

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO HALLUNDO HERMANO DE MELO

ASSINATURA DO TITULAR
Daniel Vieira Ramos

Polgar Direto

21/12/2016
1119293-3
17/01/1994

DANIEL VIEIRA RAMOS
FILIAÇÃO
JOSÉ ELISABETH RAMOS BRAGA
LUCILENE VIEIRA CUNHA
RIO BRANCO - AC
CERTIDÃO NASC 357 FLS 60 LIV A/C.M.
RIO BRANCO - AC
CPF 700.899.791-41
2 VIA

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO HALLUNDO HERMANO DE MELO

ASSINATURA DO TITULAR
Daniel Vieira Ramos

Polgar Direto

21/12/2016
1119293-3
17/01/1994

DANIEL VIEIRA RAMOS
FILIAÇÃO
JOSÉ ELISABETH RAMOS BRAGA
LUCILENE VIEIRA CUNHA
RIO BRANCO - AC
CERTIDÃO NASC 357 FLS 60 LIV A/C.M.
RIO BRANCO - AC
CPF 700.899.791-41
2 VIA

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DOCUMENTO 1 "T196"



PROTOCOLLO
AG. RIO GRANDE

[illegible]

0-9 10 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

DANIEL VIEIRA RAMOS

FILIAÇÃO.....: JOSÉ ELISANDRO RAMOS BRAGA
LUCIENE VIEIRA CUNHA

NASCIMENTO.....: 17/01/1994 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: RIO BRANCO - AC

DOCUMENTO.....: C. I. 11192933 02/05/2008 SSP AC

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 700.899.791-41 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/GO - 27/09/2010



ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

PARA

COPIADO

NOME

DOCUMENTO

COPIADO

NOME

DOCUMENTO

COPIADO

NOME

DOCUMENTO

COPIADO

PROCURADOR DA CAUSA: DANIEL VIEIRA RAMOS

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1996



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

CARLOS DE SOUSA CUNHA

MATRÍCULA:

152843 01 55 2013 4 00021 152 0007348 38

Livro: C 21 Folha: 152 Termo: 7348

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
Masculino	Parda	Casado, 59 anos
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
RIO BRANCO - AC	CPF 30816580200	SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

PAI: RAIMUNDO DE OLIVEIRA CUNHA

MÃE: RAIMUNDA MALVEIRA DE SOUZA

residente e domiciliado no Beco São José, Nº 116, Areal nesta cidade

DATA E HORA DE FALECIMENTO

CINCO DE DEZEMBRO DE DOIS MIL E TREZE, 09:00:00

DIA	MÊS	ANO
05	12	2013

LOCAL DE FALECIMENTO

HUEB - HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO-AC

CAUSA DA MORTE

PAIOPATIA CRÔNICA DESCOMPENSADA, ENCEFALOPATIA HEPÁTICA, DISTÚRBO HIDROELETRILÍTICO

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

MORADA DA PAZ - RIO BRANCO ACRE

DECLARANTE

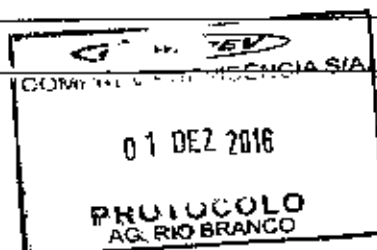
LUCILENE VIEIRA CUNHA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTOS DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

FERNANDO BORGES, CRM: 1632-AC

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

O falecido era eleitor, deixou bens, deixou 05 filhos.



NOME DO OFÍCIO	2º CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
OFICIAL REGISTRADOR	Fredy Pinheiro Damasceno
MUNICÍPIO/UF	Rio Branco - AC
ENDEREÇO	Via Chico Mendes, 452, Seis de Agosto, CEP: 69901-180 Fone: (68) 2106-3464

Selo: AA407409-05

Consulta: E8BE-484E-FAFF-8B3A

Data geração do Selo: 05/12/2013 13:21:00

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Rio Branco - AC, 05 de dezembro de 2013.

Assinatura do Oficial

Silvany Pereira da Silva
Escritor Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1178015/16
Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS
CPF: 700.899.791-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/08/2016
Titular do CPF: DANIEL VIEIRA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALESSANDRA VOLPATO MACHADO : 820.059.239-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DANIEL VIEIRA RAMOS : 700.899.791-41

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.

Portador da documentação entregue

Data: 01/12/2016
Nome: ALESSANDRA VOLPATO MACHADO
CPF/CNPJ: 820.059.239-15

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/12/2016
Nome: MAYSA NASCIMENTO DE SOUSA
CPF: 528.521.302-97

ALESSANDRA VOLPATO MACHADO

MAYSA NASCIMENTO DE SOUSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1178015/16
Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS
CPF: 700.899.791-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/08/2016
Titular do CPF: DANIEL VIEIRA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Documentos de identificação
Outros

DOCUMENTO 2 *T24*



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.

Portador da documentação entregue

Data: 11/01/2017
Nome: ALESSANDRA VOLPATO MACHADO
CPF : 820.059.239-15

ALESSANDRA VOLPATO MACHADO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 11/01/2017
Nome: MAYSA NASCIMENTO DE SOUSA
CPF: 528.521.302-97

MAYSA NASCIMENTO DE SOUSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062143/19

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

CPF: 700.899.791-41

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 31/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL VIEIRA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DANIEL VIEIRA RAMOS : 700.899.791-41

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: 19/02/2019
Nome: DANIEL VIEIRA RAMOS
CPF: 700.899.791-41

DANIEL VIEIRA RAMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190153954

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

Data do acidente: 31/08/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 23/10/2018, EMITIDA PELO DR. RODRIGO VICK FERNANDES GOMES, CRM No. 9817

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: 3190153954 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS **Data do acidente:** 31/08/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

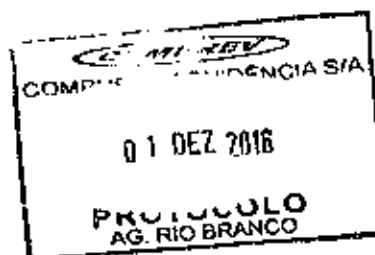
Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 23/10/2018, EMITIDA PELO DR. RODRIGO VICK FERNANDES GOMES, CRM No. 9817, NA PAGINA Nº30 DO HOSPITAL DO RIO BRANCO, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062143/19

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

CPF: 700.899.791-41

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 31/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL VIEIRA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DANIEL VIEIRA RAMOS : 700.899.791-41

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: 19/02/2019
Nome: DANIEL VIEIRA RAMOS
CPF: 700.899.791-41

