



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07099871720208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	18/01/2021 14:58:52

Partes

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

Documentos

Petição:	2778818_CONTESTACAO_0 1 - 1-13.pdf
Anexo - Petição:	2778818_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-23.pdf
Anexo - Petição:	2778818_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 24-41.pdf
Anexo - Petição:	2778818_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-25.pdf
Anexo - Petição:	2778818_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 26-41.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 13-20.pdf

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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031613

Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

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, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190031613

Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 000000128411-3

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AN: _____ CPF da vítima: **953.353-152-53** Nome completo da vítima: **Leonardo Magalhães de Souza**

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

Nome completo: **Leonardo Magalhães de Souza** CPF: **953.353-152-53**

Profissão: **Revisor - ME** Endereço: **Av. 7 de Setembro** Número: **3412** Complemento: **805 19 18 662**

Estado: **AC** CEP: **69915-376**

Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC** CEP: **69915-376**

Telefone: **(68) 99956-3933**

Destino, para todos os fins de direito, desde que esteja em conformidade com o comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 A R\$ 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A 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)

AGÊNCIA: **0534** CONTA: **00128455** 3

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT e que eu não receberei, pessoalmente ou através de terceiros, a indenização antes da entrega do crédito, qual seja, total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei ou apresentarei a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no 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.

Para melhor esclarecimento, informo a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando desde já, em meu nome, a avaliação médica às costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 2º, declarando que esta indenização não significa prévia compensação para a futura indenização por invalidez por acidente de trânsito, ou seja, decorrente de sua ocorrência.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data da morte da vítima: _____

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

Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítiima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos, informar o nome completo: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovada, a indenização do Seguro DPVAT por morte segundo benefício devido que se apresentar e apresentar esta declaração, sob pena de, caso de qualquer natureza, a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: **Rio Branco, AC, 14, Janeiro 2019**

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina a RDCD: **Leonardo Magalhães de Souza**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não está obrigado a assinar outra pessoa autorizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEGURADORA, no momento de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 4ª REGIONAL
Endereço: AV. OESTE, 512 - CONJUNTO TUCUMÃ FONE: (68) 3229-2802

OCCORRÊNCIA OFF-LINE Nº 2604/2017 - 4ª DPCR

Registrado em 26/05/2017 às 16:14:38

FATO COMUNICADO

ACIDENTE DE TRANSITO

LOCAL DO FATO:

Município de Rio Branco

Logradouro: AVENIDA NORDESTE

Bairro: TUCUMÃ

Referência: PROXIMO A SOFVETERIA ZERO GRAU

Data/Hora do Fato: 05/05/2017 às 22h35min

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

Nome: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Filiação: ARGILDO BARRETO DE SOUZA e MARIA INES MAGALHAES DE MELO

Data de Nascimento: 25/02/1993

Idade: 24

Naturalidade: RALIN/AM

RG: 21008867 SSP/AC

CPF: 853.353.152-53

Logradouro: AVENIDA SETE DE SETEMBRO, 1.412 Q 19 CS 22

Bairro: CONJUNTO HABITAT BRASIL

Profissão: AUTONOMO

Telefone: (68) 99056-3973



ENVOLVIMENTO: AUTOR A APURAR

VEÍCULO: HONDA NXR BROS 150 MIX ESD PLACA MZO 9345 DE COR VERMELHA, EM NOME DE LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

HISTÓRICO:

Vou o comunicante a esta regional registrar que estava pilotando sua moto em um pátio próximo a quadra de areia de um complexo esportivo e quando estava manobrando o veículo em baixa velocidade, ao passar numa via para pedestres, a moto derrapou e pieu dianteiro a causou uma queda no noticante que mesmo sob baixa velocidade fraturou o braço esquerdo. Diante dos fatos, requer a filia no devidas providências legais cabíveis.

Rafael Marcus C. Pimentel
Delegado da Polícia Civil
Mat. 9210243 -2

Pedro Henrique Rosado Teixeira Campos
Delegado de Polícia Civil

Daniel
DANIEL S. DE MENDONÇA
Agente da Polícia Civil

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
Comunicante/vítima



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 116/2017

**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: 05/05/2017 HORA: 22:30
ENDEREÇO: AVENIDA NOROESTE
CIDADE: TIJUCÁ CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓXIMO A SORVETERIA ZERO GRAU

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: MZ09345 MARCA: HONDA MODELO: NXR150BROSS ESPÉCIE: PASSAGEIRO
R-NAVAA00223142069 CHASSI: 0C2KD0510AB036410 COR: VERMELHA UF: AC
PROPRIETÁRIO: LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA CPF/CNPJ: 953.333.152-34
ENDEREÇO: AVENIDA 7 DE SETEMBRO 1412 QD C22 BAIRRO: CONT. HABITAR BRASIL

3. DADOS DA VÍTIMA (X) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE

NOME: LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: MASCULINO NASCIMENTO: 25/02/1993 PROFISSÃO: ESTUDANTE COOPREV: PREVIDÊNCIA S/A
CPF: 953.333.152-34 RG: 21608687 ORG.: SSP/AM
NATURALIDADE: PAUING - AM NACIONALIDADE: BRASILEIRO
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO, CURSANDO NÍVEL SUPERIOR
REGISTRO DA CNH: 06270576146 CATEGORIA: AB VALIDADE: 26/03/2019 UF: AC
ENDEREÇO: AVENIDA 7 DE SETEMBRO 1412 QD C22 CIDADE: RIO BRANCO

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

DE ACORDO COM O B.O Nº 02604/2017, COMPARECEU AQUI NO BPTTRAN O SRº LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA, INFORMOU QUE NO DIA 05/05/2017, POR VOLTA DAS 22:30, TRAFEGAVA DE MOTOCICLETA PLACA MZ09345, QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO EM UM PÁTIO PRÓXIMO A UMA QUADRA DE ESPORTE DE UM COMPLEXO ESPORTIVO E QUANDO ESTAVA MANOBRANDO O VEÍCULO EM BAIXA VELOCIDADE AO PASSAR NUMA VIELA PARA PEDESTRES, A MOTO DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO E CAUSOU UMA QUESDA NO NOTIFICANTE, QUE MESMO SOB BAIXA VELOCIDADE FRATUROU O BRAÇO ENJUEIRO. DIANTE DOS FATOS, REQUER A VÍTIMA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS. INFORMA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI LEVADO POR SOCORRISTAS DO SAMU AO PRONTO SOCORRO E LÁ PERMANECIU INTERNADO PELO PERÍODO DE 03 DIAS. DIANTE DO EXPOSTO REQUER AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS, SEGUNDO O B.E Nº 2449983.

Leandro Magalhães de Souza

Assinatura do Declarante

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: DENILSON BARDALES D'ÁVILA RG: 120002065-00
POSTO/GRAD: 2º SGT PM MATRÍCULA: 362638-5 OPM: BPTTRAN
DATA: 18/06/2017 HORA: 16:54

ASSINATURA

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AN: _____ CPF da vítima: **953.353-152-53** Nome completo da vítima: **Leonardo Magalhães de Souza**

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

Nome completo: **Leonardo Magalhães de Souza** CPF: **953.353-152-53**

Profissão: **Revisor - ME** Endereço: **Av. 7 de Setembro** Número: **3412** Complemento: **805 19 18 662**

Estado: **CE** CEP: **60915-376**

Cidade: **Rio Branco** Estado: **CE** Tel. (DDD) **(68) 99956-3933**

Nome: **Cony Habelton Brasil** Cidade: **Rio Branco** Estado: **CE** Tel. (DDD) **(68) 99956-3933**

Destino, para todos os fins de direito, desde que esteja em conformidade com o comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 A R\$ 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A 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)

AGÊNCIA: **0534** CONTA: **00128455** 3

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar a agência se existir) (Informar a conta se existir) (Informar a conta se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT e que eu não receberei, pessoalmente ou através de terceiros, a indenização antes da entrega do crédito, qual seja, total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei ou apresentarei a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no 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.

