\_\_\_ Cianose \_\_\_\_\_ Lar - esp. \_\_\_\_\_ Saif. \_\_\_\_\_

Outras anot. \_\_\_\_\_

MANUTENÇÃO

AGENTES	CONC.	QUANT.	Técnica: I.O.T.	I.N.T.	V.D.	Cegas
Lorazepam			Sonda	Cân. O-f.	Cân. N-f	Traqueostomia
Propofol			Circ. Fechado	Circ. Semi-fechado		Circ. Aberto
			Circ. circular	Vai e Vem	S. Reinal	Aparelho
			R. Expon.	R. Assist.	R. Contro/manual	
			Punção: Posição	Local:	Liq. Rel.	Tech.
			Ağulha	Pos. Japôs punção		Nível obtido
			Perda sang.	Repos: Sangue	Solo	Plasma
			Outras anot.			

RECUPERAÇÃO: Ref. Sala \_\_\_\_\_ Consc. / Sala \_\_\_\_\_ Retirada \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_

Secreções: \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_ Cianose \_\_\_\_\_ Excit. \_\_\_\_\_ Insuf. Resp. \_\_\_\_\_

Cond. Final: \_\_\_\_\_ Duração da anest. \_\_\_\_\_ Duração da op. \_\_\_\_\_

Outras anot. \_\_\_\_\_

*Etelvina 27.1.15*

*Gláucio Bezerra Marques da Santos  
Médico Anestesiologista  
CRM/AC 1238*

# HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Sintoma Principal: Perda de sensação e dor no pé E

História da Doença Atual: Vit - 2 de 25/07/2010

História da Doença Anterior: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provisório: Fist. (seio 2º vltgão) b/g e-fx dada  
pe esq.

Diagnóstico Definitivo: 0 - er - 0

Motivo da Cobrança: \_\_\_\_\_

ALTA CURADA	51-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
ALTA MELHORADA	52-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
ALTA INALTERADA	53-ÓBITO S/ NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
ALTA PEDIDO	54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/ NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO	61-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLICTR. COMENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
ALTA ADMINISTRATIVA	62-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLICTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ALTA POR INDISCIPLINA	63-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLICTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ALTA POR EVAISÃO	64-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLICTR. ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL	65-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
ERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA	66-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA	67-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL	68-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ER DOENÇA CRÔNICA	69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
ERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR	70-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO
ANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA	
ANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA	
ANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA	
ANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA	
ANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA	
ANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO	
ANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA	
ANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO	
ANSFERÊNCIA P/ OUTROS	
TO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO	
TO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO	
TO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO	
TO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.	



**DR MARCO AURÉLIO BRANCO**  
**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Quadril - SBQ

**CIRURGIA DO QUADRIL**

CRM 992/AC

SBOT 10352



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Etã Barbosa de Alencar

Relatório Médico

Paciente fez acompanhamento ambulatorial pós fratura exposta do 4º e 5º PDE, com amputação traumática do 4º dedo e seqüela de fratura do 5º dedo, com encurtamento e anquilose deste dedo. Apresenta déficit funcional leve para a marcha dada a perda apresentada.

CID: S98 e S92

Rio Branco, 4 de novembro de 2015

12 NOV 2015

DR. MARCO AURÉLIO BRANCO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DO QUADRIL  
CRM 992/AC

Avenida Getúlio Vargas, 568 – Centro  
CEP: 69900-150 Rio Branco - AC  
3224-4131/ 9228-1574  
e-mail: mabranco77@gmail.com



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 103648 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/10/2012

NAME **FLÁVIA BARBOSA DE ALENCAR**

FILIAÇÃO  
**JOÃO MOREIRA DE ALENCAR**  
**FRANCISCA MARIA BARBOSA**

NATURALIDADE  
**RIO BRANCO - AC** DATA DE NASCIMENTO  
**13/07/1963**

DOC. ORIGEM  
**CERTO CAS AVERB DIVORCIO 1.989 FLS 121 LIV B-7**

RIO BRANCO - AC  
CPF  
**119.781.732-34**

2 VIA 

P 88

SANDRO RIBEIRO CORRÊA - DIRETOR  
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



