



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07035920920208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	16/11/2020 16:47:09

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2765358_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2765358_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-15.pdf
Anexo - Petição:	2765358_CONTESTACAO_A nexo_02 - 16-23.pdf
Anexo - Petição:	2765358_CONTESTACAO_A nexo_02 - 24-35.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672037 Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01231/01232 - carta_03 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000069788-5

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672037 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.
Resultados terapêuticos: PG. 3,17.
ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.
Documentos complementares:
Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. (ILEGÍVEL), HOSPITAL - HUERB - PG. 15. DATA: 28/11/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

701.814.202-44

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

6 - CPF:

701.814.202-44

7 - Profissão:

RECUSO-ME

8 - Endereço:

R. BOM JESUS

9 - Número:

57

10 - Complemento:

11 - Bairro:

FLORESTA SUL

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.912-494

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(68) 8422-6055

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2278

013

CONTA:

69788

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Brenda Freitas da Silva

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 020027/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2018 09:25 Data/Hora Fim: 09/07/2018 09:29
 Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional

Data/Hora do Fato: 21/05/2018 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Lugar: ESTRADA DO CALAFATE

Bairro: Conj. Habitacional

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA (VÍTIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Sena Madureira

Sexo: Feminino

Nasc: 08/03/1978

Profissão: Diarista

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Solteira

Nome da Mãe: Maria da Conceição de Freitas

Nome do Pai: Sebastião Maurício Ferreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 701.814.202-44

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Lugar: Rua Projeta

Bairro: Floresta Sul

Telefone: (66) 99936-4748 (Celular)

Nº 57

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA NO LOCAL ACIMA CITADO NA CALÇADA QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA. A MESMA FICOU BASTANTE LESIONADA.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020027/2018

ASSINATURAS



Fernanda Moraes de Oliveira
Responsável pelo Atendimento



Antônia Francelina de Freitas Ferreira
(Comunicante / Vítima)

Declaro que de verdade e de pleno conhecimento sou o/da(s) responsável(is) pelas informações acima assentadas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração, que se originou conforme previsto nos artigos 249-Denúnciação Caluniosa e 249-B-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Fabrício Leonardo da Silva Sobreira
Delegado de Polícia Civil
Mat. 9325298-1



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 426/2018

**COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 21/05/2018 HORA: 18:00
LOGRADOURO: ESTRADA DO CALAFATE
BAIRRO: VILA BETEL CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓX A FUNDAÇÃO BRADESCO

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: MARCA: MODELO: ESPÉCIE
RENAVAM: CHASSI: COR: UF:
PROPRIETÁRIO: CPF:
ENDEREÇO: CIDADE

3. DADOS DA VÍTIMA

() CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA (X) PEDESTRE
NOME: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: FEMININO NASCIMENTO: 08/03/1978 PROFISSÃO: DIARISTA
CPF: 701.814.202-44 RG: 353300 ORG.: SEPC/AC
NATURALIDADE: SENA MADUREIRA NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL INCOMPLETO
REGISTRO DA CNH: CATEGORIA: VALIDADE: UF:
ENDEREÇO: CIDADE:

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito, a Sra. ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA que relata que no dia, local e horário supramencionados estava na calçada conversando com seu cunhado quando, de repente, foi atingida em cheio por uma motocicleta, que segundo ela era uma CB 300 de cor azul, mas que não foi possível identificar a placa, pois o condutor se evadiu, sem prestar socorro à vítima. A vítima teve três faturas na perna direita e encaminhada ao Pronto Socorro de Rio Branco pela Equipe do SAMU conforme consta no B.E. nº 2553929.

Antonia Francelina de Freitas Ferreira

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: AKAUANY FERRAZ PEREIRA RG: 4538
POSTO/GRAD: SD PM MATRÍCULA: 9378456-1 OPM: BPTRAN
DATA: 03/07/2018 HORA: 15:00
ASSINATURA: *Akauany Ferraz Pereira*

**A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

701.814.202-44

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

6 - CPF:

701.814.202-44

7 - Profissão:

RECUSO-ME

8 - Endereço:

R. BOM JESUS

9 - Número:

57

10 - Complemento:

11 - Bairro:

FLORESTA SUL

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.912-494

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(68) 8422-6055

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

2278

013

CONTA:

69788

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Brenda Freitas da Silva

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

701.814.202-44

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

6 - CPF:

701.814.202-44

7 - Profissão:

RECUSO-ME

8 - Endereço:

R. BOM JESUS

9 - Número:

57

10 - Complemento:

11 - Bairro:

FLORESTA SUL

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.912-494

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(68) 8422-6055

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

2278

013

CONTA:

69788

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Brenda Freitas da Silva

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Praticador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

701.814.202-44

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

6 - CPF:

701.814.202-44

7 - Profissão:

RECUSO-ME

8 - Endereço:

R. BOM JESUS

9 - Número:

57

10 - Complemento:

11 - Bairro:

FLORESTA SUL

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.912-494

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(68) 8422-6055

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

2278

013

CONTA:

69788

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Brenda Freitas da Silva

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Brenda Freitas da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000069788-5

Nr. da Autenticação C286662177F3F8F8

Endereço: Rua Manoel de Medeiros, 100 - Jd. Santa Helena - Rio Branco - AC
CEP: 69.012-404 - Fone: (16) 3401.0011 - Fax: (16) 3401.0012
E-mail: atendimento@eletroacre.com.br

Número do Contrato: 005889001

OUTUBRO/2019 01/11/2019 281 260,86

SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA
R. BON JESUS 57 FLORESTA SUL
CPE: 00013147390210
CEP: 69.012-404 - RIO BRANCO

RDT: 6.001.06.13.001900

Consumo	23606	Valor	04/10/2019
Imposto	23325	Imposto	04/09/2019
Imposto de Renda	1,000	Imposto de Renda	05/11/2019
Imposto de Renda	281	Imposto de Renda	03/10/2019
Imposto de Renda	281	Imposto de Renda	04/10/2019

Tipo de Consumo: NORMAL

Tipo de Consumo: FCAH

Tipo de Consumo: 30

RESIDENCIAL MORIO 7168397 1.1.1.1 232

CONSUMO	281 A R\$ 0,890311 =	250,17
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		10,69
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,55	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,73	

DATA DE VENCIMENTO: 01/11/2019
VALOR TOTAL: R\$ 260,86

Mes/Ano
09/2019

Valor R\$
281,37

Valor do Consumo: R\$ 250,17
Valor do Imposto: R\$ 10,69
Valor do Imposto de Renda: R\$ 0,55
Valor do Imposto de Renda: R\$ 0,73
Valor do Imposto de Renda: R\$ 0,73

ENDEREÇO DO FISCO 43CB.03F1.CBES.BCDD.1077.A1A0.B363.7CEU

Consumo	69,56	Valor do Consumo	250,17
Imposto	62,51	Imposto	25,00%
Imposto de Renda	2,10	Imposto de Renda	62,54
Imposto de Renda	24,17	Imposto de Renda	0,66%
Imposto de Renda	71,88	Imposto de Renda	3,07%

Consumo: 69,56 15,49 36,09 4,83 0,66 19,22 4,20
Imposto: 1,49 2,60 0,53

TANGARA

08/10/2019

108,80

RDT: 6.001.06.13.001900

Eletroacre & Energisa

CONHEÇA O SEU CONSUMO DE ENERGIA
Rua Manoel de Medeiros, 100 - Jd. Santa Helena - Rio Branco - AC
CEP: 69.012-404 - Fone: (16) 3401.0011 - Fax: (16) 3401.0012
E-mail: atendimento@eletroacre.com.br

0135012-9

MES FUTURO

10/2019

Número do Contrato: 005889001

260,86

VENCIMENTO

01/11/2019

FCAH

8360000002 3 60860045000 1 00000000135 4 01291019008 6



ACACIA DIPLOMA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2553929 DATA: 21/05/2018 HORA: 18:58 USUARIO: CONCEICAO
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA DOC.: NT
IDADE: 40 ANOS NASC: 08/03/1978 SEXO: FEMININO
ENDEREÇO: TRAV. BOM JESUS BAIRRO: FLORESTA SUL NUMERO: 57
COMPLEMENTO: LOTE 57 UF: AC CEP: 99931-519
MUNICIPIO: BUJARI /MARIA DA CONCEICAO DE FREITAS
NOME PAI/MAE: SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA /MARIA DA CONCEICAO DE FREITAS
RESPONSAVEL: A MESMA VEIO NO SAMU TEL.: 99919-7000
PROCEDENCIA: VILA BETEL MAE
ATENDIMENTO: ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[120 X 80 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[78] SPO2[98]
EXA[] COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA[]

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

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de atropelamento. Trazida pelo SAMU. Orientada em termos e espaço. 6036m 15/15 (MOTO) Ferimento em região frontal, nariz fraturado, ferimentos fotométricos. Leve dor no membro inferior direito. Ausência de fratura. Preservação em ambos membros superiores. Ausência de fratura. Preservação de membros inferiores.

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] *Assim flacida, indolor a P.M. Profunda R.M. 10/10*
Sobrecarga o SAMU. Possível fratura

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Sx. Fratura da tíbia 2,41 + Trauma de tórax EV LENTO
- 2) TC de LUMBO e CERVICAL
- 3) Rx Tórax, Ausculta, Membro INF DIREITO
- 4) CONTROLE SINAIS VITAIS

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Antônia Francelina de Freitas Ferreira vítima de atropelamento por moto conduzida pelo SAMU com trauma físico e doloroso. Exame físico sem fratura de tórax. Membro inferior direito com dor moderada. Membro superior sem fratura. Trauma de tórax.

24/05/2018

USG ABDOMINAL

fls. 73

- ORGÃO ABDOMINAIS SEM LESÃO VISÍVEL NA EULOTAXIA
- SEM LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLITONEAL.

Dr. KLEBER

CRM 864 AC.

USG ABDOMINAL SEM LESÃO VISÍVEL
Ds. 43h. Rx de TÓRAX, DURA-MEIA SEM ALTERAÇÕES

Rx MARCHA INFERIOR COM FRAQUEZA TÍPICA E FIBROS.

1) RESULTADO SUTURA REGIÃO FRONTAL E NASAL.

2) SUTURA ANTERIOR NEUROCIRURGIA

3) SUTURA ANTERIOR ORTODONTIA

ALTA DA CÍRURGIA

CEAU

Dr. Bruno Braga
Residente - Cirurgia Geral
CRM/AC 27

21/05/18
12:10h

Neuro

Paciente ACS 15/15

sem focalização motor

ou sensível

fráguas reflexas e autônomas
presentes.

TAC/Rx sem radiografias
neurocirúrgicas emergentes

As condutas da emergência
C-6.

Dr. João Faria

As 03:20h paciente admitido
na enfermaria
condutas respostivas para
conduta médica emergencial

Maria José Monteiro
Enfermeira
CRM 77206



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERE

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 08:30 SALA 02 DATA 12/11/2020
 NOME DO PACIENTE HELENA MARIA DE OLIVEIRA ID 45
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (X) AMBULATÓRIO () OUTROS ()
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 08:45 TÉRMINO DA ANESTESIA 09:15
 PROCEDIMENTO REALIZADO FRATURA DE TÍBIA E FIBULA
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 09:15 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 10:30
 CIRURGIÃO DR. ROBERTO AUXILIAR(ES) DR. ROBERTO
 ANESTESISTA DR. ROBERTO INSTRUMENTADOR DR. ROBERTO
 CIRCULANTE DR. ROBERTO ENF DR. ROBERTO

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PRDPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 01:50	HORÁRIO: 04:00	HORÁRIO: 04:20
PA: 110 x 78	PA: 110 x 78	PA: 100 x 67
FC: 114 bpm	FC: 100 bpm	FC: 101 bpm
SPO2: 98%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 05:00	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 110 x 78	PA:	PA:
FC: 114 bpm	FC:	FC:
SPO2: 98%	SPO2:	SPO2:

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 085258 Código: F08 2 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - CINEFIX
FÊMUR T 350 - ESTÉRIL

Fabric.: 19/02/2018 Val.: 02/2023

Registro ANVISA Nº: 80093850031

Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.429/0001-05 - Rio Claro / SP
+55 19 3636-1910 - comercial@sartori.ind.br


Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____				2 - CNES: _____			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____				4 - CNES: _____			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE: <u>Antônio Fionelina de Avelar</u>				6 - Nº DO PROFISSOR: <u>90260</u>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____				8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>03/07/1978</u>		9 - SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	
10 - RAÇA/COR: _____				11 - ETNIA: _____			
12 - NOME DA MÃE: _____				13 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____	
15 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____				16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____	
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____				19 - UF: _____		20 - CEP: _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Torção no punho @ com fx e post. limitando movimento + dor</u>							
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Cirurgia</u>							
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Exame físico + RX</u>							
24 - CID-10 PRINCIPAL: _____		25 - CID-10 SECUNDÁRIO: _____		26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____		27 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
28 - CLÍNICA: _____				29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____			
30 - DOCUMENTO: _____				31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____			
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____				33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: _____			
34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____				35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
40 - CNPJ DA SEGURADORA: _____		41 - Nº DO BILHETE: _____		42 - CNPJ EMPRESA: _____		43 - CNIE DA EMPRESA: _____	
44 - CNPJ EMPRESA: _____		45 - CNIE DA EMPRESA: _____		46 - CNIE DA EMPRESA: _____		47 - CNIE DA EMPRESA: _____	
48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: _____		49 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO ()		50 - DESEMPREGADO () APOSENTADO ()		51 - NÃO SEGURADO ()	
AUTORIZAÇÃO							
52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____				53 - COD. ORGÃO EMISSOR: _____			
54 - DOCUMENTO: _____				55 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____			
56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____				57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____			
58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____				59 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____			



Novo Acre
Crescimento jurídico, paz e desenvolvimento

NAME: Amelia

Franklin D.

670-1-1
IDADE: 40 B.E.: 1

OBSERVAÇÃO

LEITO:

[illegible]



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



4025

OBSERVAÇÃO () 52

LEFTC

21

[illegible]

HUBER
Investment Advisors, Inc.
Member SIPC

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 21/05/2018 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA CD: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR BIPOLAR PACIENTE REFERE DOR EM PERNA DIREITA FO COM SECREÇÃO SANGÜÍNEA ALERGIA DIPIRONA	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS 4. RAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12H 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12H 8. RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 10. CUIDADOS GERAIS 11. SINAIS VITAIS 12. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA 13. CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS 14. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO	<div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08:00h</div> <div>10:00h</div> <div>12:00h</div> <div>14:00h</div> <div>16:00h</div> <div>18:00h</div> <div>20:00h</div> <div>22:00h</div> <div>00:00h</div> <div>02:00h</div> <div>04:00h</div> <div>06:00h</div> <div>08</div>	

HUEKRB

LEITO ~~mor~~ 160174

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 21/05/2018 FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA ALERGIA A DÍPIRONA CD: LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR BIPLANAR PACIENTE REFERE DOR EM PERNA DIREITA FO COM SECREÇÃO SANGÜÍCOLA	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H 5. RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 6. CUIDADOS GERAIS 7. SINAIS VITAIS 8. CIEAXE 40 MG SC 1X DIA 9. CEFALOXINA 1 GR EV 8/8 HRS 10. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO	11. SINAIS VITAIS 12. CIEAXE 40 MG SC 1X DIA 13. CEFALOXINA 1 GR EV 8/8 HRS 14. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO	15. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 16. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 17. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 18. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 19. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 20. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 21. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 22. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 23. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 24. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 25. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 26. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 27. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 28. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 29. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 30. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 31. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 32. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 33. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 34. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 35. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 36. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 37. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 38. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 39. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 40. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 41. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 42. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 43. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 44. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 45. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 46. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 47. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 48. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 49. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 50. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 51. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 52. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 53. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 54. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 55. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 56. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 57. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 58. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 59. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 60. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 61. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 62. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 63. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 64. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 65. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 66. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 67. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 68. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 69. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 70. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 71. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 72. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 73. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 74. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 75. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 76. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 77. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 78. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 79. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 80. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 81. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 82. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 83. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 84. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 85. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 86. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 87. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 88. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 89. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 90. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 91. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 92. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 93. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 94. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 95. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 96. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 97. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 98. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 99. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO 100. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO

Dr. Fátima Capote Rodríguez
Má. Utrilla - 1999

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

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

174

HUERB

EVOLUÇÃO

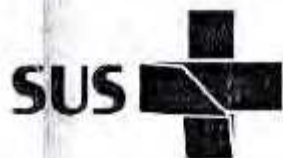
PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DT: 21/05/2018 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA</p>	<p>1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12H 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 H 6. RANTIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA 10. CEFALOXIMA 1 GR EV 8/8 HRS 11. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO</p>	<p><i>[Handwritten notes and signatures]</i></p>	<p><i>[Handwritten notes and signatures]</i></p>
--	--	--	--

Gilma Leide de Medeiros
Enfermeira
CRM 58933



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



fls. 83

FICHA DE ANESTESIA

Paciente:		Idade		Sexo	Cor	Registro / BE				
Setor proc.		<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI	
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tem (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sanguíneo	Fator Rh		
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BO / BI	TGO / TGP		
Diagnóstico Pré-Operatório:										
Ap. Resp.		<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	Complacência:					
ACV:		ECG:			Alegrias:					
Ap. Digestiva/Dentes					Pescoço		Peças Dent.			
Ap. Urinário:					Drogas em Uso:					
Estado Mental:										
Anestesias Anteriores:					ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		Risco			
Medicação Pré-anestésica:					Hora:		Efeito:			
HORA:										
GASES	O ₂									
	NO ₂									
	HALOG									
Líquidos										
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂									
	240									
	220									
	200									
	180									
	160									
	140									
	120									
	100									
	80									
	60									
	40									
	20									
	DROGAS ADMINISTRADAS			Técnicas:			Monitorização:			
	1º									
2º			Cirurgia:			Ap. Resp:				
3º										
4º			Cirurgião/Auxiliar:			Ap. CV:				
5º										
6º			QBS:							
7º										
8º										
9º										
10º			Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo).			Pedro C. Anestesiologista				

NY, RECORDS DIVISION, 700, ROSSUM - KEE BRANCO - CRO. 6410020 - Tel. 833-2990
CGC - 04.034.536/0003-24

CSC - 04,034,526/0002-24

Idade.: 40A
Requis.: 22/88/20

Cons. Regional:

2. Or.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

100	mg	(low dilution)	1.50	mmol
100	mg	7.28	g/dL
100	mg	25.00	%
100	mg	66.70	£1
100	mg	10.60	pg
100	mg	30.90	g/dL

```
VR: R:4:0 a 4 R:4:0 a 5 null:000/000
VR: R:13:0 a 10 R:13:0 a 10 0/000
VR: R:42:0 a 50 R:42:0 a 40 0
VR: 70 a 00 FL
VR: 20 a 00 pg
VR: 00 a 00 0/000
```

[illegible]

$V_{H1} = 5.000 \pm 10.105 \text{ /ms}$
 $V_{H2} = 6.0 \pm 1.5$
 $V_{H3} = 2.0 \pm 4.5$
 $V_{H4} = 1.5$
 $V_{H5} = 6.0 \pm 1.5$
 $V_{H6} = 0.0 \pm 1.5$
 $V_{H7} = 5.0 \pm 0.54.5$
 $V_{H8} = 2.0 \pm 1.5.5$
 $V_{H9} = 4.0 \pm 0.5$
 $V_{H10} = 0.5$

Rosemary M. Riveras
Biomedical
CAREM - 4 No 730

31/05/2018 - ALEXANDRE PASSOS DA SILVA CRF RÓ/AC 41 29/05/18 às 04:55 Coleta: 23/05/18 às 06:24-18. Via Imarguá, 23/05/18

Amostra: Sangue

4- Santiago	02 MINUTOS
6- Inquilinos	08 MINUTOS
Amor al Placido	201.000 /month

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 152 y 105 000 Jans

Por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-ORI RD/AC 41 23/05/18 às 06:46 Golada: 23/05/18 às 06:42-16 Via Ingresso: 21/05/18

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor + limitação do movimento do
punho (D)

História da Doença Atual: Trauma no punho (D)

História da Doença Anterior:

Exame Físico: Dor + limitação do movimento do punho
com Ex. Esports

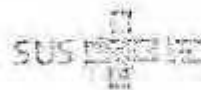
Diagnóstico Provisório: Ex. Esports do punho (D)

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Motivo da Cobrança: Cirurgia

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 A 48 HS
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 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



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB

RECEITUÁRIO MÉDICO

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA
FILHO

LAUD MÉDICO

Paciente vítima de trauma por
bateria com fratura distal
de fêmur direito com lesão
um fêmur esquerdo com
lesão 23 40% na região
distal

5822

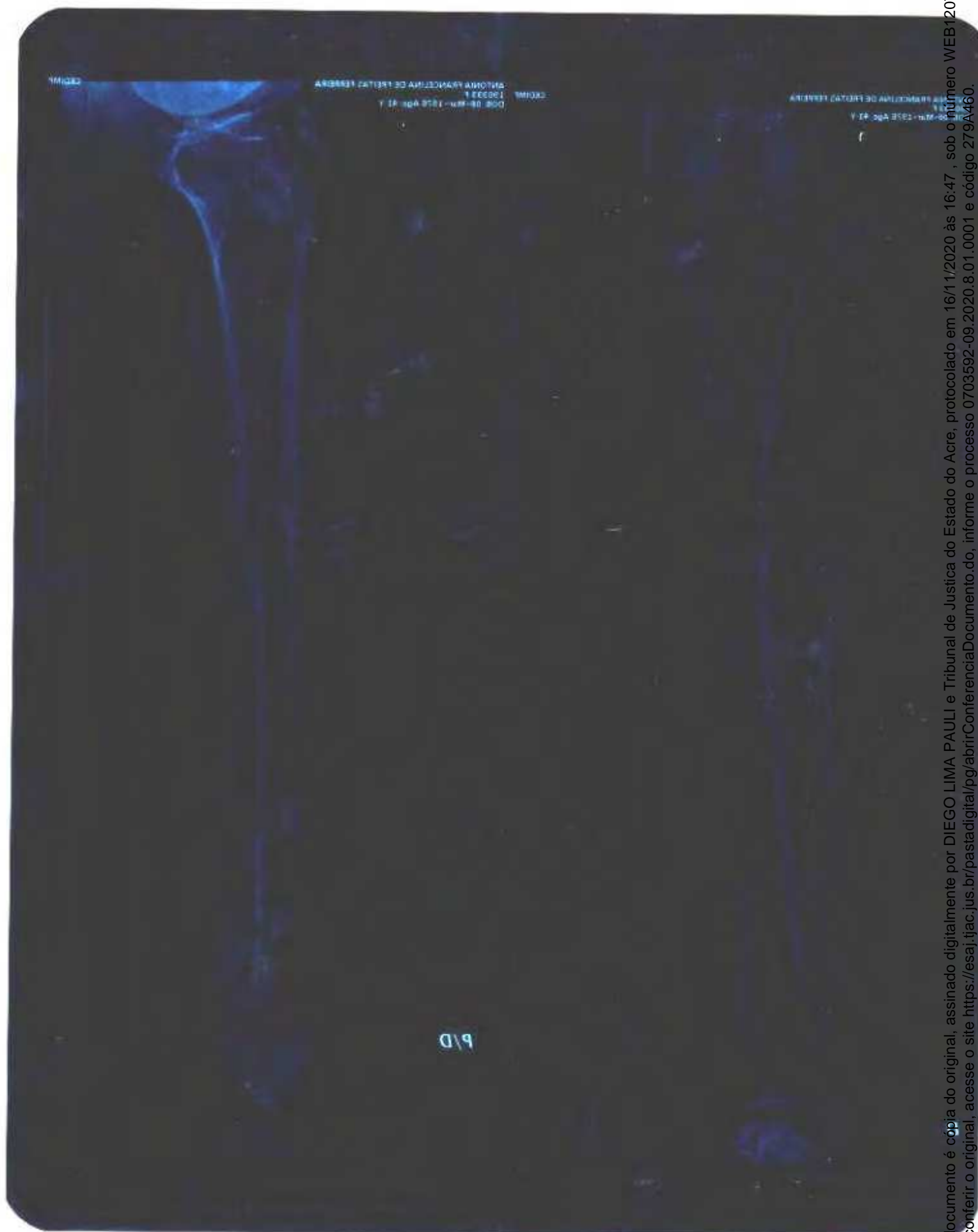
DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARRIRO

[Assinatura]

SE CONSEGUE

[Assinatura]



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 353380 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/01/2017

ANTÔNIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

FLUNDO

SEBASTIÃO MAURÍCIO FERREIRA

MARIA DA CONCEIÇÃO DE FREITAS

NATURALIDADE

SENIA MADUREIRA - AC

DOC ORIGEM

CERTO NASC 16.314 FLS 194 LIV A-14

2 OF RIO BRANCO AC

DATA DE NASCIMENTO 08/03/1976

701.814.202-44

3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

P. Nº

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HENRIQUE DE MELO

Polegar Direito

Antônia Francelina de Freitas Ferreira

SECRETARIA DE IDENTIDADE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0428814/19

Número do Sinistro: 3190672037**Vítima:** ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERR**CPF:** 701.814.202-44**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 21/05/2018**Titular do CPF:** ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA : 701.814.202-44

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019

Nome: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

CPF: 701.814.202-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019

Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix

CPF: 025.787.852-10

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0428814/19

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERR**CPF:** 701.814.202-44**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 21/05/2018**Titular do CPF:** ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

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

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA : 701.814.202-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019

Nome: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
CPF: 701.814.202-44_____
ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 02/12/2019

Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61_____
MAIRLA LIMA DE SOUZA