Para melhor esclarecimento, informo a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando desde já, em meu nome, a avaliação médica de custos da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 2º, declarando que esta indenização não significa prévia compensação para a futura indenização por danos ao direito do consumidor, caso ocorra de sua ocorrência.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítiima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítiima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas, conforme prazo que se apresentar e apresentar esta declaração, sob pena de, caso de qualquer forma, a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: **Rio Branco, CE, 14, Janeiro 2019**

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina a RDCD: **Leonardo Magalhães de Souza**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não está obrigado a assinar outra pessoa autorizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEGURADORA, no momento de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

343811 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 93		Data Envio: 08/05/2017 Hora Envio: 10:41 CodEnvio:
Nº da Ocorrência: 005558119	Unidade: 1	Data Hora: 08/05/2017 22:28 Data Termin: 08/05/2017 22:37	Classificação de Risco: 060000000000000000 Tipo Risco: 000000000000000000 Motivo Ocorr: QUEDA DE NOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Suspeito: QOR
Etp: R
Resm: CONJUNTO TUCUMÁ
Cidade: RIO BRANCO
SEF
Município: RUA QUADRA DE ESPORTES DO PARQUE SÉNT JOSEFA PROJ A ZERO (RA)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ugeia: ATENDIMENTO
Telefone de Solicitante: 060-99233847
Unidade
Origem de Ugeia: VIA PÚBLICA

**VÍTIMAS**

Vítima 1	Nome: RAFAELA GUANACIO M. DE SOUZA	Data de Nascimento:	Sexo: FEMININO
	Classificação:	Idade:	Documento:
	Observação:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO BLAN DE CASTRO	Data Hora: 08/05/2017 22:49
	Avaliação: PCT. QUEDA COM POSSÍVEL LUXAÇÃO DE MÃO ESQUERDA. FRATURAS DE MÃO ESQUERDA. FC 77 BPM.	
Vítima 1	Profissional: ANTONIO BLAN DE CASTRO	Data Hora: 08/05/2017 22:28
	Avaliação: PCT. COM POSSÍVEL LUXAÇÃO DE MÃO QUEDA DE NOTO	

AValiação ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: ANTONIO BLAN DE CASTRO	Data Hora: 08/05/2017 22:35	Situação: 1
	Local: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO	Data Hora: 08/05/2017 22:35	Situação: 1
	Profissional: ANTONIO BLAN DE CASTRO	Data Hora: 08/05/2017 22:35	Situação: 1
	Local: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO	Data Hora: 08/05/2017 22:35	Situação: 1
	Profissional: ANTONIO BLAN DE CASTRO	Data Hora: 08/05/2017 22:35	Situação: 1
Vítima 1	Profissional: ANTONIO BLAN DE CASTRO	Data Hora: 08/05/2017 22:28	Situação: 1
	Local: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO	Data Hora: 08/05/2017 22:28	Situação: 1
	Profissional: ANTONIO BLAN DE CASTRO	Data Hora: 08/05/2017 22:28	Situação: 1
	Local: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO	Data Hora: 08/05/2017 22:28	Situação: 1
	Profissional: ANTONIO BLAN DE CASTRO	Data Hora: 08/05/2017 22:28	Situação: 1

CONCLUSÃO

<http://10.17.5.138/esusamu/Monitoramento/ficha-ocorrencia.aspx?O>

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

1	Veículo: L08 (R R90)	Data: 05/05/2017 22:25
	De: Av. Santa Rosa 05/05/2017 22:25	Para: C/seguro L08 (R90) 05/05/2017 22:25
	De: Av. Santa Rosa 05/05/2017 22:40	Para: C/seguro L08 (R90) 05/05/2017 22:40
	De: Av. Santa Rosa 05/05/2017 23:05	Para: C/seguro L08 (R90) 05/05/2017 23:05

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elaborado por: Profissional	Data: Hora	Origem	Destino
ANAY KAROLINE BARROS SALES	05/05/2017 22:20		ANAY KAROLINE BARROS SALES
ANAY KAROLINE BARROS SALES	05/05/2017 22:21	ANAY KAROLINE BARROS SALES	DEPLA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	05/05/2017 22:24	ANTONIO SILVA DE CASTRO	DEPLA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	05/05/2017 22:20	ANTONIO SILVA DE CASTRO	DEPLA



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: 18/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000128411-3

Nr. da Autenticação 5F34D91AE6F96E85



STOR OLARIA MT 4,8

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
AV 7 DE SETEMBRO 1412 QDR 19 CS 22 - CONJUNTO HABITAR BRASIL
RIO BRANCO - AC
69915-378

TORCIBRA

03762118



7206288920235391580004150830190318

PROGRAMA

UNIVERSITÁRIO-EMPRESAS

SEU PRIMEIRO
ESTÁGIO ESTÁ
BEM PERTO
DE CHEGAR.

EXTRATO INTELIGENTE
FEBREIRO 2018



HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

**FICHA DE INTERNAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Reg. Definitivo....: 84626
 Número do CNS.....: 163624659620134
 Nome.....: LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA
 Documento.....: CART. SUS
 Data de Nascimento: 25/02/1995 Idade: 24 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsável.....: ARCIDO BARRETO DE SILVA
 Nome da Mãe.....: MARIA INES MAGALHÃES DE MELLO
 Endereço.....: CONJ. HABITAT. BRASIL VILA DE SAO CARLOS
 Bairro.....: FLORESTA Cep.: 66200-000
 Telefone.....: 9999999-9999
 Município.....: 120047 - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE



DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2449988
 Clínica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "E"
 Leito.....: 999.999
 Data da Internação: 05/05/2017
 Hora da Internação: 13:30
 Médico Solicitante: 999.999.999-99 - DR. CONSTA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: ROSARIO

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
 Dt.Hr Saída:
 Especialidade:
 Tipo de Saída:
 CID Principal:
 CID Secundário:
 Principal:
 Secundário:
 Outro:

SAÍDA / HUERB
 CÓPIA
 INFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 18/01/2021 às 14:58 , sob o número WEB121700015923. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709987-17.2020.8.01.0001 e código 281B026.

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2449988 DATA: 05/05/2017 HORA: 22:40 USUARIO: OLIVIA
 CNS: 163624659630004 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA DOC.: CART.SUS
 IDADE: 24 ANOS NASC: 25/02/1993 SEXO.: MASCULINO
 ENDEREÇO: CONJ.HABITAR BRASIL NUMERO:
 COMPLEMENTO: VEIO DE SAMU BAIRRO: FLORESTA
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.:
 NOME PAI/MAE: AROLD0 BARRETO DE SOUZA /MARIA INES MAGALHAES DE MELO
 RESPONSÁVEL: AMIGO-VANDERSON TEL.: 999033216
 PROCEDENCIA: CONJ. TUCUMA MIGO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO
 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. | RATO X | SANGUE | URINA | TC | LIQUOR | ECG | ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

WAS 147 - Queda de moto.
 Trauma em abdome (E)

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 S.P.
 2 Redução de volume (E)
 3 Intervenção

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

COPIA

FORME ORIGINAL

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

DATA:

SAR-E / HUERB
CÓPIA
NEOPHILE ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 18/01/2021 às 14:58, sob o número WEB121700015923 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709987-17.2020.8.01.0001 e código 281B026.

[illegible][illegible]

LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA

CULINCA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

HUEB
Hueb & Hueb
Hueb & Hueb

[illegible]

7.00 hrs Pac. surpueño
infante cubo
7.15 hrs a la tumba
franco de aspersos
7.20 hrs. grupo de
camas 71 (1871-1872)
(1872-1873) 1874
15.00 hrs Pac. surpueño
de la tumba cubo
7.30 hrs. grupo de
camas 71 (1871-1872)
(1872-1873) 1874
15.00 hrs Pac. surpueño
de la tumba cubo
7.30 hrs. grupo de
camas 71 (1871-1872)
(1872-1873) 1874

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	M 02

[illegible]



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

Do sistema esquelético

História da Doença Atual: _____

Queixa do uso

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Ex L de sistema (E) Ex ambigüidade

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 CONVIV. 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/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



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia



LAUDO MÉDICO

NOME: Leonardo Magalhães da Silva

O paciente se apresenta fratura do corpo
do fêmur e fratura cominada +
luxação do cotovelo o par de 5/5 10/5 11/5
em há, tendo sido tratado com unib. L. gesso
e fisioterapia e medicação analgésica

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial. Apresenta diminuição
da amplitude de movimento e força no
membr. do cotovelo. Responsável pelo
do melhorar após atender com atm.

Dr. César dos R. Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1933

CPF: 112 11553-1

24/05/21



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia



LAUDO MÉDICO

NOME: LEONARDO NAGALHÃES DE SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fratura aberta do
crânio esquerdo a partir de C5,05,12

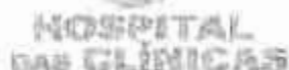
ou foi _____, tendo sido tratado com _____
tratamento conservador

No momento, encontra-se _____
aguardando cirurgia (exceto
o uso frequente de Aritubina).

CP: 552

Médico

30.8.12



Nome: Roberto Aguiar Silva Nº Registro: 361.91
Data Nascimento: 25.02.1973 Sexo: M Estado Civil: _____
Erg.: _____
Naturalidade: _____ Profissão: _____
Nome e Endereço do Responsável: O mesmo.

[illegible]

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: _____ Nº Registro: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 End: _____
 Função: _____ Profissão: _____
 Morar e Endereço do Responsável: _____

CONFREX PTE-AGÊNCIA SA
 14/05/2021
 PROTOCOLO
 0000000000

DATA	ANOTAÇÕES
	Amb do Ombro DT: 05/05/17
14/04/18	# Ex Lx do ombro (E)
	Exames de Ror Lom
	Uso Ombros Ror Ror Ror Ror
	CONFRE COM Ror Ror Ror Ror
20/05/18	Amb. ombro # Ex Lx do radio (E)
	Paciente comparece ao ambulatório relatando melhora do quadro clínico.
	Ao exame: ADM - Flexo - extensão 0° - Ror - supinador Ror - Ror - Ror -
	Rx Ex consolidação Ror (1) Ror (2) Ror

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 361911

Nome.....: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Documento....: 2160868-7 Tipo: IDENTIDADE

Data de Nascimento...: 25/02/1993

Estado Civil.:

Idade.....: 25 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: O MESMO

Nome da Mae...: MARIA INES MAGALHAES DE MELO

Endereco....: AVENIDA ESTE DE SETEMBRO, 01412 ESPERANCA CEP: 69099-000

Telefone.....: 000006899020007

País.....: HABITAR BRASIL

Município....: 1200401 - RIO BRANCO - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: AMAZONAS

Cadastramento: 25/08/2014




 CONFERE COM ORIGINAL
 Valécia Aurora de Souza Távora
 Gerente do SANE - H.C.



Novo Acre
Cidade por educação e desenvolvimento

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

UPA 24 HORAS DO 2º DISTRITO

CNPJ: 04034526003169

RECEITUÁRIO MÉDICO

Receita médica para uso exclusivo de...

Francisco M. S. Souza



cefalexina 500mg - 28
1 comp 6x6h
Dipirona 500mg - 15
1 comp 8x8

LP
CP
Dr. Antônio Carlos Pereira
CRM 10000
20/07/2021

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: LEANDRO MAGALHÃES DO SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fratura aberta do
Radio esquerdo a partir de 05,05,12

em ful, tendo sido tratado com tratamento conservador

No momento, encontra-se Aguardando Cirurgia (excrise
devido a fratura aberta)

CP: 5521

Dr. Diego Lima Pauli
Médico Ortopedista
CRM: 10.146

Médico

30,8,12





Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Hospitalidade Médica da Otorrinolaringologia

LAUDO MÉDICO

Paciente: Acanda Magalhães da Silva



O paciente apresenta sintoma fratura da espinha
do vertébro L5/S1 com deslocamento +
compressão da medula (S) o parâmetro DS 105 / 11
em ad sendo visto limitação instabilidade
fractura instabilidade

No momento, encontra-se em repouso
ambulatorial. Apresenta limitação
do movimento fratura instabilidade
instabilidade compressão da medula
do vertébro L5/S1 com deslocamento +

Dr. Luiz Carlos Pereira
Otorrinolaringologista
CRM 1013

CDP, 102.1/553.1

14/05/21



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
HOSPITAL DE URGÊNCIA EMERGENCIA DE RIO BRANCO - HUERR

UNIDADE: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

1/2 comprimido 12mg - 15 dias
1 comprimido 12mg - 15 dias
1 comprimido 12mg - 15 dias

1/2 comprimido 12mg - 15 dias
1 comprimido 12mg - 15 dias
1 comprimido 12mg - 15 dias

05/17

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO

Nº CONSELHO

Av. Mártires Unidos, 700 - Bosque Rio Branco-Ac CEP: 04034520000224 CNEB: 2001575





Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Especialidades do Acre
Assistência Médica de Otorrinolaringologia

LAUDO MÉDICO

Nome: Diego Lima Pauli de air 20



paciente supracitado apresenta fratura do ulna
proximal a partir de 09/05/17.

paciente está sob tratamento fisioterapêutico
e analgésico, com controle da dor e ausência de
infecção local, relato de
dor leve no cotovelo e
na mão esquerda.

552.0

Dr. Branco AC 22/11/17

Rua dos Santos
111 - Oropéia e Transmutação
Cidade do Acre



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME:

Diego Lima Pauli

O paciente supracitado apresenta

fratura humeral direita

a partir de

Q5105.017

em há _____, tendo sido tratado com

tratamento

no momento, encontra-se

em recuperação

em bom estado

CIP:

S52.1

Diego Lima Pauli
Médico

Médico

Rio Branco - AC

21.11.18



BRIVO CT25 SYS4CT
Ex: 29853
Se: 400 SSAFE
R0.00
Is: 3
DFOV 0.0cm

CIDDE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO PADALHAES DE SOUZA
N 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017 1024



2.00cm VOL:REN
Tilt: 0.0
23:55:26

BRIVO CT25 SYS4CT
Ex: 29853
Se: 400 SSAFE
R0.00
Is: 4
DFOV 0.0cm

CIDDE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO PADALHAES DE SOUZA
N 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017 1024



2.00cm VOL:REN
Tilt: 0.0
23:55:26

BRIVO CT325 SYS4CT

Ex: 29853

Se: 400 SNAVE

RF: 00

In: 5

DEFOV 0.0cm

CEDDP DIAGNOSTICO POR IMAGE

Acc Num: 29853

LEZANDRO MAGALHAES DE SOUZA

M 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024

BRIVO CT325 SYS4CT

Ex: 29853

Se: 400 SNAVE

RF: 00

In: 6

DEFOV 0.0cm

CEDDP DIAGNOSTICO POR IMAGE

Acc Num: 29853

LEZANDRO MAGALHAES DE SOUZA

M 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00cm VOLREN

Tilt: 0.0

23:55:26

Patient ID:

Age:



2.00cm VOLREN

Tilt: 0.0

23:55:26

Patient Name:

Sex:

CIDDP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM
BRIVO CT325 SYS4CT
Ex: 29853
Se: 400 SSAVE
R0.00
In: 1
DOV 0.0cm
1024



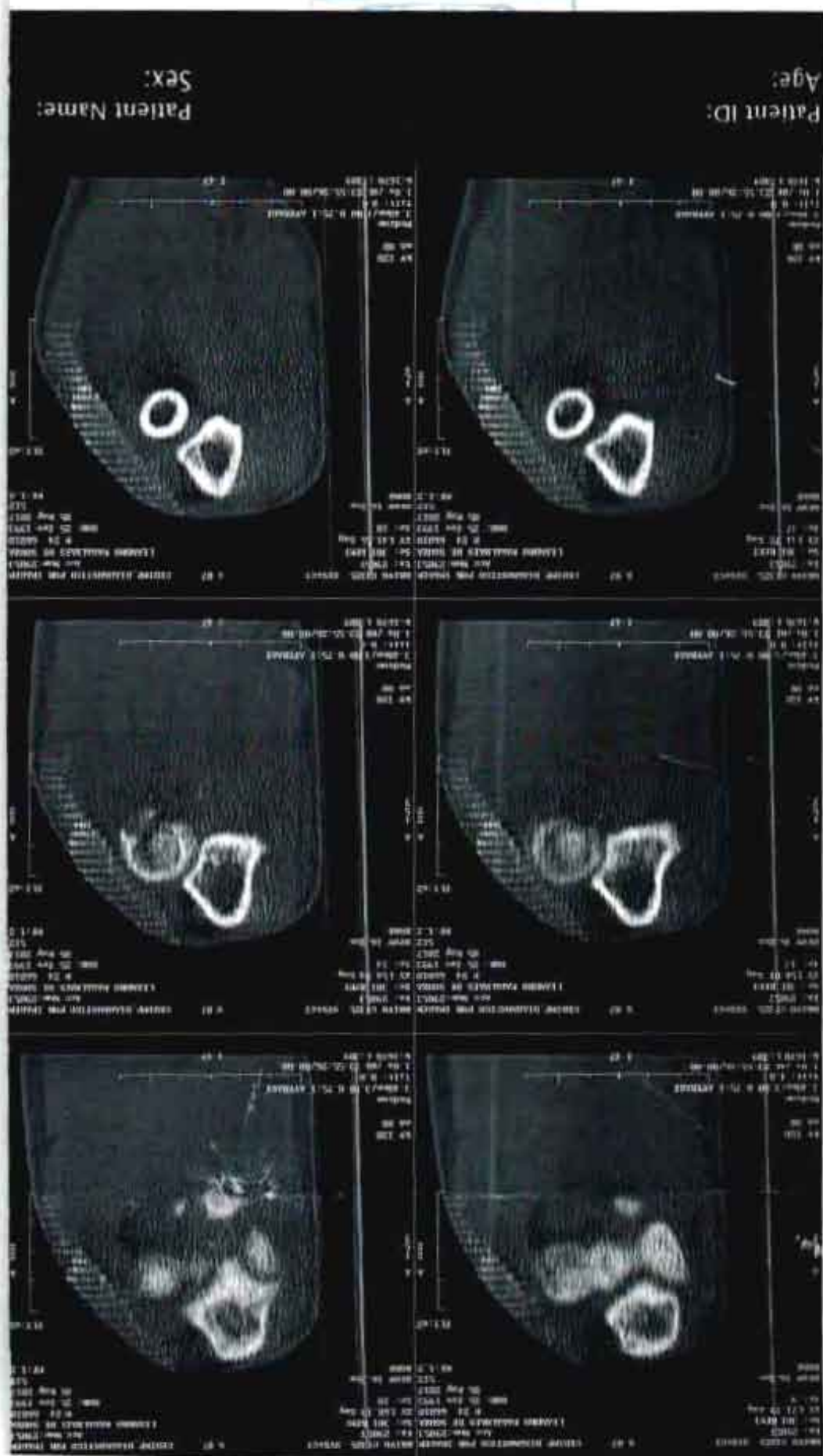
2.00cm VOL:REN
Tilt: 0.0
23:55:26

CIDDP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM
BRIVO CT325 SYS4CT
Ex: 29853
Se: 400 SSAVE
R0.00
In: 2
DOV 0.0cm
1024

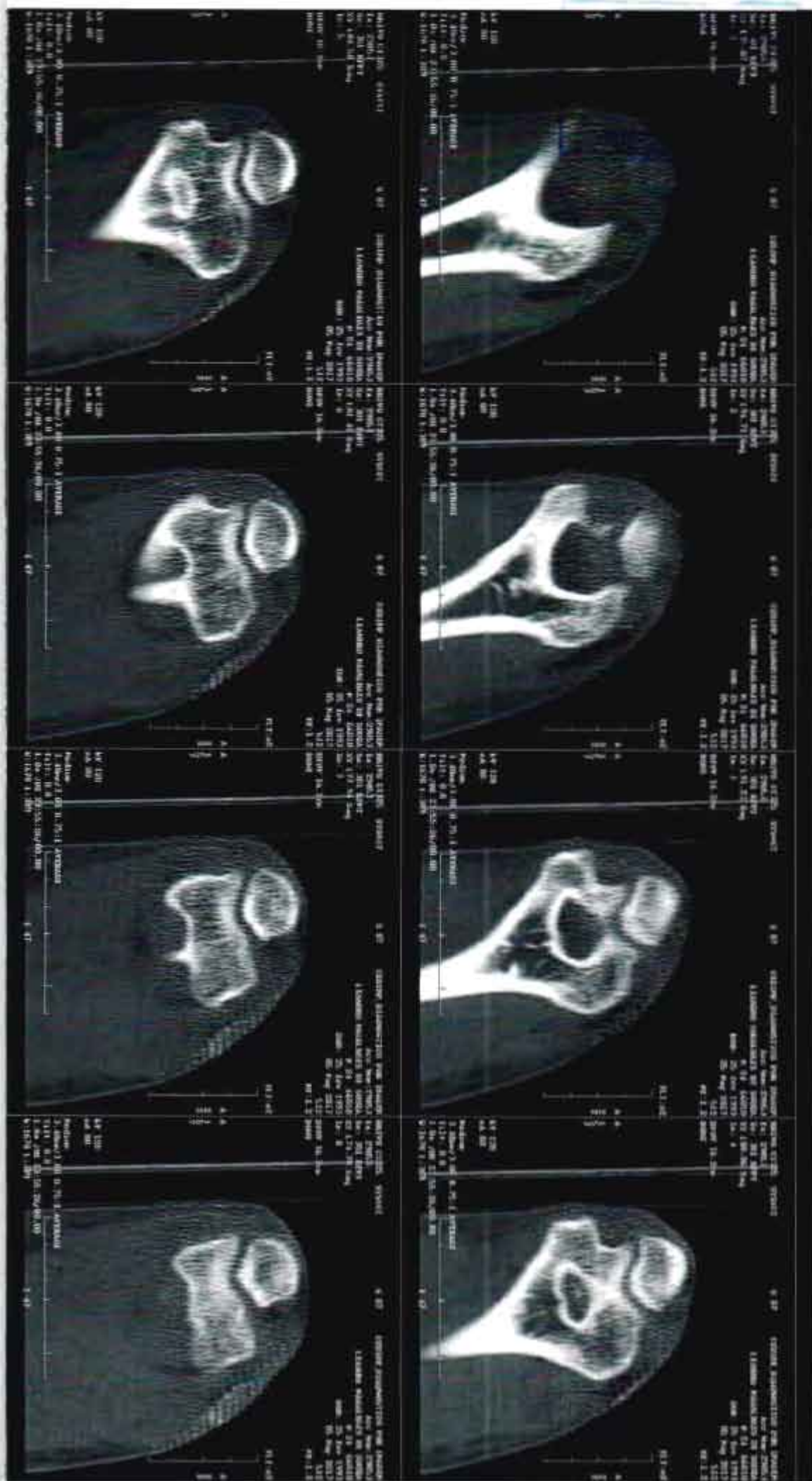


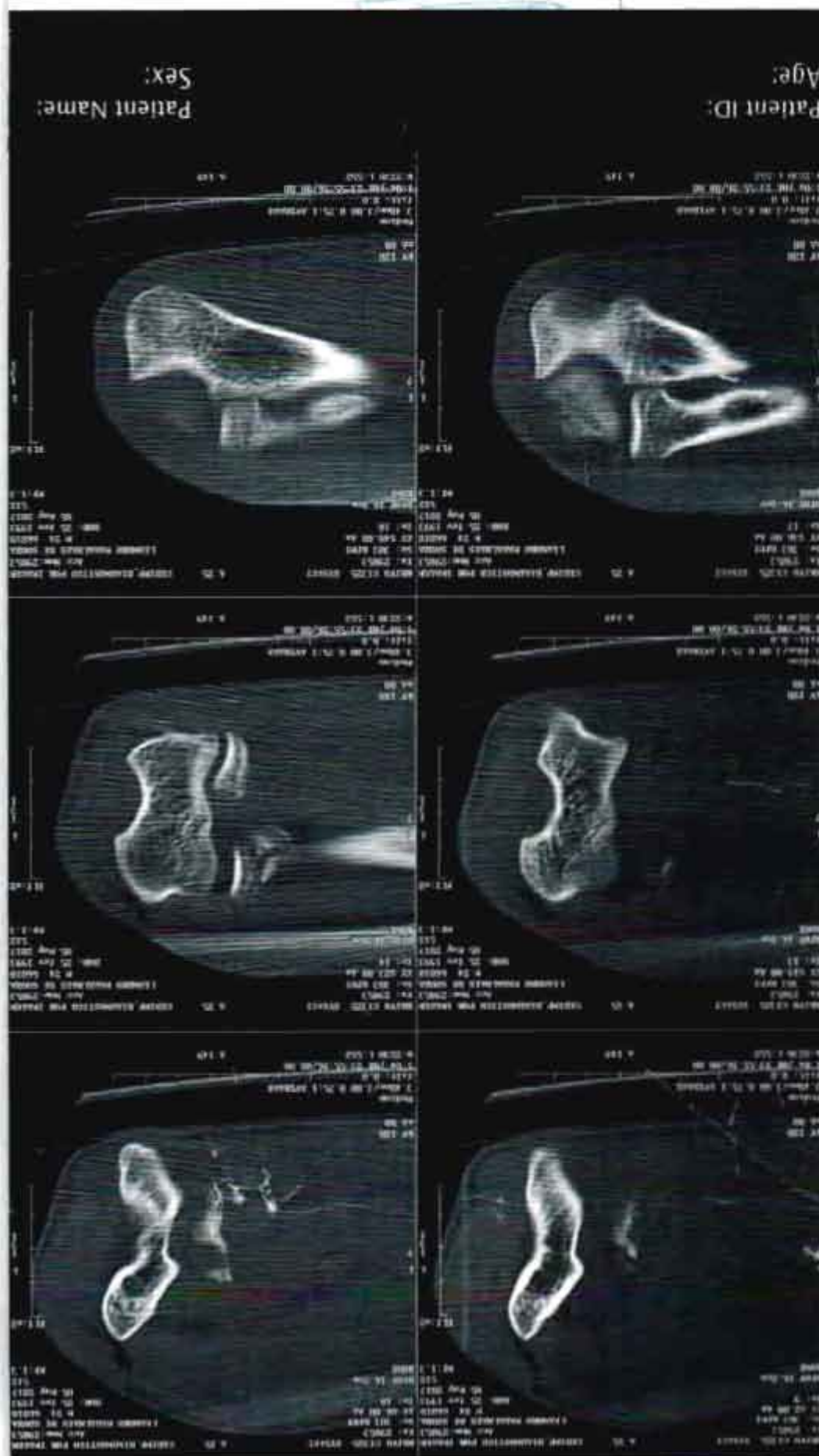
2.00cm VOL:REN
Tilt: 0.0
23:55:26

CIDDP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Acc Num: 29853
LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
M 24 66010
DOB: 25 fev 1993
05 May 2017
1024