00124

17  
Flávia  
Barbosa  
de Alencar

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## SINISTRO

Número do Sinistro: 3150623873

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR  
 CPF: 119.781.712-34  
 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do  
 Acidente: 14/05/2015  
 Titular do CPF: ETA BARBOSA DE ALENCAR

## DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médica-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

## DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - ETA BARBOSA DE ALENCAR</b>			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Não Conforme	Faltando página	Doc. bancario não enviado.
Comprovante de residência	Entregue		

**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](http://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.

## Portador da documentação entregue

Data: 17/07/2015  
 Nome: carta simples  
 CPF:

carta simples

## Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 17/07/2015 08:45  
 Nome: Camila dos Santos  
 CPF: 120.899.057-86

Camila dos Santos

Nº do Sinistro  
Nº do Protocolo

Seguro Dpvat - Protocolo de Recepção de Documento  
**INVALIDEZ PERMANENTE**

 Seguradora Lider das  
0029-  
br

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Data do Acidente 14/05/15

Vítima

Eta Barbosa de Alemcar

CPF 119-781-712-34

Seguradora

**QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome Eta Barbosa de Alemcar

Vítima

Representante Legal

Terceiro  
(especificar vínculo)

Endereço para Correspondência

Vera Cruz

nº 18

Complemento

12-15

Bairro

morada-do-sol

Cidade

Rio Branco

UF AC

CEP

Telefone para contato

3301-6477

9900-3322

9955-2213

Preencha com  para documentação entregue

Preencha com  para documentação faltante

**TIPO DE DOCUMENTO**

**DOCUMENTOS BÁSICOS**

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- CPF da vítima
- Comprovante de residência da vítima
- Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

**DOCUMENTOS DA VÍTIMA**

- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
- Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- Alvará Judicial (se for o caso)

**REPRESENTANTE LEGAL - se houver**

- Procuração
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- CPF
- 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- 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.

**POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**

Documentação recebida sem conferência

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_



## PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PÉRICA MÉDICA

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo Nº: 3150/623873

Vitima: Ela Barbosa de Alencar

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores

12 NOV 2015

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido negada sem que a vítima fosse submetida à pericia médica para devida constatação de lesões e seqüelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que a negativa ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa à Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação médica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V.Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone (0 ) \_\_\_\_\_.

Ela Barbosa de Alencar  
(assinatura requerente (vítima) e/ou procurador)



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ela Barbosa de AlencarPORTADOR(A) DO RG N° 1036 48EXPEDIDO POR SSP/ACEM 09/10/12 ECPF 11978171000 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Desempregado

E RENDA MENSAL DE R\$0,01 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ela Barbosa de Alencar. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34.189 - 3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34.189 - 3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Branco, 10 de Julho

de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**CAIXA****Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	CHARLENE RIBEIRO DA SILVA
<b>Conta origem:</b>	2278 / 013 / 00031368-8
<b>Conta destino:</b>	2278 / 013 / 00054189-3

<b>Nome destinatário:</b>	ETA BARBOSA DE ALENCAR
---------------------------	------------------------

<b>Valor:</b>	R\$ 5,00
---------------	----------

<b>Data de débito:</b>	17/07/2015
------------------------	------------

<b>Data/hora da operação:</b>	17/07/2015 16:08:40
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	00263791
----------------------------	----------

<b>Chave de segurança:</b>	V86XETAAWJX3E8G3
----------------------------	------------------

**"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."**

**DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O PROCESSAMENTO DA TRANSACAO**

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

**SAC CAIXA: 0800 726 0101**

**Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492**

**Ouvidoria: 0800 725 7474**

**Help Desk CAIXA: 0800 726 0104**

20 JUL 2015