DANIEL VIEIRA RAMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190153954

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

Data do Acidente: 31/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL VIEIRA RAMOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190153954

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

Data do Acidente: 31/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL VIEIRA RAMOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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: **DANIEL VIEIRA RAMOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003320**

Conta: **0000035700-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, Daniel Vieira Ramos

PORTADOR(A) DO RG Nº 11192933

EXPEDIDO POR SSP/AC

EM 12/10/2016 E

CPF 406899791-41 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Vieira Ramos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

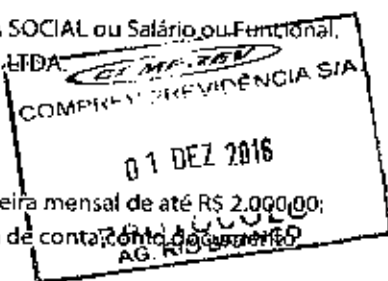
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal,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

DOCUMENTO 1 *T16*



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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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) 3320-03 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 35 700 - 6

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 25 de Outubro de 2016 Daniel Vieira Ramos
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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

TU42	Sistema de Informacoes Unificadas	27/10/2016
CAIXA-SIUNI	Relacao de Contas por N.CAIXA	15:27:04

N.CAIXA: 90.954.636	DANIEL VIEIRA RAMOS	PAG: 01 / 01
CPF : 700.899.791-41	Pessoa : Fisica	
Dt.Nasc: 17/01/1994		
Caixa :		

S	Conta	Carteira	Dt.Abertura	Segundo Titular
	3320-013-00035700/6	CC 02	17/10/2016	



Ultima Posicao: 21/10/2016

Final de Amostragem.
F01=AJUDA F03=RETORNA F04=MENU F07=VOLTA F08=AVANCA F12=FINALIZA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro (ou ASL): _____ CPF da vítima: **700.899.791.41** Nome completo da vítima: **Daniel Vieira Ramos**

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

Nome completo: **Daniel Vieira Ramos** CPF: **700.899.791.41**
 Profissão: **recluso** Endereço: **R. Gal Vieira de Melo** Número: **366** Complemento: **laser**
 Bairro: **Conj. Esperança** Cidade: **Rio Branco** Estado: **ACRE** CEP: **69.915.178**
 E-mail: _____ Tel (DDD): **(68) 98404-9780**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). **99918-3322**
999181079

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

AGÊNCIA: **3326** **03** CONTA: **35.700** **6** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não fui obrigado a apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da aplicação da pena prevista no art. 179 do Código Penal.

Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO: **Daniel Vieira Ramos**
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura
 2ª Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura

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

Rio Branco IAC 15-02-19

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

12452

NÚMERO FOLHA

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

ESTRADA DA FLORESTA

03 MUNICÍPIO

NO BRANCO

04 UF

AC

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

PRÓXIMO VIA LARGA

06 HORA DA OCORRÊNCIA

00:40

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

13/10/2016

09 DIA DA SEMANA

Quarta

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADO ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Alexander Higuchi

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

12/10/1981

19 ENDEREÇO

ESTRADA DAS FLORES, Nº 2338, Bloco B, AP: 202, Residencial Erika, Cel: 99324-2566

20 1ª HABILITAÇÃO

04-22-2006

21 CATEGORIA

B

22 PRONTUÁRIO

03964778127

23 UF

DF

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

GM classic

28 ESPÉCIE

Passeio

29 PLACA

5 HC 2230

30 MUNICÍPIO

Brasília

31 UF

DF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

34 CHASSIS

8AG513100MY1 7730

36 AVARIAS

Pneus novos

38 SENTIDO QUE TRÁFEGAVA

À direita

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Passeio no local

CONFREDO COMPARECEU NO POSTO
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

1º FEV 2019

PROTOCOLO

PONTOS

37 CARRO ☒ X

39 MOTO ☐

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

42 NOME CONDUTOR

Daniel Vieira Gomes

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

12/10/1981

45 ENDEREÇO

cel: 9905-3630

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

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

Fiat / no banco

54 ESPÉCIE

Passeio

55 PLACA

0VG 1496

56 MUNICÍPIO

NO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

60 CHASSIS

62 AVARIAS

Pneus novos

64 SENTIDO QUE TRÁFEGAVA

À direita

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Encaminhado ao Departamento de Trânsito

PONTOS

63 CARRO ☒ X

65 MOTO ☐

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

CONFERE COM O ORIGINAL

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

EM: 11/10/2014

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

Vitor de Oliveira Peres
Arquiteto e Urbanista
CAU/DF 11877-5
DETRAN/AC

VÍTIMAS Nº 01	82 NOME Daniel Vieira Ramos	83 SEXO M ☒ F ☐	84 NASCIMENTO 11/02/1991
	85 ENDEREÇO	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº 2
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA Para casa	88 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 2
	91 NOME	92 SEXO M ☐ F ☐	93 NASCIMENTO
VÍTIMAS Nº 02	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº ☐
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA	97 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 2

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: **11/02/19**

Victor de Oliveira Peres
Arquiteto e Urbanista
CAU/BR 113877-5
DETRANAC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informação dos fatos ocorridos para o conhecimento do acidente de trânsito com veículo. Ous informado o condutor do VA de uma irregularidade no mesmo veículo durante a condução. Ous o condutor do VA foi encaminhado ao Hospital Político. Ous a Polícia Trânsito esteve no local e realizou os procedimentos de acordo com o VA Pol. Trânsito do Pólo do acidente, TAP 1137110.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO 312 Bui
105 NOME Alexander Higuchi	106 NOME Daniel V. Ramos	107 NOME / RG B346141-2
108 ASSINATURA Alexander Higuchi	109 ASSINATURA Indossado	110 ASSINATURA E. D. S.
111 LOCAL Rua Branco - São	112 DATA 31/02/2019	

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Daniel Vieira Ramos, portador da carteira de identidade nº 111.92.933 e inscrito no CPF/ME sob o nº 700.899.791-41, residente e domiciliado na Joaquim Nabuco N.º 238, Cidade Rio Branco, Estado Acre, 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.

DOCUMENTO 3 *T3*

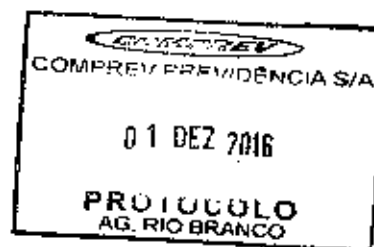


Daniel Vieira Ramos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Rio Branco 25 de Outubro de 2016

Local e data



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro (ou ASL): _____ CPF da vítima: **700.899.791.41** Nome completo da vítima: **Daniel Vieira Ramos**

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

Nome completo: **Daniel Vieira Ramos** CPF: **700.899.791.41**

Profissão: **recluso** Endereço: **R. Gal Vieira de Melo** Número: **366** Complemento: **laser**

Bairro: **Conj. Esperança** Cidade: **Rio Branco** Estado: **ACRE** CEP: **69.915.178**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(68) 98404-9780**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). **99918-3322**
999181079

RECEITA MENSAL:
☒ REX USO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ 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: _____

AGÊNCIA: **3326** **03** CONTA: **35.700** **6** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da aplicação da pena prevista no art. 179 do Código Penal.

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniel Vieira Ramos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL VIEIRA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000035700-6

Nr. da Autenticação 4F819672BEAF1B5D

000070119

07 DEZ 2016
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Vieira Ramos

RG nº 111.92933, data de expedição 32/07/2013 Órgão SSP/AC

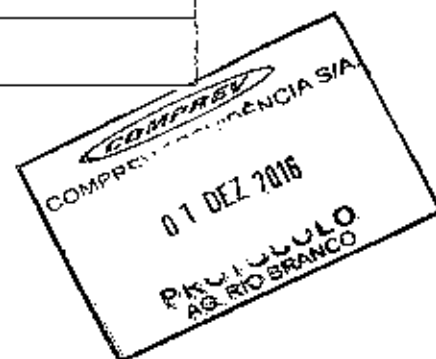
CPF nº 700.899.793-71 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

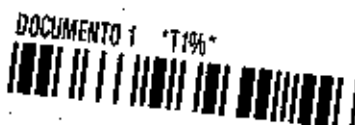
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Joaquim Nabuco</u>
Número	<u>238</u>
Apto / Complemento	<u>Pasa</u>
Bairro	<u>Long. Esperança</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.915.142</u>
Telefone de Contato	<u>68 - 3224-3257</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 25 de Outubro

Assinatura do Declarante: Daniel Vieira Ramos





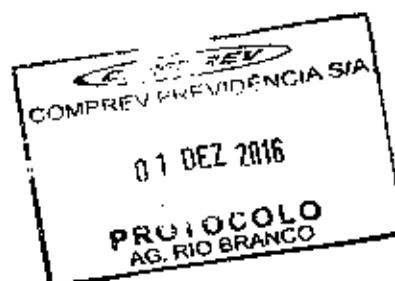
ALESSANDRA VOLPATO MACHADO
R NETUNO 3510
NOVA FLORESTA
76807 - 092 PORTO VELHO RO

Atendimento Claro - Ligue 1052
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro
Visite nosso site: www.claro.com.br

ClaroCube

Saldo de pontos em 22/12/14
Pontos resgatados em 11/14

2.742
0



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0043155-9

003655521

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 FEV 2019

PROTOCOLO

93,49

FEVEREIRO/2019

14/02/2019

122

EVA TEIXEIRA DE LEMOS
R. GAL VIEIRA DE MELO 566 CONJ. ESPERANCA
CPF: 00011168404-15
CEP: 69.915-178 RIO BRANCO

ROT: 7.001.07.08.001240

5642	07/02/2019
5520	11/01/2019
1,000	11/03/2019
122	06/02/2019
122	07/02/2019

FCAM

NORMAL

27

COMERCIAL

BI

BIF17202065

3.1.3.2

432

JAN/19	191
FEV/19	358
NOV/18	585
OUT/18	523
SET/18	477
AGO/18	370
JUL/18	487
JUN/18	444
MAI/18	496
ABR/18	396

CONSUMO 122 A R\$ 0,729618 = 89,01
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,48

MENSAGENS IMPORTANTES: AVISO DE VENCIMENTO
A PARTIR DE 13/12 CFE REH2497/18 ANEEL REAJ. TARIF. MEDIO 21,20%
LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 06/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

9250.DF06.BA05.0F59.C5F8.4E7A.8763.7B39

VALORES DE CONTABILIZAÇÃO		IMPOSTOS/TAXAS-RE	
Valor	28,30	Valor	89,01
Valor	33,63	Valor	16,00%
Valor	0,88	Valor	14,24
Valor	11,90	Valor	0,00
Valor	14,24	Valor	0,00

9,24	18,49	26,99	4,83	9,66	19,32	4,99
0,00			0,00			0,00

TANGARA

Período de

12/2018

114,63

ROT: 7.001.07.08.001210

0043155-9

93,49

02/2019

14/02/2019



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos de Souza Cunha,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____.

Órgão _____, portador do CPF nº 328.365.802-200, com domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Joaquim Nobre, S: Conj. Esperança, nº 238,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Daniel Vieira Ramos, cujo o condutor eraDaniel Vieira Ramos.Veículo: motocicletaModelo: MV TEEN SOAno: 2012Placa: OV6 3436Chassi: 33FTN5XBData do Acidente: 31/08/16Local e Data: Rio Branco, 29/08/16

Assinatura do Declarante

Daniel Vieira Ramos

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

3º TABELIONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE RIO BRANCO - AC

Av. Costa nº 2070, Jardim Santa - Alameda São Rio Branco - AC | CEP: 68.918-004 | (11) 2423-0444 | email: t496@rio-branco.ac.gov.br

Reconheço por verdadeiro a assinatura indicada DANIEL VIEIRA RAMOS Termo: 86279

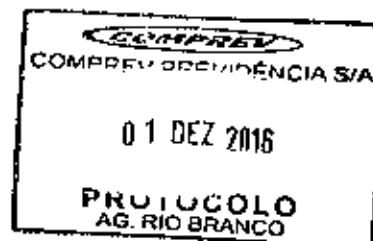
Dou fé, Rio Branco-AC 27 de outubro de 2016, Terça = 3,00

Selo AE142584-10 Consulta 8C2E-4C2D-3E7B-A284

Consulta e autenticação em www.seloacre.com.br

Em Teste

Verdade.

Aristófanes Lima Araújo
Escritor Autorizado

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 80736
Numero do CNS.....: 898005131972088
Nome.....: DANIEL VIEIRA RAMOS
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 17/01/1994 Idade: 22 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: IGNORADO
Nome da Mae.....: DUCILENE VIEIRA RAMOS
Endereco.....: CJ ESPERANCA II RUA JOAQUIM NABUCO 00000
Bairro.....: FLORESTA Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000996053630
Municipio.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE





DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2382055010
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0030
 Data da Internacao: 31/08/2016
 Hora da Internacao: 04:21
 Medico Solicitante: 360.296.102-87 - MARIO MARCELO BARROS DOS SANTOS
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA

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

AIH- 121 630 034 720 - 9

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

MC03

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2382035 DATA: 31/08/2016 HORA: 00:51 USUARIO: RENIS
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANIEL VIEIRA RAMOS DOC.: NT
IDADE.....: 22 ANOS NASC: 17/01/1994 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: CJ ESPERANCA II RUA JOAQUIM NABUCO NUMERO:
COMPLEMENTO....: BAIRRO: FLORESTA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....:
NOME PAI/MAE...: /DUCILENE VIEIRA RAMOS
RESPONSAVEL....: VEIO DE SAMU TEL....: NI
PROCEDENCIA...: VIA VERDE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

996053630

~~996053630~~

996053630

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Esq. Acidente de moto, com dor no ombro*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/1*

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

DIAGNÓSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

① Diclofenaco 75mg IM
② Dipirona 1g + ABD IV

120
120
Dr. Manoel Orlino

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

SAME / HUERB

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

COPIA

CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pcte vítima de queda de moto,
com dor em ombro Esq

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trat. cirúrgico

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

Auscultase + Ex. físico + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

LAC II

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

SAME / HUEB

40 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

42 - CNAB DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - 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)

CPF: 737.571.877-68

Med. RUI F. M. S.



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unitade:

Daniel V. Ramos

22

REGISTRO:

ENFERMARIA:

LEITO Mica B

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
31/08/16	LAC II Esq	① Dieta Iuse		01:50h, febril
		② SF 6,9, 500ml IV 12/12/500		naht. mineral, e 100ml
		③ Diapoma 18 IV 6/6	04/01/16	com mela, grande urto
	MT Queda muito	④ Quefrazol 40g 2x/dia 2x		ida. vch. 6,9 em. T. 37,3
		⑤ Dorzol 100g IV 8/8h	5/11	31/08/2016
		Plasil 10		Síndes, par dom
		SFO, 8, 100g 5x		sem nota refer
		⑥ Menter Drego na tipia		quixas no mela
				to, acenou o laque
				diurese presente
				PA. 110x60mm Hg
				Te. Normal



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

digitado e impresso em: 31/08/2016 às 10:05:23



HUERB
Hospital de Urgência
e Trauma do Acre

REGISTRO

PACIENTE
DANIEL VIEIRA RAMOS

IDADE

22

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

173

173

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

LAC V A ESQUERDA

PACIENTE LOTE REFERE DOR DE
BAIXA INTENSIDADE A MOBILIZACAO
DO OMBRO ESQUERDO, PULSOS E
PERFUSAO
PRESERVADOS

SOLICITO EXAMES.

1. DIETA LIVRE

2. SF 0.9% 500ML - EV - 8/8H

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

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

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

6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H

7. MANTER IMOBILIZACAO

SND
500 500 500

10:16:26: 24

7:00hs Pac: imobilizado
afibrosil suspensao de ar
tambem bandos de ar
pressão braço 120/80
de cama TE Clinica
Carm 38878746
17:00hs Pac: imobilizado
afibrosil em autoclave
no período a cultura
a data afibrosil 120/80
mmHg. taxa 3.6°C Clinica
Carm 38878746

01/09/16

diante conciente
comunicativa, nega
dor, dorme sem alterações
lanche oferecido.
diuize presente
TE-Nelmer 4631930

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL!

Rui Ramos dos Santos
CRM/AC 1956
Pediatria e Transfusão



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

digitado e impresso em: 01/09/2016 às 11:09:53



HUEB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE

DANIEL VIEIRA RAMOS

IDADE

22

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
LAC V A ESQUERDA PACIENTE LOTE REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE A MOBILIZACAO DO OMBRO ESQUERDO, PULSOS E PERFUSAO PERIFERICA PRESERVADOS SOLICITO EXAMES	1. DIETA LIVRE 2. SF0.9% 500ML - EV - 8/8H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H 4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6H 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H 6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H 7. MANTER IMOBILIZACAO Rotina ATA CAPTALAR J. Medico AC 1903		10:00 Pseudo alertado Tomou banho de chuveiro Ficou sem parar de comer aguentou duto - AS 16:00 na refeição quis na momento. Diuere Pareu verificando S.O. apênd De 36°C 87.110X70 mmHg A glôria C677518 A glôria C677518 24:00 Partida Refor der, feita medi cabeça conforme Prescrita: Ter. Tênis Clay 02/09/2016 Sob (frente b.o. e sup- vico afelud, ven mocrado sem q no momento, diuere A. de 160 mmHg. 6. 190

→ Uru.

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: DANIEL VIEIRA RAMOS (EME)
Requisicao: 16.PC.2.011803
Num. do BE: 02382035

Idade...: 22A
Requis.: 01/09/2016

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

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,78	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	40,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,10	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,60	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	5.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	4	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	228	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	114	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	3.990	mm3	
Linfocitos:.....	20	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.140	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	228	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 01/09/16 as 19:35 Coleta: 01/09/16 as 18:29-1a. Via Impressa: 01/09/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 MINUTO E 30 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	244.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 01/09/16 as 19:36 Coleta: 01/09/16 as 18:29-1a. Via Impressa: 01/09/16

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: DANIEL VIEIRA RAMOS (EME)
Requisicao: 16.PC.2.011367
Num. do BE: 02382035

Idade...: 22A
Requis.: 31/08/2016

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

Cons. Regional: 1956

Setor.....: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,83	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,90	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	42,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	87,80	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	64	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.248	mm3	
Linfocitos:.....	32	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.624	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	328	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Rosemary M. V. V.
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 as 14:50 Coleta: 31/08/16 as 12:41-2a. Via Impressa: 31/08/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 minuto e 15 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	07 minutos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	286.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 as 14:50 Coleta: 31/08/16 as 12:41-2a. Via Impressa: 31/08/16

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DANIEL VIEIRA RAMOS

ID paciente:

ID amost: 49

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 2011367

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 31/08/2016

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	31	mg/dL		10 - 50
CRE	0.5	mg/dL	BAIXO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 31/08/2016

Data/Hora teste: 31/08/2016

Data/Hora Impr.: 31/08/2016 13:59:24

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1


Eliana S. Correia Saraiva
Blomédica
CRBM 778/PA

 SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor Ombro E

História da Doença Atual: Queda de membro

História da Doença Anterior: _____

SAME / HUERB

CÓPIA

Exame Físico: _____

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: LAC V

Diagnóstico Definitivo: _____

O mesmo

Dr. Marcelo A. A. Pinheiro
Ortopedia Traumatologia
R. 191

Motivo da Cobrança: _____

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

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



FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

C.N.S. 700 6034 7675 7861

p4 330x60 mmHg
P: 60 K
A: 3169

282/17

Nome: Daniel Vieira Ramos

Número do Prontuário: 408851



Data: 01-08-2015 Hora: 7:00

Seção: _____ Quarto: _____ Leito: _____

Data do Nascimento: 17-01-1994 Naturalidade: Rio Branco

Nacionalidade: Brasileira Sexo: masculino Cor: _____

Estado Civil: solteiro PIS PASEP RG CPF CERT. NASC. 700.899.791-4

Profissão: Serviços Gerais Religião: Evangélica

Endereço Residencial: Rua Joaquim Nabuco nº 238

Bairro: Conf. Esperança Cidade: Rio Branco Estado: AC Tel: 99983057
99980785

Endereço do Trabalho: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel: _____

Filiação: Lucilene Vieira Cunha e José Eliassandro R. Braga

Nome do Cônjuge: _____

Grau de Escolaridade: 1º Ano

Médico Responsável: D. Rodrigo Vitor Fernandes

Nome do Responsável: O mesmo

Nº do RG. do responsável: 700.899.791-41 CPF

Endereço do Responsável: O mesmo

Cidade: Rio Branco Estado: AC Grau de Parentesco: _____

Vânia Regis
Digitadora Al.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Daniel Vieira Ramos, Abaixo assinado, declara que se responsabiliza pela internação do paciente _____ dando plena autorização aos médicos deste Hospital para assistirem, levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade, transferirem para outro Hospital no caso de emergência intervirem cirurgicamente e empreenderem todas as investigações que julgarem necessárias para a complementação do diagnóstico.

Ainda se responsabiliza pela retirada do paciente após alta médica, tão logo lhe seja comunicada.

Rio Branco - Ac, 01 de Agosto de 2017

Daniel Vieira Ramos
Assinatura do Responsável

Nº do RG 700-89979141 CPF _____

TERMO DE ALTA A PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____ internado na seção/quarto/leito _____ deste Hospital sem alta médica e isento os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar; Assumindo inteira responsabilidade assino.

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

2- _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido as disposições do Regulamento Interno deste Hospital, tomo conhecimento de minha **ALTA DISCIPLINAR**.

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

O.E: E120000001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10 / 2017

Num AIH: 121710029682-0

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 10/2017

Data Autorização: 01 / 08 / 2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: E120000001 CRC:
Doc autorizador: 105161598170003 Doc med resp: 204464446710003 Doc diretor clínico: 980016004327056 Doc médico solic: 204464446710003
CNS: 2001586 - FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE Prontuário: 408851
Paciente: DANIEL VIEIRA RAMOS
Data Nasc.: 17 / 01 / 1994 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc.:
Responsável pac.: DANIEL VIEIRA RAMOS Nome da Mãe: DUCILENE VIEIRA RAMOS
Endereço: RUA RUA JOAQUIM NABUCO Bairro: Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (68)9998-10579 Muda Proc.? : NÃO
Município: 120040 - RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-970
Procedimento solicitado: 04.08.06.037-9 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Procedimento principal: 04.08.06.037-9 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Diag. principal: Z478-OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPEDICOS ESPECIFICADOS
Complementar:
Carater atendimento: 01 - ELETIVO
Data internação: 01 / 08 / 2017 Data saída: 02 / 08 / 2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: - / - CNAER: -
Vínculo Previdência: - CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmppt	Descrição
1	0408060379	204464446710003	225270(1)	2001586	2001586	1	08/2017	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
2	0408060379	980016283074125	225151(6)	2001586	2001586	1	08/2017	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

Código Solicitação: **208623102**Número AIH: **121710029682-0****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

FUNDHACRE

Unidade Executante:

FUNDHACRE

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

BR 364 KM 2 - 02 - - DISTRITO INDUSTRIAL

Central Reguladora

CENTRAL ESTADUAL - AC

Data de Solicitação

31.07.2017 - 14:33:08

Data de Autorização

31/07/2017 - 18:19:43

Data de Reserva

01.08.2017

Data de Internação

01.08.2017

Data Prevista de Alta

01.08.2017

Data de Alta

04/08/2017 - 11:54:55

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2001586

CNES:

2001586

Município Executante

RIO BRANCO

Operador

SOL.HC-JAN

Operador

REG-PAULAMARIANO

Operador

EXEC.HC-CEICA

Operador

EXEC.FUND-ADRIANA

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

898005131972088

Nome do Paciente

DANIEL VIEIRA RAMOS

Nome da Mãe

DUCILENE VIEIRA RAMOS

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

17/01/1994 (23 anos)

Tipo de Moradia:

NÔMADE / CIGANO / MORADOR DE RUA

Telefone(s):(68) 99000-0000 *(Exibir Lista Detalhada)***Nome Social/Apelido:**

Naturalidade:

RIO BRANCO - AC

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:**

26070399838

Nome do Médico Solicitante:

RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

Status da Solicitação:

APROVADA

CPF do Médico Executante:

26070399838

Nome do Médico Executante:

RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

Diagnóstico Inicial - CID:

Z478 - OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPÉDICOS ESPECIFICADOS

Caráter

10 - Eletivo

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - CIRURGIA GERAL

Clínica Complementar:

Nenhuma

Procedimento Solicitado:

RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

Código:

0408060379

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

CIRURGIA ELETIVA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

....

Condições que Justificam a Internação:

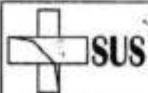
PACIENTE EM FILA DE CIRURGIA ELETIVA CADASTRADA NO CAC DESDE 05-out-16

PARECER**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**CRM:****Data de Solicitação:**

31.07.2017 - 14:33:08

Data da Extração dos Dados: 04/08/2017 11:55:08



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

6- Nº DO PRONTUÁRIO

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14- COD. IBGE MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

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

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD. ÓRGÃO EMISSOR

49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45- DOCUMENTO

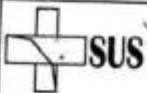
46- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

37 18

MÉDICO AUDITOR FUNDACRE
José Francisco Farfalo
CNS: 708300288363860
CRM: 112 - AC



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2- CNES

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

6- Nº DO PRONTUÁRIO

9- SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☒ 2

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14- COD. IBGE MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Retirada material sintese
do ombro Esq

Cirurgia
Dia 09/11/16

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

test. cirúrgico

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

Aus - ese + Ex. físico + Rx

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Pós op LAC

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

05/10/16

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

39- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44- COD. ORGÃO EMISSOR

45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45- DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE

FUNDHACRE

NOTA DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO ☒

UTI ☐
AMBULATÓRIO ☐

Nº REGISTRO:

408852

DATA:

02-08-17

CARTÃO SUS

700 6039 7655 7862

Nº DO LEITO:

SALA: 00

COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE

Daniel Vieira Ramos

PROCEDIMENTO REALIZADO

RMS MS EST. Capio Kichenen

TIPO DE ANESTESIA

Local + sedação

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada					un.	Agulha Hipodérmica nº				
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE Nº				
AMP.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
fr.	MARCAINA PESADA 0,5%					un.	Atadura de Crepe				
amp.	DORMONID					un.	Atadura Gessada				
ml	LIDOCAINA 2 % S/V		1			un.	Compressa 10 x 10 gaze		100		
ml	Fentanil					un.	Compressa 45 x 50		4		
ml	LIDOCAINA 2 % C/V					un.	Dreno nº				
ml	Inoval					un.	Lâmina de Bisturi nº 23				
fr.	PROPORFOL					un.	EQUIPO				
tb.	Lidocaína Gel (Xylocaina)					Par.	Luvas de Borracha nº 7,5				
fr.	Tiopental (Thionembatal)					un.	CATETER INTRAVENOSO				
fr.	Suxametônio(Quelicin)					un.	Seringa 5ml		1		
amp.	Metoclopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml				
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml				
amp.	RONCURONIO					un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL		1			un.	Sonda Foley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL Nº				
fr.	DECADRON					un.	FIO POLIESTER Nº				
fr.	Ketalar Tenaxica 20		1			un.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Ocitocina-5u (Syntocinon)					un.	CATEGUTE SIMPLES Nº				
amp.	Metilergometrina (Metrergin)					un.	MONONYLON Nº 3-0		1		
un.	NAUSEDRON					un.	ALGODÃO Nº				
un.	SERVOFURANE					ML	ALCOOL 70%				30ml
un.	ISOFURANE					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE				10ml
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOOLICA				50ml
un.	SORO RINGER 500ml		1				efazolina 1g				02
un.	SORO FISIOLÓGICO						Dipirona 1g				02

CIRURGIÃO:

Dr. Rodrigo Vitor

CIRCULANTE

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

ENFERMEIRO

HORA ENTRADA

HORA INICIO ANESTESIA

HORA SAÍDA

HORA FINAL ANESTESIA

SO

SO

7:00

7:20



SISTEMA
FUNDHACRE

FICHA DE ANESTESIA

Unidade do Sistema		MC LOM	
Data 03/08/17	Enf.	Leito	
Idade	Cor	Altura	Peso 60 kg
Grupo Sang.	PA 130 x 60	Pulso	
Temp.	Resp.	Hemácias	Leucóc.
Glicemia	Uréia	Creat.	HT
Ap. Resp. MV D	Asma	Bil. Dir.	Ind.
Ap. Circ. Ecg	Brônquite	Complacência	Tgo
Ap. Digestivo Dentes			Tgp
Estado Mental		Pescoço	M. Ves
Aparelho Urinário		Pega Dent.	
Diagnóstico Pré Op.		Drogas em Uso	
Anestesia Anteriores			
Medic. Pré-Anest.		Asa	Risco
Hora		Hora	Efeito
GASES	O ₂		
	N ₂ O		
Líquidos		SBC	
		500	
CÓDIGO	260		
	240		
	220		
	200		
	180		
	160		
	140		
	120		
	100		
	80		
	60		
	40		
	20		
V	P Arterial O Pulso O - Respiração		
A	X Anestesia O Operação		

Símbolos

- DROGAS ADMINISTRADAS
- 1º Monitor Jaccar
 - 2º Midazolam 40 mg IV
 - 3º Propofol 50 + 50 mg IV
 - 4º Cefazolin 2 g IV
 - 5º Dipiridam e p 30
 - 6º Tenex com 40 mg IV
 - 7º
 - 8º
 - 9º
 - 10º
 - 11º
 - 12º
 - 13º
 - 14º
 - 15º

TÉCNICA: Sedação

CIRURGIA: R. N. S.

CIRURGIÕES: Dr. Rodrigo V. V. + equipe

MONITORAÇÃO: Pulso, O₂, RR

OBS:

Carimbo

Carimbo
ANESTESIOLOGISTA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

UNIDADE
IDOSO
TOCUMÃ
CRIANÇA
A MULHER
M. MONTE

Clínica Otopneuro
Enfermaria _____
Leito _____

MATRÍCULA

Data Nasc.: ____/____/____

Sexo: M ☒ F ☐

Nome: Daniel Vieira Ramos

URGÊNCIA

Realizada em 01/08/14

Hora de Início: _____ Término: _____ Duração: _____

URGÊNCIA

Cirurgia de



Pequeno porte



Médio porte



Grande porte

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Responsável (a)

Dr. Rodrigo Vilk

CRM

Cirúrgica

Dr. José Roberto / Dr. Lourenço

Assistente(s) Dr(s)

Dr. Roberto / Dr. Gilson

Coordenador(a)

Sala de Cirurgia _____

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Óstio Pré-operatório

Exame físico pré-operatório

Exame Histopatológico

Exame Pré-operatório

Cirurgia Realizada

Remoção de PK's do ombro esquerdo

Cirurgia Curativa



Doença Residual Microscópica



Doença Residual Macroscópica



Patologia Benigna

Interferência



NÃO HOUVE

Descrição das Interferências

Contaminação



Cirurgia Limpa



Potencialmente Contaminada



Contaminada

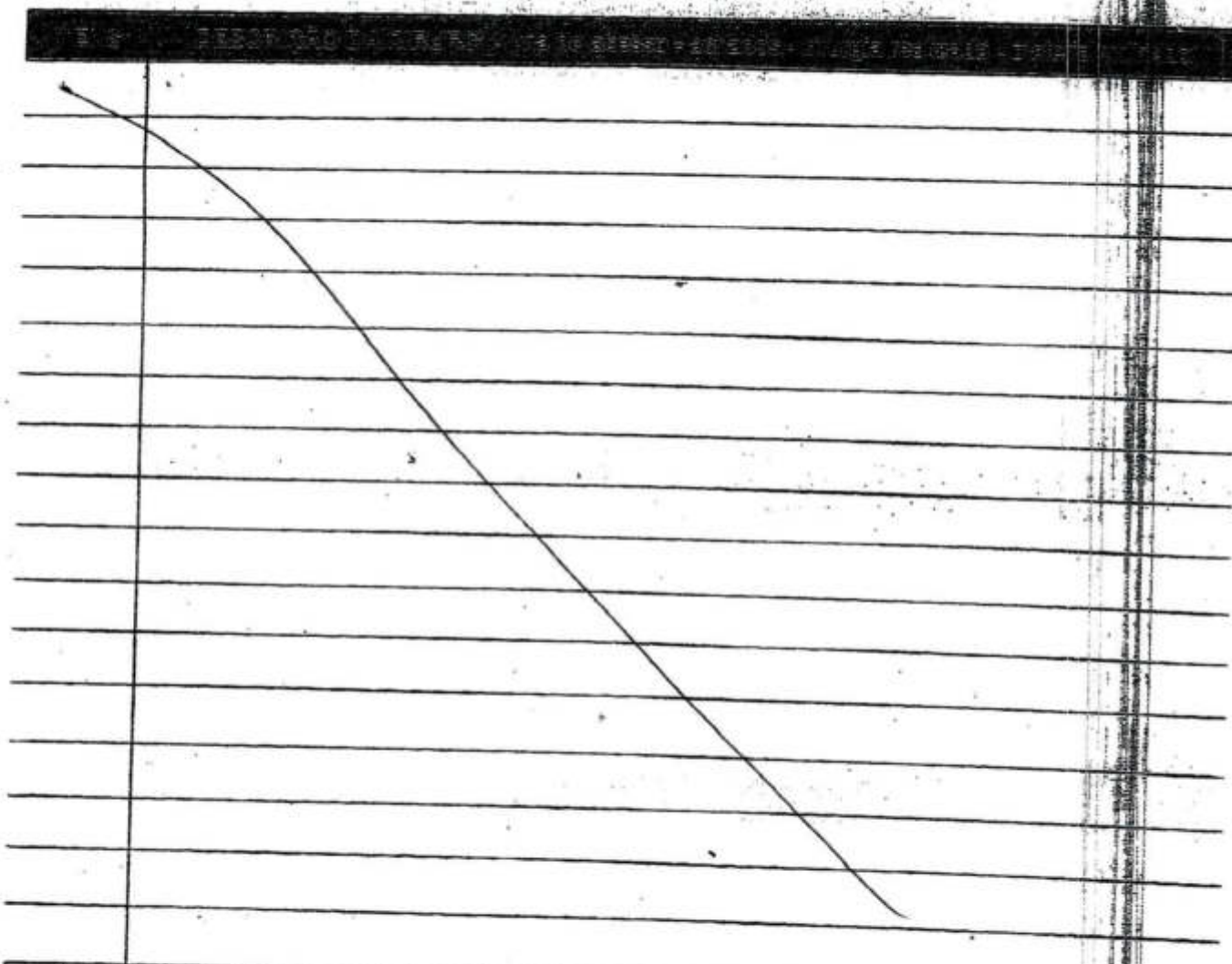


Cirurgia Limpa



Suja

01. Exame físico pré-operatório
02. Anestesia e contaminação + colocação de curativo
03. Incisão na região lateral do ombro esquerdo
04. Retirada de PK's
05. Lavagem com SRO 3x
06. Curativo externo



ESQUEMA DOS ACHADOS - RELAÇÃO DE DRENOS/ESTOMAS

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Carimbo
Livia Ferreira
PRM Unipós e Farmacologia
CPM - AL 1933

Data 09/08/12

CRM

Dr. Livia Ferreira
PRM Unipós e Farmacologia
CPM - AL 1933

Assinatura do Responsável
pela Cirurgia



SISTEMA
FUNDHACRE

CLÍNICA AGENTES DO CORON

FOLHA 01 DE
PERIOPERATORIO

☐ CIRURGIA ELETIVA

Clínica _____

☐ URGÊNCIA

Enfermaria _____

Leito _____

MATRÍCULA

Data Nasc. ____/____/____

Sexo M ☐ F ☐

Nome Daniel Vitor Raimundo

Data 01/08/17

Hora 7:00h

Idade 23m

Cirurgia de

☐ Pequeno porte

☐ Médio porte

☐ Grande porte

Procedimento cirúrgico proposto

RMS

Aspectos relevantes do exame físico

Admitido para 1^o cirurgia aos
endados 160 do tick. Não apresenta
deformidades. No momento afébril
respiração normocorada. Exame físico
laboratório presentes. Ausente. Exame
laboratório

Sinais vitais:

PA: 110 x 60 mmHg

FC: _____

TAX: _____

Orientações

Peso: 60kg

Alt: 1,69 m

DATA 01/08/17

COREN

88655

Carimbo

ASSINATURA

ENFERMARIA: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ GERIATRIA ☐ UTI DATA ____/____/____ Hora ____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado

JEJUM: ☐ Sim ☐ Não

TRICOTOMIA: ☐ Sim ☐ Não

PROTESE: ☐ Sim ☐ Não

USO DE PRÉ-ANESTÉSICO: ☐ Sim ☐ Não

PRONTUÁRIO COMPLETO: ☐ Sim ☐ Não

SINAIS VITAIS: PA _____ mm/Hg T. _____ °C P. _____ b.p.m R. _____ l.p.m

OBS: _____

DATA ____/____/____

COREN

88655

Carimbo

ASSINATURA

RECEPÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

HORA DA ENTRADA NO C.C.: 08:25

HORA DA ENTRADA NA S.O.: _____

SALA: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso

INTEGRIDADE CUTÂNEA: ☒ Sim ☐ Não

ALERGIA: ☐ Sim ☒ Não

OBS: _____

DATA 01, 08, 17

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Tec Cacery
ASSINATURA

TRANSCRIÇÃO

ESQUEMA: ☐ Não ☐ Sim Local: _____

Início: _____ h

Término: _____ h

Início: _____ h

Término: _____ h

CARACTERISMO VESICAL: ☐ Não ☐ Sim Sonda N° _____ ☐ 2 VIA ☐ 2 VIA ENF: _____

HEMOTRANSFUSÃO: ☐ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____

LABORATÓRIO: ☐ Histopatológico ☐ Cultura ☐ Citologia

HORA DO TÉRMINO DA CIRURGIA: _____ h HORA DA SAÍDA DA S.O.: _____ h

OBS: _____

ENCAMINHADO PARA:

CIRCULANTE:

RECEBIDO NA RPA ÀS: 8:55 h

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso

HIDRATAÇÃO VENOSA: MSD - SF0,9% 100ml Condições: em curso

CURATIVO CIRÚRGICO: Local: ombro esquerdo Condições: adhesivo compressivo limpo e seco

DRENAGENS: Tipo: _____ Tipo: _____

HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____

ELIMINAÇÕES: ☒ Não ☐ Sim

EXTREMIDADES: Aquecidas: ☒ Frias: ☐ Cianóticas: ☐ Perfundidas: ☒

SINAIS VITAIS: PA 124x67 mmHg T. _____ °C P. 68 b.p.m SpO2 97% irpm

OBS: POC de RMS de ombro esquerdo sob anestesia local + medicação

HORA DA ALTA: _____ Acordado: ☒ Sonolento: ☐

ENCAMINHADO PARA: alta p/ casa do CC

DATA 01.08.17

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Tec m/casilino
ASSINATURA

anexo ficha CSC



PRESCRIÇÃO MÉDICA

	H. FUNDHACRE
	H. DO IDOSO
	POLICLÍNICA TUCUMÃ
	H. DA CRIANÇA
	C. I DA MULHER
	H. M. M. MONTE R.
	CAÇON

Clinica _____
Enferm. / leito _____
UTI - leito _____

MATRÍCULA

--	--	--	--	--	--

Data Nasc.: ____/____/____

Sexo: M ☒ F ☐

Name: Daniel Victor Mayo

Observações: _____

PRESCRIÇÃO PARA O DIA: 01/08/11

[illegible]

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

(5)

Paciente...: DANIEL VIEIRA RAMOS (EME)
Requisicao: 16.PC.2.011367
Num. do BE: 02382035

Idade...: 22A
Requis.: 31/08

23

US. Origem.: HUERB/PS C C B
Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 195

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,83	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,90	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	42,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	87,80	f1	VR: 78 a 98 f1
HCM:.....	28,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	64	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.248	mm3	
Linfocitos:.....	32	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.624	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	328	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Obsefvacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 as 14:50 Coleta: 31/08/16 as 12:41-2a. Via Impressa: 31/08/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 minuto e 15 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	07 minutos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:....	286.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 as 14:50 Coleta: 31/08/16 as 12:41-2a. Via Impressa: 31/08/16

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DANIEL VIEIRA RAMOS

ID paciente:

ID amost: 49

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 2011367

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 31/08/2016

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	31	mg/dL		10 - 50
CRE	0.5	mg/dL	BAIXO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 31/08/2016

Data/Hora teste: 31/08/2016

Data/Hora impr.: 31/08/2016 13:59:24

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1


Eliana S. Ferreira Saraiva
Biomédica
CRBM 778/PA

DIVISÃO DE CENTRO CIRURGICO

CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC

AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE:

Daniel Vieira Ramos

DIAGNÓSTICO (DX)

Consolidação LAC IV ESQ

PROCEDIMENTO

CIRURGICO PROPOSTO:

RMS

NECESSIDADE DE ANESTESIOLOGISTA ?

SIM ()

NÃO (X)

(quererme / ou)

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

DATA DA CIRURGIA

DATA DA INTERNAÇÃO

08 / 11 / 16

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ORTESES E PRÓTESES)

CX básica

SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO POS OPERATÓRIA EM DIAS

HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO

OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA ASSINATURA DESTA.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO:

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

NÚMERO DO CARTÃO SUS

NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (FUNDHACRE)

PACIENTE RESIDE EM:

TELEFONES PARA CONTATO:

FIXO

CELULAR

RECADO

Falar com:

PACIENTE : () DIABÉTICO () HIPERTENSO () DEFICIENTE FÍSICO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Quem recebeu as orientações e assina este termo: () Paciente () Responsável:

Nome Completo: Daniel V. Ramos

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____, CPF: _____

R.G.: _____, Grau de parentesco: _____

Pelo presente termo, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s): RMS

_____, por indicação do(a) Dr.(a) Rodrigo Vich, inscrito(a) no CRM sob o n.º _____ e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns):

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: _____

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco - Acre, ____/____/____, Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____

Dr. Marcelo A. A. Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
PRM 1794

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Quem recebeu as orientações e assina este termo: () Paciente () Responsável

Nome Completo: Deniel V. Ramos

Endereço: _____

Data de nascimento: / / , CPF: _____

R.G.: _____, Grau de parentesco: _____

Pelo presente termo, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s): RMS

do(a) Dr.(a) Rodrigo Wick, por indicação inscrito(a) no CRM sob o n.º _____ e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns):

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: _____

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco - Acre, / / , Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____

Dr. Marcelo A. A. Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
PRM 1794

NOME Daniel Vieira Ramos

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

~~10 FEB 2019~~

PROTOCOLLO

Laudo Médico

Paciente esteve em acompanhamento ambulatorial, do pós-operatório de Luxação acromioclavicular. Já finalizou fisioterapia. Encontra-se com arco de movimento funcional, com dor no ombro após trabalho, durante longo período, com o ombro elevado.

For de alta ambulatorial.

CID S43 L

Rio Branco - Ac. 23 / 10 / 18

Rodrigo Viek Fernandes Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 121.742

CARIMBO e ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE SANTA CATARINA

Município de Anitápolis - Comarca de Santo Amaro da Imperatriz

NORMA BEPLER MOTTA

Oficial do Registro Civil

Fone (0482) 56-105

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que a fls. 96 do livro n.º 8-9 de Registro de Casamento, consta o termo n.º 96 o de WALDIR MACHADO
-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X- com desas ALESSANDRA VOLPATO
-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X- efetuado perante o Juiz de Paz "Ad Hoc", sr. Wil-
sair Coelho com as testemunhas Jaír da Rosa, Maria Apareci-
da Machado da Rosa e Santino Alberto Putrikus, Maria
da Glória V. Putrikus, no dia 07 de abril de 1989, Ela,
solteira, de profissão desconhecida, nascida em ANITÁPOLIS-
SC, no dia 05 de agosto de 1965, filho
de ADOLFO JOAQUIM MACHADO e de LOURENA
MICHELIS MACHADO, Ela, solteira
de profissão do lar, nascida em ORLEANS- SC
no dia 18 de fevereiro de 1973 filha de GELITO VOLPATO
-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X- e de MARILDA APARECIDA BATISTA
VOLPATO foram apresentados os documentos a que se refere o
artigo 180 ns. 1, 2, 3 e 4.

O casamento foi feito pelo regime da Comunhão Universal bens e pela
nubente foi declarado que passa assinando ALESSANDRA VOLPATO MACHADO.

Observações: Nada consta.

Busca - Cr\$ 700,00
Rasa - Cr\$ 700,00
Certidão - Cr\$ 700,00
Total - Cr\$ 2.100,00

83 801 605/0001 - 09

ANITÁPOLIS CARTÓRIO DO REGISTRO
CIVIL E TABELIONATO

Rua Gonçalves Junior, 157

Centro - CEP 88.475

ANITÁPOLIS - SC

ANITÁPOLIS, 24 de maio de 1994

PRO. COLO
AG. RIO BRANCO

Oficial do Registro Civil

NORMA BEPLER MOTTA

Oficial do Registro Civil

Escrit. de Paz - Tabelão

Anitápolis

Comarca de S. Amaro da Imperatriz - SC