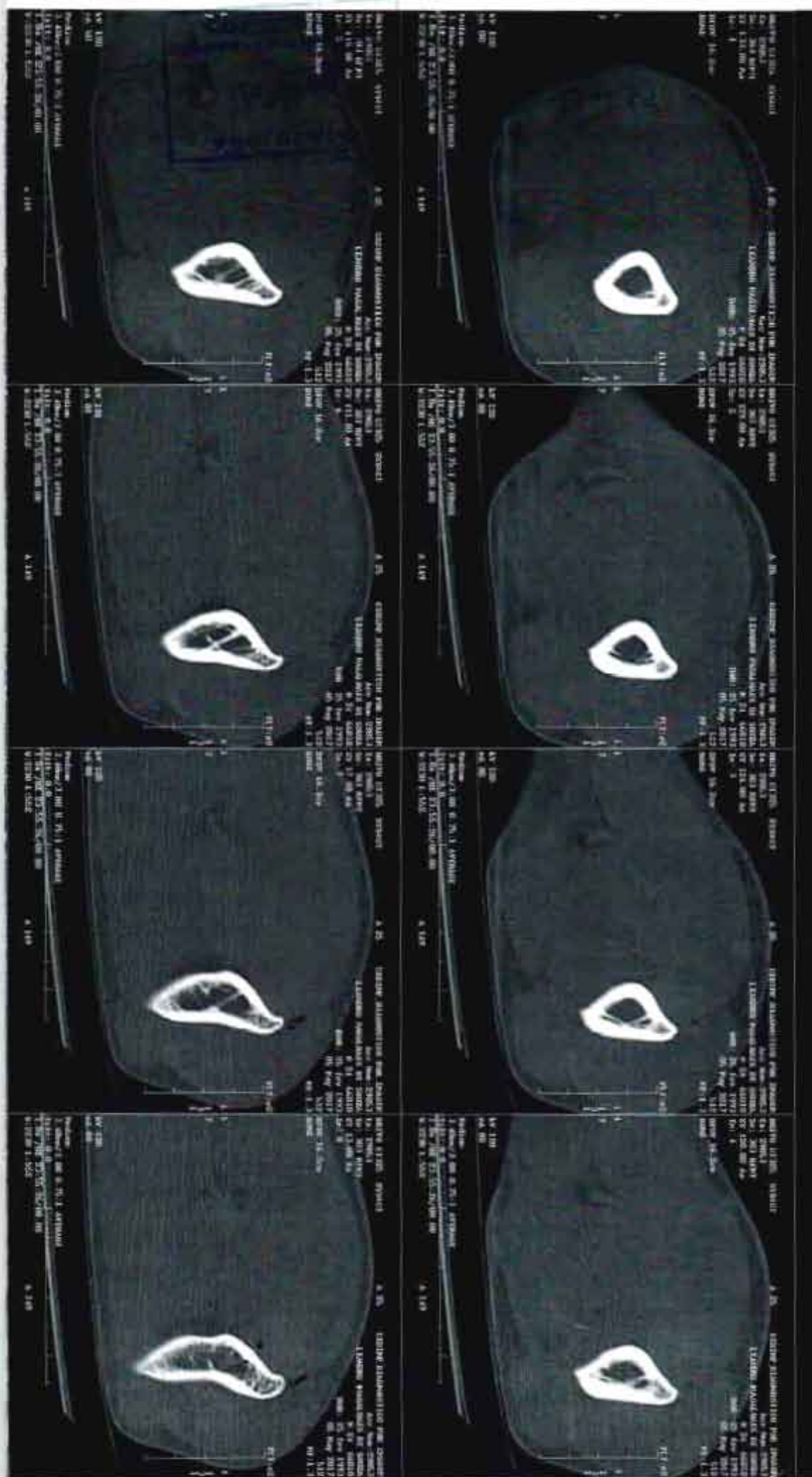
















HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

**FICHA DE INTERNAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Reg. Definitivo....: 84626
 Número do CNS.....: 163624659620134
 Nome.....: LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA
 Documento.....: CART. SUS
 Data de Nascimento: 25/02/1995 Idade: 24 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsável.....: ARCIDO BARRETO DE SILVA
 Nome da Mãe.....: MARIA INES MAGALHÃES DE MELO
 Endereço.....: CONJ. HABITAR BRASIL VILA DE SAO
 Bairro.....: FLORESTA Cep.: 66200-000
 Telefone.....: 9999999-9999
 Município.....: 120047 - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE



DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2449988
 Clínica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "E"
 Leito.....: 999.999
 Data da Internação: 05/05/2017
 Hora da Internação: 13:30
 Médico Solicitante: 999.999.999-99 - DR. CONSTA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: ROSARIO

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
 Dt.Hr Saída:
 Especialidade:
 Tipo de Saída:
 CID Principal:
 CID Secundário:
 Principal:
 Secundário:
 Outro:

SAÍDA / HUERB
 CÓPIA
 INFORME ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

NOVO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Número de Saúde: SUS Sistema Único de Saúde		1 - ZEP: 2001578 4 - CEP:	
2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERS			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HUERS			
4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE: Leonardo Magalhães de Souza		6 - N° DO PROFISSIONAL:	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):		8 - DATA DE NASCIMENTO:	
9 - SEXO: M		10 - RACIA/COR:	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):		12 - CIDADE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:		14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):	
15 - CIDADE:		16 - CEP:	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Do + um tempo estomaco (E)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirurgia			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Ex físico - normal			
20 - DIAGNÓSTICO: Ex físico normal - Ex estomaco - Ex laboratório - Ex radiológico			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
22 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (PASSANTE): Dr. Marcelo Pereira		23 - DATA DE SOLICITAÇÃO: 04/03/17	
24 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (PASSANTE):			
25 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
26 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
27 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
28 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
29 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
30 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
31 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
33 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
36 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
37 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
38 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
39 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
40 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
41 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
44 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
54 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
55 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
56 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
57 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
58 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
59 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
60 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
61 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
62 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
63 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
64 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
65 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
66 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
67 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
68 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
69 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
70 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
71 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
72 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
73 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
74 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
75 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
76 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
77 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
78 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
79 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
80 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
81 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
82 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
83 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
84 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
85 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
86 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
87 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
88 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
89 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
90 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
91 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
92 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
93 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
94 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
95 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
96 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
97 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
98 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
99 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			
100 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:			

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2449988 DATA: 05/05/2017 HORA: 22:40 USUARIO: OLIVIA
ENS: 163624659630004 SETOR: 04-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA DOC.: CART.SUS
 IDADE: 24 ANOS NASC: 25/02/1993 SEXO.: MASCULINO
 ENDEREÇO: CONJ.HABITAR BRASIL NUMERO:
 COMPLEMENTO: VEIO DE SAMU BAIRRO: FLORESTA
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.:
 NOME PAI/MAE: AROLD0 BARRETO DE SOUZA /MARIA INES MAGALHAES DE MELO
 RESPONSÁVEL: AMIGO-VANDERSON TEL.: 999033216
 PROCEDENCIA: CONJ. TUCUMA MIGO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO
 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. | RATO X | SANGUE | URINA | TC | LIQUOR | ECG | ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

WAS 147 - Queda de moto.
 no asfalto (E)

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 S.P.
 2 Redução edema (E)
 3 Intervencao

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

COPIA

FORME ORIGINAL

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

DATA:

[illegible]



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

REGISTRO

PACIENTE

LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA

IDADE

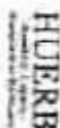
24

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

M 02



EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

01/05/2017		1. DIETA VO LIVRE JND		
07/03/2017		2. SF 0,9% SODAL N 12/12H - 500 + 500		
		3. DIPLOMA TGR EV DILUIDO 800H		
FMX COTOVELO ESQUERDO / FX		4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 800H SIN		
CARECA RADI)		5. P/ASIL 10MG EV DILUIDO 800H SIN		
USVADO		6. OMEPRAZOL 40MG EV 1200H		
		7. CUIDADOS GERAIS		
		8. SINAIS VITAIS		
				
		Felipe Henriques M. Dutra CRM 019656 / Especialista Clínica 2165		
		SAÚDE - HUEB CÓPIA INFORME ORIGINAL		
		08:00 17:00 Evolução do caso contado comunitário comunitário duplo afetado devido a dor devido a dor presente. PA 112 x 60 mmHg FC 105 / 110 batimentos por minuto. Pressão arterial 110/70 mmHg. Sinais vitais estáveis. Paciente em tratamento com 120X80 mg de Hg T. Flacidez leve. 2887 8246		



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

REGISTRO

PACIENTE

LEANDRO MAGALHÃES DE SOUZA

IDADE

24

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LETO

M 02

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

08/06/2017 DI 05/05/2017	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SIN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SIN 6. CLODRAZOL 400MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS	 FELIPE HENRIQUE DE M. DOUTA PROMOTOR DE JUSTIÇA SAMUEL DOS SANTOS	SA CLÍNICA INFO DE ORIGINAL	7:00h Pac. supneco insupeco clínic grávida 34 semanas parto de 3800g traçada 3400g de cabeça 3400g de 1500h Pac. insupeco clínic insupeco parto de 3400g de cabeça 3400g de 1500h Pac. insupeco clínic insupeco parto de 3400g de cabeça 3400g de
-----------------------------	---	--	-----------------------------------	--



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

Do sistema esquelético

História da Doença Atual: _____

Queixa do uso

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Ex L de sistema (E) Ex ambigüidade

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 CONVIV. 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/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



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia



LAUDO MÉDICO

NOME: Leonardo Magalhães da Silva

O paciente se apresenta fratura da cabeça
do osso e processo condiloides +
luxação da articulação o par de 5/5 10/5 11/11
em há, tendo sido tratado com unib. L. gesso
e fisioterapia e medicação analgésica

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial. Apresenta diminuição
do arco de movimento e força em
unidade de mobilidade. Impossibilidade
de realizar esforços físicos com MLC.

Dr. César dos R. Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1933

CMX 121/553.1

24/05/21



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia



LAUDO MÉDICO

NOME: LEANDRO NAGALHÃES DE SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fratura aberta do
tubo esguinho a partir de C5,05,12

ou foi _____, tendo sido tratado com _____
tratamento conservador

No momento, encontra-se _____
Aguardando cirurgia (exceto
o uso frequente de Atrubio).

CP: 552

Médico

30812



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

361-911 fls. 103

Nome: Brandão Rogério Sousa Nº Registro: 361 911
 Data Nasc: 25.02.1973 Sexo: M Estado Civil:
 End.:
 Naturalidade: Profissão:
 Nome e Endereço do Responsável: O pai



DATA	ANOTAÇÕES
25/02/19	Recebeu p/ avaliação
27/2/19	Recebeu avaliação da dependência em palmo e plant do pé cl. de hipermetar- sural e 1ª metacarpo de 2ª e 3ª metacarpo
13/04/19	Feb. 130 tra 4x8! Pul 132 Cau 85 Lo. 6 6.00 Pul. 21200/- Aet. 0.9 W. 1.6 Tra. 22 T.M. 14 Aet. 10.00 Cau. 7.00 Tra. 10.00 H.C. 10.00 Deu. 10.00
	Cl. de 1ª metacarpo
24/05/19	— Ambulatório — M. de 10.00
cl. de 1ª	* Ex. de do cotovelo (E) Ex. de do 1ª metacarpo
25/05/19	
	Paciente com dor leve em um dos tórax ou no pulmão, compressão do equivalente pontos de pressão compressão

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: _____ Nº Registro: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 End: _____
 Profissão: _____
 Morar e Endereço do Responsável: _____

CONFREX PTE-AGÊNCIA SA
 14/05/2021
 PROTOCOLO
 0000000000

DATA	ANOTAÇÕES
14/05/21	Amb do Ambro DT: 05/05/21 # Ex Lx olo radiao (E) Exatix de por Luma UOI Qutolos REX REX FST CONFERE COM 14/05/21 14/05/21 14/05/21
20/05/21	Amb Ambro # Ex Lx olo radiao (E) Paciente comparece ao ambulatório relatando melhora do quadro clínico. Ao exame: ADM - Flexo - extensão 0° - flex Romp - supinados sem bloqueio movimento de captação de R. Ex consolidação CR: (1) R. Ex consolidação (2) R. Ex consolidação (3) R. Ex consolidação

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 361911

Nome.....: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Documento....: 2160868-7 Tipo: IDENTIDADE

Data de Nascimento...: 25/02/1993

Estado Civil.:

Idade.....: 25 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: O MESMO

Nome da Mae...: MARIA INES MAGALHAES DE MELO

Endereco....: AVENIDA ESTE DE SETEMBRO, 01412 ESPERANCA CEP: 69099-000

Telefone.....: 000006899020007

País.....: HABITAR BRASIL

Município....: 1200401 - RIO BRANCO - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: AMAZONAS

Cadastramento: 25/08/2014




 CONFERE COM ORIGINAL
 Valécia Aurora da Silva Távora
 Gerente do SANE - H.C.



Novo Acre
Cidade por educação e desenvolvimento

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

UPA 24 HORAS DO 2º DISTRITO

CNPJ: 04034526003169

RECEITUÁRIO MÉDICO

Receita médica para uso exclusivo de...

Francisco M. S. Souza



Cefalexina 500mg - 28
1 comp 6x6h
Dipirona 500mg - 15
1 comp 8x8h

LP
CP
Dr. Antônio Carlos Pereira
CRM 10000
20/07/2021

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: LEANDRO MAGALHÃES DO SOUZA

O paciente supracitado apresenta Fraqueza Cabeça Ao
Passo Equilíbrio a partir de 05/05/12

em fev, tendo sido tratado com Tratamento Conservador

No momento, encontra-se Aguardando Cirurgia (Excrise
de disco intervertebral B7/L6)

CP: 5521

Dr. Diego Lima Pauli
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM: 19446

Médico

30812





Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Hospitalidade Médica da Otorrinolaringologia

LAUDO MÉDICO

Paciente: Acanda Magalhães da Silva



O paciente apresenta sintoma fratura da espinha
do vertébro L5/S1 com deslocamento +
compressão da medula (S) o parâmetro DS 105 / 11
em ad sendo visto limitação instabilidade
fractura instabilidade

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial. Apresenta diminuição
do nível de movimento e dor na
região de compressão fractura da espinha
de vertébra L5/S1 com deslocamento +
compressão da medula instabilidade

Dr. Luiz Carlos Pereira
Otorrinolaringologista
CRM 1000015923

CDP, 102.1/553.1

14/05/21



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

UNIDADE: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias
1. 2 comprimidos 12mg - 15 dias



DATA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:

Nº CONSELHO:

Av. Mártires Unidas, 700 - Bosque Rio Branco-Ac CEP: 04034520000224 CNES: 2001575



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Especialidades do Acre
Assistência Médica de Otorrinolaringologia

LAUDO MÉDICO

Nome: Diego Lima Pauli de air 20



paciente supracitado apresenta fratura do ulna
proximal a partir de 09/05/17.

trata-se de fratura com fratura e terapia
conservadora e anti-inflamatória
com acompanhamento radiológico, relato dos
exames no colarço
com os seguintes pontos:

552.0

Dr. Branco AC 22/11/17

Rua dos Santos
Otorrinolaringologia
CBO AC 1995



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME:

Diego Lima Pauli

O paciente supracitado apresenta

fratura humeral direita

a partir de

Q5105.017

em há, tendo sido tratado com

tratamento

no momento, encontra-se

em recuperação

em bom estado

CIP:

S52.1

Diego Lima Pauli
Médico

Médico

Rio Branco - AC

21.11.18



BRIVO CT25 SYS4CT
 Ex: 29853
 Se: 400 SSAFE
 R0.00
 Is: 3
 DFOV 0.0cm
 CDDP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM
 Acc Num: 29853
 LEANDRO PADALHAES DE SOUZA
 N 24 66010
 2003: 25 fev 1993
 05 May 2017
 1024



2.00cm VOLREN
 Tilt: 0.0
 23:55:26

BRIVO CT25 SYS4CT
 Ex: 29853
 Se: 400 SSAFE
 R0.00
 Is: 4
 DFOV 0.0cm
 CDDP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM
 Acc Num: 29853
 LEANDRO PADALHAES DE SOUZA
 N 24 66010
 2003: 25 fev 1993
 05 May 2017
 1024



2.00cm VOLREN
 Tilt: 0.0
 23:55:26

BRIVO CT325 SYS4CT

Ex: 29853

Se: 400 SNAVE

RF: 00

In: 5

DEFOV 0.0cm

CEDDP DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num: 29853

LEZARDIO MAGALHAES DE SOUZA

N: 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024

BRIVO CT325 SYS4CT

Ex: 29853

Se: 400 SNAVE

RF: 00

In: 6

DEFOV 0.0cm

CEDDP DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num: 29853

LEZARDIO MAGALHAES DE SOUZA

N: 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00cm VOLREN

Tilt: 0.0

23:55:26

Patient ID:

Age:



2.00cm VOLREN

Tilt: 0.0

23:55:26

Patient Name:

Sex:

BRIVO G1325 SYS4CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

RO: 00

In: 1

DFOV 0.0cm

CIDDP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num: 29853

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

M 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024

BRIVO G1325 SYS4CT

Ex: 29853

Se: 400 SSAVE

RO: 00

In: 2

DFOV 0.0cm

CIDDP_DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Acc Num: 29853

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

M 24 66010

DOB: 25 fev 1993

05 May 2017

1024



2.00cm VOL:REN

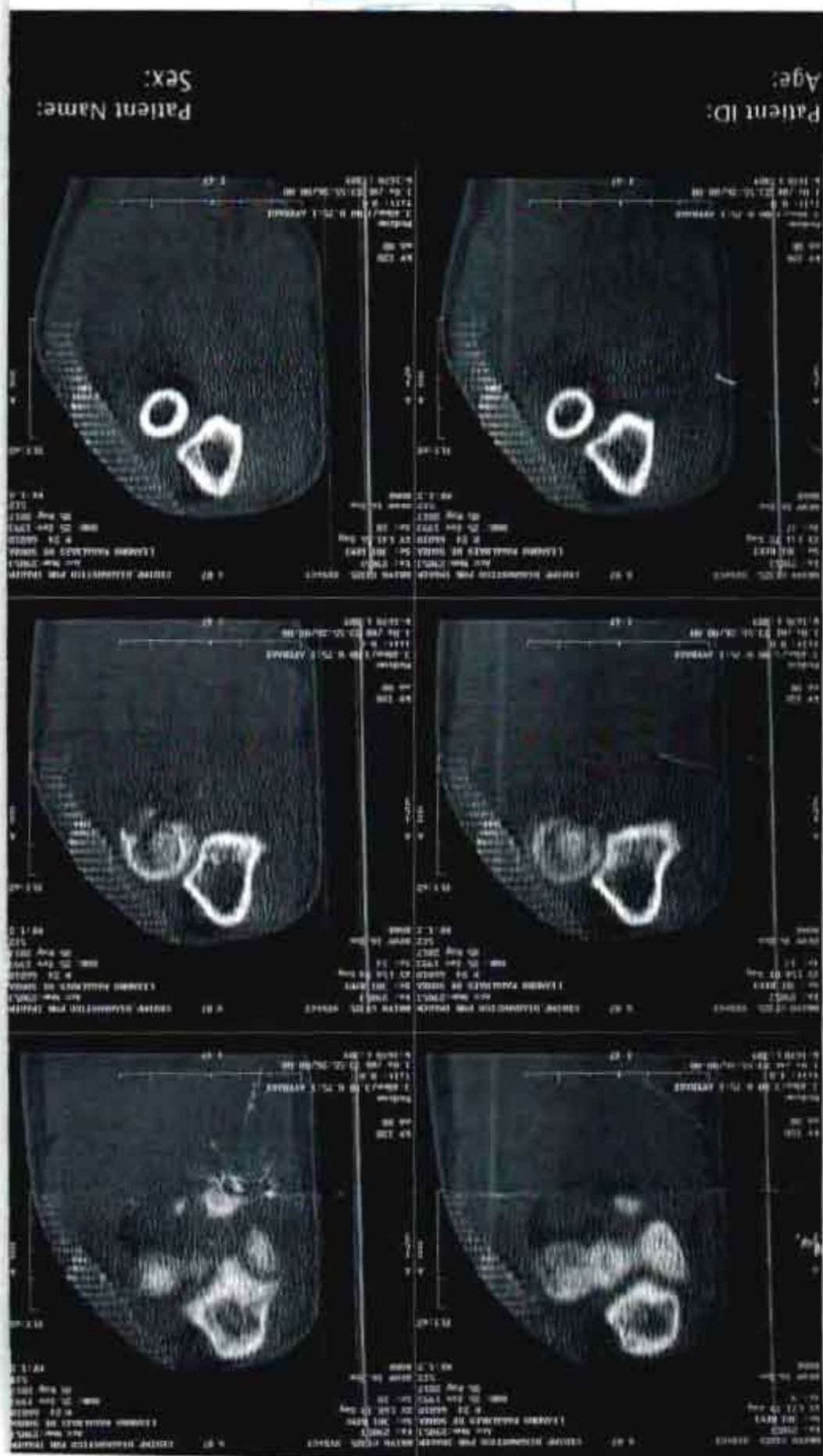
Tilt: 0.0

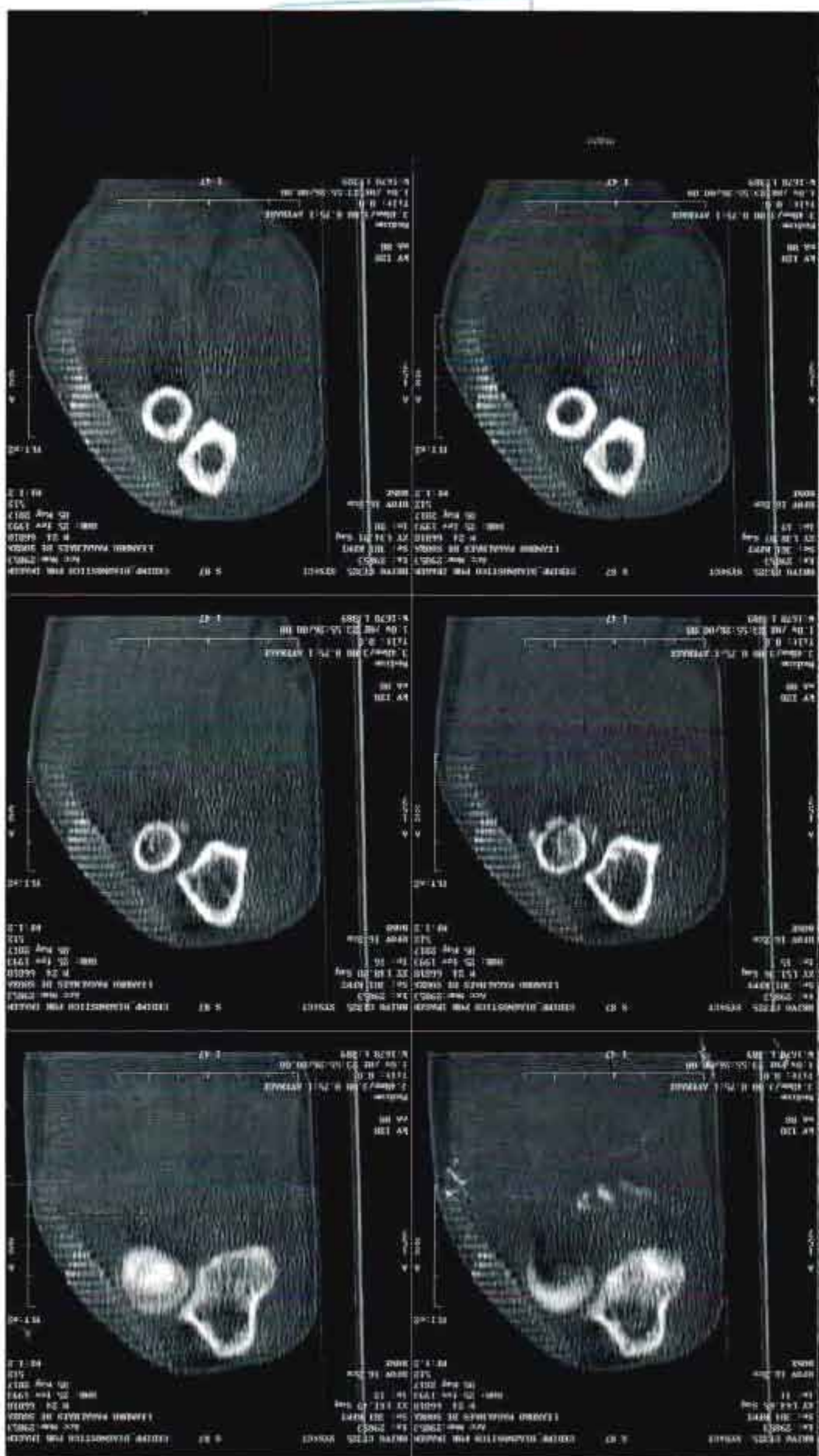
23:55:26

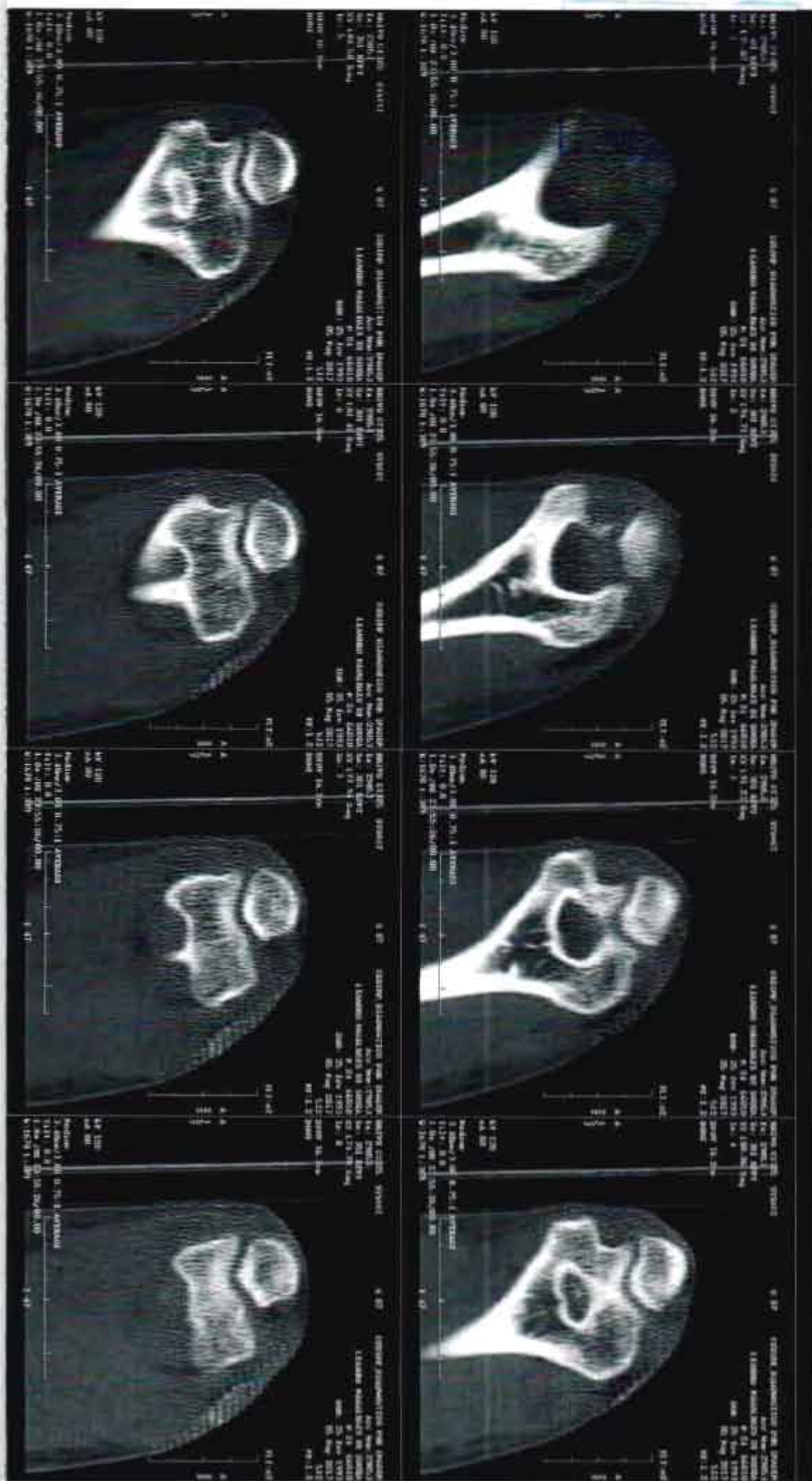
2.00cm VOL:REN

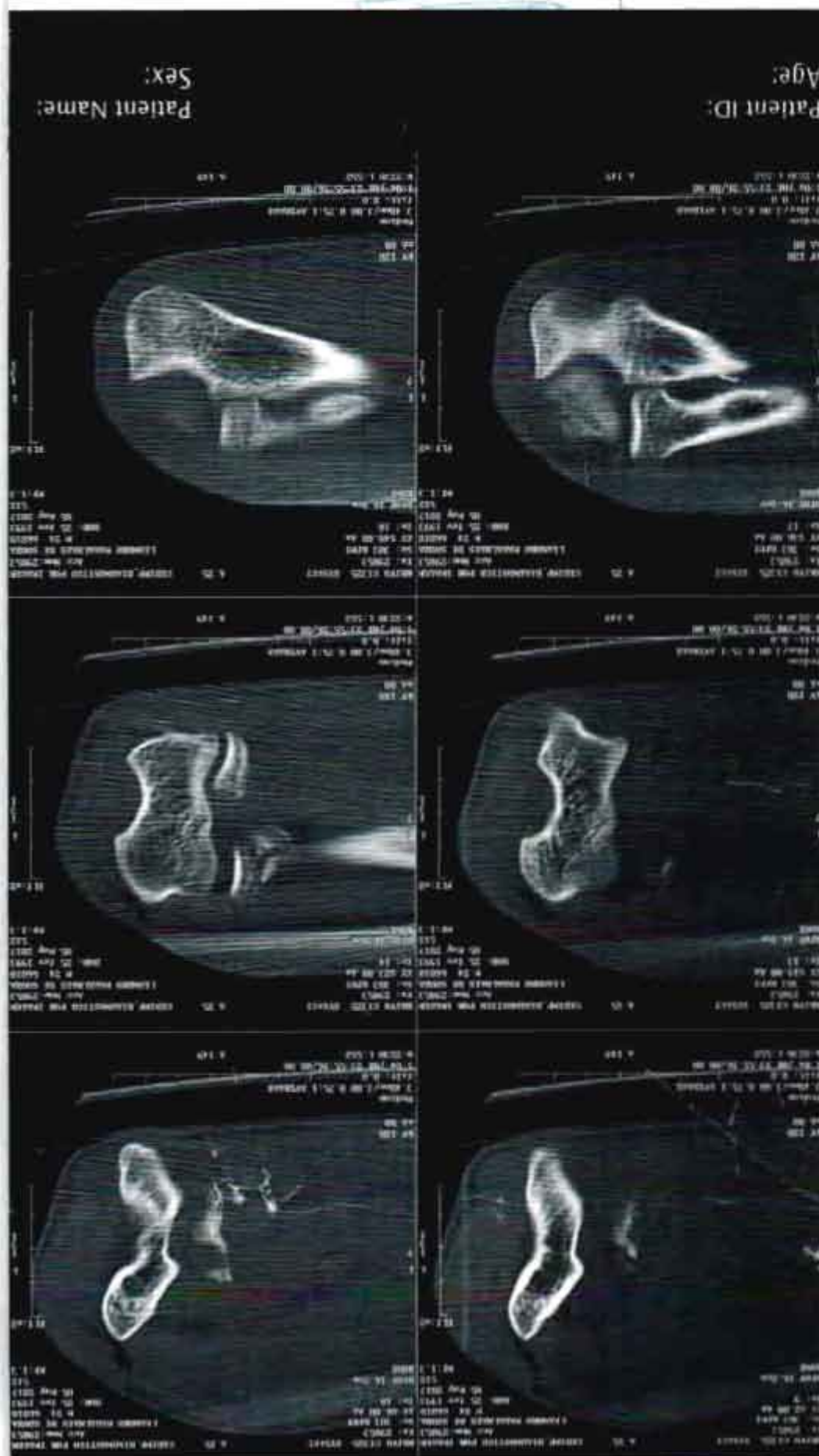
Tilt: 0.0

23:55:26

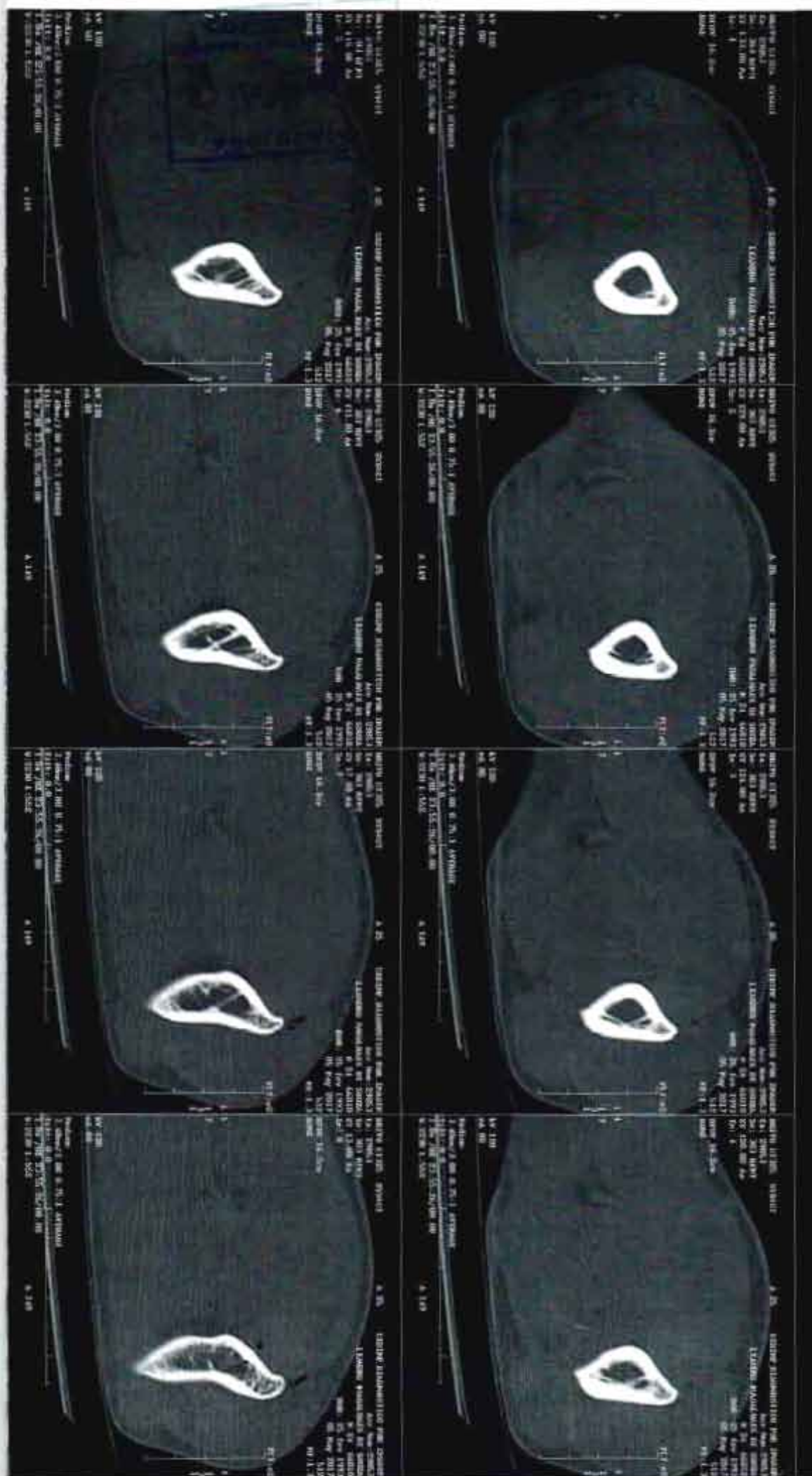


















RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

LEANDRO

Leandro Spas e Sr. Leandra Maria de Almeida de
Souza, ambos residentes de Talitã, no
diá. 05/05/12, apresentando sintomas
de dor de cabeça (C) + sintomas cefálica
nada, sendo submetidos a tratamento
com analgésicos.

Existe em anexo o VLM de
do corpo (C), limitando por a
prescrição de 50% e Flexo - ortopedico
de corpo (C) e redução da força
muscular de membros.
Paciente é portador de Angioma de pele.
Trata no M.S.E.

DATA 18/01/19

ASSINATURA DO MÉDICO

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



[illegible]

**DETRAN
ACRE**

Governo do Estado do Acre

Departamento Estadual de Trânsito-DETRAN/AC

Nº Atendimento: 1159762

Operador: LUANA BARBOSA BIZERRA

Sistema Detran/AC

Data de Emissão: 09/04/2018 às 14:21:20

Serviço: COMUNICADO DE VENDA DE UM VEICULO

Proprietário: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA CPF/CNPJ: 953.353.152-53

Endereço: AVENIDA 7 DE SETEMBRO Nº: 1412 Bairro: CONJ HABITAR BRASIL Complemento: -

Município: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69.915-378

Placa: MZO9345 Chassi: 9C2KD0510AR020410 RENAVAM: 00223142069 Cor: VERMELHA

Marca/Modelo: HONDA/NXR150BROS MIX ESD Ano Fab/Modelo: 2010/2010 Categoria: PARTICULAR

Dut

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190031613 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA **Data do acidente:** 05/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder ou
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014302/19

Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

CPF: 953.353.152-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/05/2017

Titular do CPF: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA : 953.353.152-53

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 cancela 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: 14/01/2019
Nome: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
CPF: 953.353.152-53

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERICIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo Nº: 31900 31 613

Vítima: Leandro Magalhães de Souza

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores



Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 843,75 com a constatação de lesões e sequelas existentes.

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

Conquanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(69) 398477280 / (68) 333135644

Leandro Magalhães de Souza

Rio Branco/AC 18 de junho de 20 13

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0014302/19

Número do Sinistro: 3190031613

Vítima: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

CPF: 953.353.152-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/05/2017

Título da CPF: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

CPF do: Próprio

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\$ 12.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida em 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 auto de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/01/2019
Nome: LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA
CPF: 953.353.152-53

LEANDRO MAGALHAES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA