
Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO NASCIMENTO

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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO NASCIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar

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





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

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO NASCIMENTO

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\$ 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: **FRANCISCO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **0000066361-7**

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



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: **091.191.752-72** Nome completo da vítima: **Francisco Nascimento**

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

Nome completo: **Francisco Nascimento** CPF: **091.191.752-72**

Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rm Iguini** Número: **3100** Complemento: **Casa**

Bairro: **Km 2 AOS ET BR 317** Cidade: **Senador Guionard** Estado: **MT** CEP: **69.925-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(66) 9.9997-5923**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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: **0534** **08** CONTA: **66362** **7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura: _____ Local e Data: **Rio Branco 09/04/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

Francisco Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (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.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE
VIOLÊNCIA - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011264/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2019 09:53 Data/Hora Fim: 01/04/2019 10:15
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Nilton César Boscaro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher Vítima de Violência
Data/Hora do Fato: 15/01/2019 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: BR 317 KM 30

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Zona Rural

Natureza

Melo(s) Empregado(s)

1224: Deixar o condutor do veículo, em acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública: (Art. 304 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 26/02/1955
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Madalena do Nascimento

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: km 30 Ramal Iquiri
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (68) 99999-6758 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante/vítima veio a esta especializada registrar que estava indo deixar a moto do seu genro, quando um motociclista foi desviar de um buraco e lhe fechou, o tirando do afasto chegando a cair na beira da estrada. Que o motociclista não prestou nenhum tipo de assistência, nem chegando a parar. Que o comunicante quebrou o calcanhar esquerdo e está ainda tratamento. A moto que vítima estava era a Honda/CG150 FAN placa NAD6666. Pede assim as medidas cabíveis.



Delegado de Polícia Civil: Nilton César Boscaro
Impresso por: Ana Carla Sancho Carvalho de Souza
Data de Impressão: 01/04/2019 10:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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: **091.191.752-72** Nome completo da vítima: **Francisco Nascimento**

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

Nome completo: **Francisco Nascimento** CPF: **091.191.752-72**

Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rm Iguaçu** Número: **3100** Complemento: **Casa**

Bairro: **Km 2 AOS ET BR 317** Cidade: **Senador Guionard** Estado: **MT** CEP: **69.925-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(66) 9.9997-5923**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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: **0534** **08** CONTA: **66362** **7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **Rio Branco 09/04/2019**

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francisco Nascimento**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

Assinatura do Representante Legal (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.

Caleta ss 23:15 min

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2609522 DATA: 15/01/2019 HORA: 20:43 USUARIO: RENIS
CNS: 707803620185713 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FRANCISCO NASCIMENTO DOC...: RG59839
IDADE.....: 63 ANOS NASC: 26/02/1955 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: BR 317 KM 30 RAMAL BEIXA VERDE COL.SANTA NUMERO:
COMPLEMENTO...: FE BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: /MARIA MADALENA DO NASCIMENTO
RESPONSAVEL...: GENRO-RAILSON ALMEIDA DA SILVA TEL....: 99967-2932
PROCEDENCIA...: RODOVIA - BR 317 GENRO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] TML

[] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

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: 22/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000066361-7

Nr. da Autenticação 27BE2EFB69CE8830

Endereço: Av. Paulista, 1568 - Bela Vista - São Paulo - SP
CEP: 01305-900 Fone: (11) 3063-1038 Fax: (11) 3063-1039

03921038

MARCO/2019 15/03/2019 30 21,86

FRANCISCO CARLOS GOMES DE SOUZA
RM IQUIRI 3100 KM 2 AOS ET BR 317 SENTIDO BO
CPF: 00048362400230
CEP: 69.925-000 - SENADOR GUIOMARD SANTOS OT: 23.020.23.01.003610

DATA	VALOR	DATA	VALOR
2318		09/03/2019	
2296		08/02/2019	
30		07/04/2019	
30		06/03/2019	
30	FCAM	09/03/2019	

MINIMO

29

RESIDENCIAL	NONO	7220437	1.1.1.1	122
-------------	------	---------	---------	-----

FEV/19	30
JAN/19	30
DEZ/18	125
NOV/18	121
OUT/18	117
SET/18	118
AGO/18	256
JUL/18	95
JUN/18	158
MAI/18	305

CONSUMO 30 A R\$ 0,632747 =
COBRANCA DIF ENERGIA 2497ANEEL
COBRANCA DIF COFINS R2497ANEEL

18,96
2,8
COMPREV
COMPREV - DÊNCIA S/A
11 ABR 2019
PROTOCOLO
AS RIG BRANCO

TARIFA DE TRATAMENTO
DE ÁGUA - R\$ 0,010000

Mes/Ano Valor R\$ 02/2019 18,38
Unidade consumidora suspensa e suspensa do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/02/2015, em função das condições reguladas nesta tarifa, e não pagando a tarifa de energia elétrica, bem como a inclusão do nome do consumidor na CEMDE. Inquirência sobre a existência de débitos e a regularização do valor de R\$ 0,010000 a ser pago pelo cliente, a ser efetuada o pagamento, em: 08/03/2019 - 11/03/2019.

* (FATURADO PELO MINIMO. IMÓVEL DESOCUPADO IMPEDE LEITURA)
FATURA COM COBRANCA DIFERENÇA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/18 C
ONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 1001413-57.2018.4.01.3000

RESUMO DO FOLIO B647.A202.47DD.EEF1.11D5.DA49.2845.851C

CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
Consumo	6,98	Consumo	0,10
Taxa	8,27	Taxa	0,48
Taxa	0,21		
Taxa	2,34		
Taxa	0,58		

CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
Consumo	17,34	Consumo	9,95
Taxa	34,69	Taxa	19,90
Taxa	69,38	Taxa	39,80
Taxa	4,40	Taxa	9,27
Taxa	4,00	Taxa	2,12

TAQUARI 01/2019 11,03

ROT: 23.020.23.01.003610

SEU CODIGO	SEU CODIGO
0396454-0	21,86
DATA	DATA
03/2019	15/03/2019
FCAM	FCAM
003921038	FCAM

636600000000 1 21860045000 9 000000000396 2 45400319008 8



Caleta ss 23:15 min

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2609522 DATA: 15/01/2019 HORA: 20:43 USUARIO: RENIS
CNS: 707803620185713 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FRANCISCO NASCIMENTO DOC...: RG59839
IDADE.....: 63 ANOS NASC: 26/02/1955 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: BR 317 KM 30 RAMAL BEIXA VERDE COL.SANTA NUMERO:
COMPLEMENTO...: FE BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: /MARIA MADALENA DO NASCIMENTO
RESPONSAVEL...: GENRO-RAILSON ALMEIDA DA SILVA TEL....: 99967-2932
PROCEDENCIA...: RODOVIA - BR 317 GENRO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] TML

[] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Lauro

Atesto que o Sr. Francisco Nascimento, RG 59.839.550-16, sofreu acidente de trânsito no dia 15/01/19 apresentando fratura de calcâneo esquerdo sendo submetido a cirurgia ortopédica com 2 parafusos. No exame físico apresenta excitação e inervação de 1 cm no fraco posterior de calcâneo esquerdo, grande aumento de volume do tornozelo, limitação funcional na flexo-extensão do tornozelo (E), marcha claudicante e redução da força muscular da musculatura posterior e posterior do membro inferior no M.I.E.

DATA: 25/4/19

José A. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 463-AC

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
SECRETARIA NACIONAL DE HABILITACAO

AC

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1423425704

FRANCISCO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) UF
55839 S82 AC

CPF
091.191.752-72

DATA NASCIMENTO
26/02/1959

RELACAO
MARTA MADALENA DO
NASCIMENTO

PERMISSAO
LCO

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
00612574630

VALIDADEZ
14/05/2022

1ª HABILITACAO
04/05/1999

OBSERVAÇÕES

Francisco Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSAO
25/05/2017

Luiz Longo
Insc. Luis Longo
Craem. 001
Craem. / AC

ASSINATURA DO EMISSOR

67930000786
AC407537782

ACRE

PRELIMINAR PLASTICA
1423425704



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190272846

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

Data do acidente: 15/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: : Fratura de calcâneo esquerdo

Descrição do exame físico: MIE: cicatriz cirúrgica de 1 cm na face posterior do calcâneo, aumento de volume do tornozelo, limitação funcional na flexoextensão do tornozelo e na dorsiflexão do tornozelo, redução da força muscular do membro e marcha claudicante

Resultados terapêuticos: cirúrgico para redução cruenta e fixação com 2 parafusos, e fisioterapia.
Alta: Maio de 2019

Sequelas permanentes: DANO TORNELOZO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/05/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM AVALIAÇÃO TÉCNICA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA E EXAME REALIZADO PAGO DANO FUNCIONAL EM 50%

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190272846

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a): RM IQUIRI, 3100 - Senador Guimard/AC -
CEP 69925-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 59839 - SSP AC

Data e Local do Acidente : 15/01/2019

Data e Local do Exame : 16/05/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA
COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

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

Diagnostico: Fratura de calcaneo esquerdo

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

Tratamento: cirurgico para redução cruenta e fixação com 2 parafusos, e
fisioterapia.

Alta: Maio de 2019

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

Exame físico: MIE: cicatriz cirurgica de 1 cm na face posterior do calcaneo,
aumento de volume do tornozelo, limitação funcional na flexoextensao do
tornozelo e na dorsiflexao do tornozelo, redução da força muscular do membro
e marcha claudicante.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

Funcional: limitação funcional na flexoextensao do tornozelo, marcha
claudicante, e redução da força muscular do membro.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125268/19

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

CPF: 091.191.752-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO NASCIMENTO : 091.191.752-72

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: 11/04/2019
Nome: FRANCISCO NASCIMENTO
CPF: 091.191.752-72

FRANCISCO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125268/19

Número do Sinistro: 3190272846

Vítima: FRANCISCO NASCIMENTO

CPF: 091.191.752-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 03/05/2019
Nome: FRANCISCO NASCIMENTO
CPF: 091.191.752-72

FRANCISCO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR



6277 8012 2155 9440

FRANCISCO NASCIMENTO

0534 013 00066361-7 07/21

elo



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE
VIOLÊNCIA - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011264/2019

ASSINATURAS

Ana Carla Sancho Carvalho de Souza
Responsável pelo Atendimento

Francisco Nascimento
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Nilton César Boscaro
Delegado(a) de Polícia

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 94983
Numero do CNS.....: 707803620185713
Nome.....: FRANCISCO NASCIMENTO
Documento.....: RG59839 Tipo :
Data de Nascimento: 26/02/1955 Idade: 63 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: MARIA MADALENA DO NASCIMENTO
Endereco.....: BR 317 KM 30 RAMAL BEIXA VERDE COL. FE
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 69900-000
Telefone.....: 99967-2932GENRO
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2609522
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0127
Data da Internacao: 15/01/2019
Hora da Internacao: 21:00
Medico Solicitante: 308.064.022-53 - JOSE LEONARDO CONTREIRAS ZURITA
Proced. Solicitado: 04.08.05.053-5
Diagnostico.....: S92.0
Identif. Operador.: DE PAULA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro: 276333936

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

121910005095-2

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

pé esquerdo

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUEB

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

João Vitor Nascimento

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

01079036201185713

26/12/1955

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

Mãe: Maria Laura do Nascimento

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

BR-12 N. 30 - Kamal Paixão Verde. Col. Santa - Zona rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

Rio Branco

AC

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt. com febre e tosse de início agudo
fazendo o paciente suar e com o sistema fu

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pt. com febre e tosse de início agudo

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

Problema Clínico Agudo

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

1 / 1

Ass. Rui Pinto
CPF: 34.571.877-68
nº Prontuário



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

digitado e impresso em: 07/01/2019 às 20:51:36



HUERB

REGISTRO

PACIENTE

Franca Oliveira

IDADE

67

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

1110

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

MECANISMO DE TRAUMA:

Falta de equilíbrio
e queda

DATA DO TRAUMA:

15-01-19

RADIOGRAFIAS:

EXAME FÍSICO: De acordo

DIAGNÓSTICO: FHTM

Calcário

CONDUTA NA EMERGÊNCIA:

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

1. DIETA VIA ORAL LIVRE

2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML IV 12/12 H

3. DIFIRONA 1G IV 6/6 H

4. TRAMADOL 100MG + 100ML SFO,9% IV 8/8 H S/N

5. METOCLOPRAMIDA 10MG IV DILUIDO 8/8 H S/N

6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO

7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 6/6 H

3) Registra a evolução NT

9) Exame físico
CSL + ECG

Dr. V. Leonardo Costa
Médico CRM 554 - AC
Especialista - Traumatologia

5/10

5/10

23:55h - Colúmbio na

ECG, presença da

onda de estegardia. Não

altera mediamente

ou diâmetros progressivos.

- Exame físico 15/01/19

4000, ECG de 12 derivações

11/11/19. Não há presença de

Praximada 10/11/19



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

original e impresso em: 10/01/2019 às 12:30:00



REGISTRO

PACIENTE

FRANCISCO NASCIMENTO

IDADE

63

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

D/DT: 15/01/19

FRATURA DE CALCANEU ESQUERDO

CD: INTERNAÇÃO

PACIENTE EM BEG APRESENTA DOR DE MODERADA INTENSIDADE EM TNZ

DOR, EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO PRESERVADOS, EQUIMOSE PERIMALEOLAR PRESERVADOS.

SOLICITO EXAME PREOP

VISITADOR: DR FRANCISLEI

1. DIETA VO LIVRE *SND*
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H *12:00 04*
3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H *12:00 04*
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN *12:00 04*
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN *12:00 04*
6. RANITIDINA 50MG EV CADA 12/12H *12:00 04*
7. DEXAMETASONA 8MG EV CADA 12/12H *12:00 04*
8. SINAIS VITAIS *✓*
9. CURATIVO DIÁRIO *✓*
10. ELEVAR MEMBRO NO LEITO *✓*

Francisco Nascimento S. Jr.
PRIL 15/01/2019 12:30:00
CRM 2217

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

*4700 h - Reelido por
o deute da e.e.b
para contínuo do de
do tratamento e o
cuidado do odo por de
bote acou por de
por 10 mi lique - *✓*
Suf. Suf. 5360
17101119
As 4:00 a pae
dormiu com o
siole terapêuticas e
miegas presente
Tae = 36,8°C *AE*
Cavaca com 173,160*



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

Original e impresso em: 11/01/2019 às 10:31:33



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

LEITO

FRANCISCO NASCIMENTO

63

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIOT: 15/01/19

FRATURA DE CALCANEIO ESQUERDO

CD: INTERNAÇÃO

PACIENTE EM BEG APRESENTA DOR DE MODERADA INTENSIDADE EM TNZ

DOR , EDEMA 2+/4+ NEUROLOGICO PRESERVADOS, EQUIMOSE PERIMALEOLAR PRESERVADOS, PULSO

SOLICITO EXAME PRE OP

CIRURGIA AGENDADO COM DR RONEIDO NO HC PARA DIA 25/01/19

VISITADOR DR RONEIDO

1. DIETA VO LIVRE

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

3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN

6. RANITIDINA 50MG EV CADA 12/12H

7. DEXAMETASONA 8MG EV CADA 12/12H

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

10. ELEVAR MEMBRO NO LEITO

16:18:04

16:22:04

16:22

16:22

16:22

Proprietário da alta hospitalar com ruído em ruído e ouvido pelo médico. Te. labor. e outros.

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Paulo Marcelino S. Jr.
RMO Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

13/01/19 -

Alta com acompanhamento p/ HC. no dia 25/01/19 com orientações do Dr Roneido.

Paulo Marcelino S. Jr.
RMO Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO

LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA

PACIENTE: Francisco Nascimento IDADE: 63 anos

DATA NASC.: 26/08/55

LEITO: CCB

DATA: 16/01/19

MÉDICO SOLICITANTE:

PESO : Kg / ALT : cm / FC : bpm / RITMO : Regular

Medidas:

- AORTA: 34 mm
- ATRIO ESQUERDO: 38 mm
- ATRIO DIREITO: normal
- VENTRICULO DIREITO: 20 mm
- SEPTO: 11 mm / Parede Posterior: 10 mm
- VENTRICULO ESQUERDO: DDVE: 56 mm x DSVE: 35 mm / FE 67 %

VALVAS:

- MITRAL : Reflexo leve e moderado - Espinal. f. anterior normal.
- TRICUSPIDE: Reflexo leve e moderado; PSAP = 30MMHG
- AORTICA : Reflexo leve
- PULMONAR: Normal

Contração segmentar do VE: conservada

Câmaras cardíacas: normais

Espessuras Parietais: conservadas

Função diastólica: alt. do Relaxação.

Função sistólica: normal

Aparelho Philips Infinity 50

Exame de fast realização e qualidade técnica.

PERICARDIO: normal

OBSERVAÇÃO: -

DIAGNÓSTICO:

- 1- Difusão Diastólica tipo I VE
- 2- Insuficiência da TAC leve a mod
- 3- Insuf. do LV

- 4- Espess. folheto mitral V-M-trap
- 5- -
- 6- -

Eduardo Vasconcelos Passos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1656

Thiago da Costa Santos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1691

Paciente 63 años

35/01/19

23:42

1.03.19.19.20

0.3

V1

V2

V3

SAME / HUEB
COPIA
CONFIRME ORIGINAL

II

0.3

V4

V5

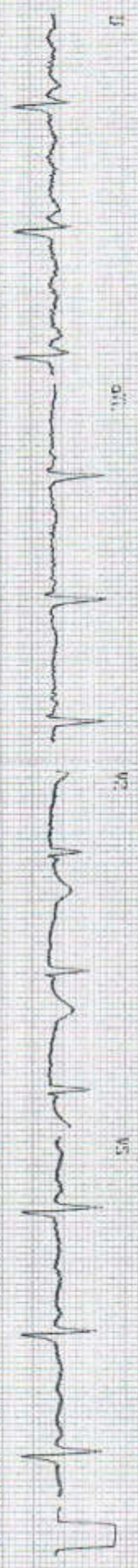
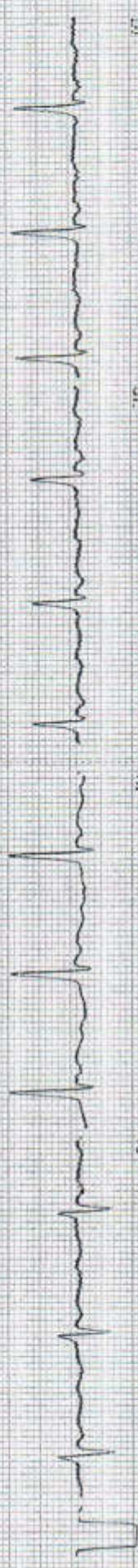
III

0.3

V6

V7

IV



M 10 / 004 / 134



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO Nº..... À CLÍNICA: Cardiologia

PACIENTE: Francisco Nascimento

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 63 anos, com diagnóstico
de fratura de Colosso esquerdo.
Requisita de cirurgia ortopédica.
Solicito Visto Cirurgico.

NOME DO SOLICITANTE:

[Signature]
Dr. Elton Costa
CRM 2217
Ortopedia e Traumatologia

DATA: / / HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

[Signature]

Paciente de 63 anos de idade

Dr. Elton Costa

CARDIOLOGISTA
CRM 762

RM 7 5 15

NOME DO MÉDICO:

DATA: / / HORA:

CCB
134

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisicao: 19.PC.1.002691
Num. do BE: 02609522

Idade...: 63A
Requis.: 16/01/2019

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes) ...	4,49	mm3	VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,00	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:.....	88,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	7.700	/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:.....	308	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:.....	69	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.313	mm3	
Linfocitos:.....	19	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.463	mm3	
Monocitos:.....	8	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	616	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME/HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Jardeli Santos de Araujo
Benedicto
CRBM 2666

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 16/01/19 as 17:35 Coleta: 16/01/19 as 16:13-1a. Via Impressa: 16/01/19

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:.....	117.000	/mm3	VR: 150 a 400.000 / mm3
-----------------	---------	------	-------------------------

••TROMBOCITOPENIA••

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 16/01/19 as 17:35 Coleta: 16/01/19 as 16:13-1a. Via Impressa: 16/01/19

HUERB
PATOLOGIA CLINICAAV. NACOES UNIDAS, 700. - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69208620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente...: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisicao: 19.PC.1.002691
Num. do BE: 02609522Idade...: 63A
Requis.: 16/01/2019US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 3 MIN E 30 SEG

VR: 1 - 5 minutos

Tempo de Coagulacao:.... 6 MIN E 30 SEG

VR: 2 - 10 minutos

Contagem de Plaquetas:.... 117.000 /mm3

VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 16/01/19 as 17:40 Coleta: 16/01/19 as 16:13-1a. Via Impressa: 16/01/19

Jardeli Santos de Araujo
Biomédico
CRBM 2665SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

M10 OK

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisicao: 19.PC.5.000757
Num. do BE: 02609522

Idade...: 63A
Requis.: 15/01/2019

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	5,12	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	15,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	45,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	88,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	13.400	/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:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	268	mm3	
Segmentados:.....	84	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	11.256	mm3	
Linfocitos:.....	8	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.072	mm3	
Monocitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	804	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

CONFORME ORIGINAL

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 16/01/19 as 00:08 Coleta: 15/01/19 as 23:42-1a. Via Impressa: 16/01/19

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 143.000 /mm3

FRANCISCO
VR: 150 a 400.000/mm3
CRBM-4 nº 780
[assinatura]

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 16/01/19 as 00:08 Coleta: 15/01/19 as 23:42-1a. Via Impressa: 16/01/19

HUEB
PATOLOGIA CLINICAAV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente...: FRANCISCO NASCIMENTO (EME)
Requisicao: 19.PC.5.000757
Num. do BE: 02609522Idade...: 63A
Requis.: 15/01/2019US. Origem.: HUEB/PS
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:... 02 MINUTOS E 30 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao:... 07 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:... 143.000 /mm3VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 16/01/19 as 00:19 Coleta: 15/01/19 as 23:42-1a. Via Impressa: 16/01/19

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: FRANCISCO NASCIMENTO

ID paciente:

ID amost:

17

Data nascimento:

Idade:

0 Ano

Cód barra: 5000757

Tipo de amostra:

Soro

Sexo: Masc

Data da coleta:

15/01/2019

Depart.: PS

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	122	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE	39	mg/dL		10 - 50
CRE	0.9	mg/dL		0.7 - 1.2
AST	25	U/L		0 - 38
ALT	20	U/L		0 - 42
ACI	5.4	mg/dL		2.5 - 6.0

Data/Hora solicitação: 15/01/2019

Data/Hora teste: 15/01/2019

Data/Hora impr.: 15/01/2019 23:58:57

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Francisco C.
Biomédico
CRBM - 4 n° 780 - PA

15/01/2019 23:58:57

25/01/2019

Página 1 de 1

15/01/2019 23:58:57

25/01/2019

Página 1 de 1

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: FRANCISCO NASCIMENTO

ID paciente:

ID amost: 40

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 1002691

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 16/01/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	111	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE	35	mg/dL		10 - 50
CRE	1.2	mg/dL	ALTO	0.7 - 1.2
Na	138	mmol/L		135 - 150
K	3.3	mmol/L	BAIXO	3.9 - 4.6

Data/Hora solicitação: 16/01/2019

Data/Hora teste: 16/01/2019

Data/Hora impr.: 16/01/2019 17:33:36

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Jarueli Santos de Araújo
Biomédico
CRBM 7611

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

16/01/2019 17:33:36

Página 1 de 1

16/01/2019 17:33:36

Página 1 de 1



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

pus com biter d'uma oleria
na cuspida d'uma pe esqda edem e apela
fuerl

História da Doença Atual:

pus com dor edem e apela
fuerl pe esqda

História da Doença Anterior:

pus com esqda debilit d'apela
fuerl pe esqda

Exame Físico:

pus na edem e apela fuerl
R com apela d'apela do Colares

Diagnóstico Provisório:

Fratura Colares Esqda

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

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

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. 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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL