



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07085001220208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	12/02/2021 08:53:26

Partes

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

Documentos

Petição:	2783067_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2783067_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-18.pdf
Anexo - Petição:	2783067_CONTESTACAO_A nexo_02 - 19-34.pdf
Anexo - Petição:	2783067_CONTESTACAO_A nexo_02 - 35-42.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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065083

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROMARILSON CUNHA FEITOSA

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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065083

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/07/2019, emitido pelo Dr. FRANCISLEI L FREITAS CRM nº 751 - AC, da Instituição HOSPITAL DAS CLINICAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assinalado, 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 5.194/74, art. 3º §1º, declarando que esta autorização não signifi ca 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 027763/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 09:13 Data/Hora Fim: 07/02/2020 09:14
 Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Divisão Especializada de Investigação Criminal
 Data/Hora do Fato: 22/12/2018 01:24

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Bairro: Bosque
 Logradouro: RUA DELFIM NETO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Motivo(s) Emprego(s)
1501) CONFLITOS DIVERSOS - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROMARILSON CUNHA FEITOSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 05/10/1982 Idade: 37 anos
 Naturalidade: AC - Rio Branco Profissão: Autônomo
 Estado Civil: Casado(a)
 Nome da Mãe: Maria Luiza Cunha Feitosa

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: RUA PANTANAL Nº: 231
 Bairro: ROSA LINDA
 Telefone: (68) 98416-2610 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Não Identificado(Sem) Idade:

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário: 444.144.802-30	Placa NXR1322
Renavam 00526399970	Número do Motor KC16E7D010177
Número do Chassi 9C2KC1670DR010177	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor BRANCA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido



Delegado de Polícia Civil Odilon Vinhadelli Neto
 Impresso por: Valcyr do Nascimento Correia
 Data de Impressão: 07/02/2020 09:14
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 027763/2019-A02

Última Atualização Denatran: 24/07/2013	Situação do Veículo: REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido: Romarilson Cunha Feitosa	Envolvimentos: Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O noticiante veio comunicar que estava trafegando na rua Delfim Neto no Bairro do Bosque, conduzindo o veículo relacionado nesta ocorrência, quando de repente escutou um barulho vindo a cair no solo desacordado, quando acordou estava caído na pista e sendo atendido pelo SAMU. Sendo socorrido e encaminhado para UPA do 2º distrito, posteriormente encaminhado para o Pronto Socorro. Disse que fraturou a clavícula e outras escoriações pelo corpo, tudo conforme documentos que seguem em anexo.

ASSINATURAS

Valcir do Nascimento Correia
Agente de Polícia
Matrícula 92258112
Responsável pelo Manuseio

Romarilson Cunha Feitosa
(Comunicante/Vítima)

"Declaro que as assinaturas em anexo são verdadeiras e representam as informações acima relatadas e deixo em poder do notificador civil e comprometimento pelo presente (declaração que foi feita), conforme previsto no Artigo 10º do Decreto nº 1.742/2007, de 15 de maio de 2007, e Artigo 1º da Lei nº 1.742/2007, de 15 de maio de 2007, e Artigo 1º da Lei nº 1.742/2007, de 15 de maio de 2007."

Odilon Vinhaletti Neto
Delegado de Polícia Civil

Odilon Vinhaletti Neto
Delegado de Polícia
Matrícula 9290995



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO:
 AGÊNCIA: 5490 5 CONTA: 8362 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assinalado, 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 5.194/74, art. 3º §1º, declarando que esta autorização não signifi- ca 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Nº. DO BE: 2603120 DATA: 22/12/2018 HORA: 03:24 USUARIO: ERICO
CNS: 705805462606239 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ROMARILSON CUNHA FEITOSA DOC...: CART.SUS
IDADE.....: 36 ANOS NASC: 05/10/1982 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA PANTANAL NUMERO: 231
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: ROSA LINDA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....:
NOME PAI/MAE...: /MARIA LUZIA CUNHA FEITOSA
RESPONSAVEL...: ESPOSA - ELIANA SANTOS TEL....: 99963-0706
PROCEDENCIA...: UPA-VIA VERDE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: / /

Paciente veio entrada no serviço relatando que sofreu queda de moto, evoluindo com dor em região de clavícula e exame de m. polpoco em região de clavícula D.

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

CP ① Injúria p/ tratamento
cirurgia para resolver a injúria
② Avaliação c. geral



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/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Robson de Souza
PRM Traumatologia e Ortopedia
CRM 1973

COPIA

CONFORME ORIGINAL

Paciente relata queda da moto e
 relata dor HTD sem dificuldade respiratória.
 Avaliado pelo ortopedista por fratura
 de clavícula (D) e fratura em 8.
 Não tem dificuldade respiratória.
 Hemodinamicamente estável, respirando
 espontaneamente.
 Tórax doloroso a palpacao lado (D).
 Abdome flácido.
 20 15 por tes.
 Julciado TC tórax
 TC tórax sem alterações graves.
 Avaliação de
 Neurologia
 Traumatismo

Wilson Teófilo de Jesus
 Residente Cirurgia Geral
 CRM-AC 1265

às 05:35h paciente lucido, orientado, deambulando
 encaminhado a obs do trauma p/ aguardar
 avaliação de Neuro — 4to. Sherry.
 em tempo: PA: 129 x 75 mmHg, SpO2: 100%, FC: 78

22/12
 Teo
 Estudos infusões mantidas em ar ambiente
 referido dor em HTD e de lactado.
 Sem conduta cirúrgica no momento.
 Dipirona 2ml + 100 (D) 09:30
 Alta C.G.

Dr. Max Miranda
 Cirurgião Geral
 CRM-AC 1816

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

HUERB

Marcos de Registro Profissional

LEITO

M02

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

IDADE

36

PACIENTE

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

VOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
1. VIGILÂNCIA DIREITA 2. FERIDA DOR EM RAGIÃO DIREITA 3. E NEUROLÓGICO 4. CIRÚRGICO 5. FRANCISLEI	1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H 3. DIFERONAL 1GR EV DILUIDO 8/8H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS <i>Dr. Patrícia Patrício</i> FRM Otorrinolaringologista CRM-AC 1270	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	23/12/18 às 15:30h pela leucide e orientada, demonstrando o peso do PA: 140X80 mmHg TE: com leve 23/12/18 às 18:15h pela leucide e orientada pela leucide, autorizada dieta: PA: 140X80 mmHg TE: com leve <i>Clarice da Silva Cardoso</i> Téc. de Enfermagem COREN: 388787

Done

Ata da Sessão de

Hospitais, Unidades, e

Unidade, Comunicação,

Acompanhamento

Carlos Roberto de Almeida Silva
Enteado
COEN - AC 395.715

COEN / HUERS

CÓPIA

CONFERIR ORIGINAL

**HOSPITAL SANTA JULIANA**

Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36

Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsaj@hsaj.org.br

**FICHA DE INTERNAÇÃO**Prontuário: **166854** - 2

Entrada: 14/01/2019

Hora: 1530

Apto/Leito: 110 D

Paciente: -

ROMARISON CUNHA FEITOSA

Reg. Geral: 402468

Orgão Emissor: SSP

AC

Data Expedição:

CPF: 75143461200

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 705805462606239

Sexo: F

Dt. Nasc.: 05/10/1982

Est. Civil: CASADO(A)

Natur: RIO BRANCO

AC

Idade: 36 Anos

Conjuge:

Nacionalidade.: BRASIL

End.: RUA PANTANAL

Nro: 231

Bairro.: RESIND ROSA LINDA

CEP: 69900970

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Fone: 68

Cel.: 999630706

Fone Contato: 68 999638286

Local de Trabalho:

Profissão:

PAI:

MAE: MARIA LUIZA CUNHA FEITOSA

Mãe: ROMARISON CUNHA FEITOSA

End.: RUA PANTANAL

Nro.: 231

Cidade: Rio Branco

UF: AC

Fone Res.: -

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

30843979291
0302050035
02

Médico (a): FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

Observação: AIH EM ANEXO SOLICITAÇÃO NUMERO 271259198 COPIA EM ANEXO

Atendente: Savio Silva do Nascimento

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de ROMARISON CUNHA FEITOSA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 14 de janeiro de 2019

Romarison Cunha Feitosa
ROMARISON CUNHA FEITOSA

AVISO

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 14 de janeiro de 2019

Romarison Cunha Feitosa
ROMARISON CUNHA FEITOSA

14/01/19 À 15:50 Admitido na clínica cirúrgica, vindo de sua residência, deambulando, lucido, orientado, eupneico, normo-corado, sem queixas no momento, SSUV PA: 120 x 80 mmHg, FC: 72 bpm, SpO₂: 98%, TAX: 35,9%, nega alergia medicamentosa, HAS, DM, Ureque acompanhado, aguardando cirurgia.

Vanessa Cristina Santos

Enfermeira

CORE-AC 186.287

Em 15/01/2019 À 12:49h Paciente deu entrada na sala 5 veio deambulando, em 100%, portando AUP com H.O., sob os cuidados do Dr. parisiê e equipe. Realizada anamnese oral versão À 12:55h pela anestesista Dr. roxane com: Neg. ajudando. Paciente monitorizado, com SpO₂ 99%, FC 80 bpm PA 129 x 80 mmHg. À 13:00h Para plantão p/ TC Smf: Elizete. paciente estável.

Maria Elizete

Téc. de Enfermagem

CORE-AC 186.287

À 13:00h recebe a plantão com pcte em sala, orientado, estável. À 13:30h início do procedimento cirúrgico. À 13:45h (pcte) diga término do procedimento cirúrgico. À 13:53h extubado pela Dra. Rosana. À 14:05h pcte encaminhada em maca para RPA. SpO₂ = 98%, FC = 56 bpm, PA = 114 x 68 mmHg.

Elizete dos Santos Solon
Téc. de Enfermagem
CORE-AC 186.287

	FORMULÁRIO CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO		
	FO.CME.HSJ. Nº02	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018
			Página: 2 de 2

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CARGA)		
ETIQUETA 	 CARGA/MATERIAL <i>Pequena fragmenta</i>	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
		INICIO FIM
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
		INICIO FIM
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
		INICIO FIM
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
		INICIO FIM
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
		INICIO FIM
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
		INICIO FIM
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
		INICIO FIM

FORMULÁRIO			
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO			
FO.CME.HSJ. Nº02	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018	Página: 2 de 2

DADOS DO PACIENTE

NOME	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Demarison Cunha Fritosa	05/10/1982	36	Masc.
NOME DA MÃE	APARTAMENTO	CONVÊNIO	
Mãe Luiza Cunha Fritosa	130 D	Sub	

EQUIPE CIRÚRGICA

CRURIA	INSTRUMENTADOR
T.C. prof. Cláudia D.	Rosemilda
CRURIAO	PERFUSIONISTA
Francisley	
PAUXILAR	ENFERMEIRO
Carlos / contencio	Marcia / Rosiane
ANESTESISTA	CIRCULANTE
Robana	Elizete
DATA	SALA
15/01/19	05

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA	134°C-7mins/121°C-20mins	STEAM	REF	6	TST.	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
02.01.19 02						INICIO
23.01.19 01						FIM
12						
CARGA/MATERIAL	Dutapedia cx					

ETIQUETA	134°C-7mins/121°C-20mins	STEAM	REF	6	TST.	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
07.01.19 02						INICIO
07.02.19 01						FIM
26						
CARGA/MATERIAL	daga rosalia					

ETIQUETA	134°C-7mins/121°C-20mins	STEAM	REF	6	TST.	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
13.01.19 02						INICIO
13.02.19 02						FIM
16						
CARGA/MATERIAL	Shavira					

ETIQUETA	134°C-7mins/121°C-20mins	STEAM	REF	6	TST.	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
15.01.19 02						INICIO
15.02.19 02						FIM
02						
CARGA/MATERIAL	Furca de crina					

ETIQUETA	134°C-7mins/121°C-20mins	STEAM	REF	6	TST.	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
11.01.19 01						INICIO
11.02.19 05						FIM
17						
CARGA/MATERIAL	Shade					



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

Pag.

PACIENTE: 166854 - 2

ROMARISON CUNHA FEITOSA

LEITO: 110

DATA: 15/01/2019

HORA: 07:55

NRO PRESCRIÇÃO: 237205

NRO REQ. FARM: 1374335

PRESCRIÇÃO MÉDICA		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		
02	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	8 X 6
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	6 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	1	EV	6 X 6
03	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% INJ EV C/100 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8
05	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8
06	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	FA	1	EV	8 X 6
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 6
07	CURATIVO	UN	1		

826 2420 10

22 8

22 10

22 10

08

08. Cephapin 25mg VO o goro 18:00
 Dra. Cassia Hassem
 Médica
 CRM/AC-1979
 19:30 Queixo-10 do mal-estar
 CD = atenolol 25mg VO 19:30

Francisnei L. Freitas
 Médico
 CRM/AC-1979

AS 18:00 pte apusita PA 160x500 mmHg

Dra. Cassia Hassem
 Médica
 CRM/AC-1979

EVOLUÇÃO

POS de artrose e clavicula

Francisnei L. Freitas
 Ortopedista
 CRM/AC-1979

Francisnei L. Freitas
 Ortopedista
 CRM/AC-1979

5/01/19 às 15:50 m Retornou do CC em mau. u.
 deito, lucido, orientado, eupríico, sem queixa
 no momento, portando A/P em MSE com HU em
 MMH, SSUV: PA: 140x80 mmHg, FC: 81bpm, SPO₂: 98%
 TAX: 37,4°C, medicada com, segue acompanhada
 do, orientado aos cuidados P.O. Vanessa Cristina Santos
 Enfermeira
 COREN-AC 483367

15/04/19 15:50 às 19:00 h, evoluiu calma, eupríico,
 afeto; comunicativo, orientado, portadora de sonda nasogástrica
 em MSE medicada c.p.m.; dieta líquida, em
 repouso; PA: 140x80 mmHg, FC: 81bpm, SPO₂: 98%
 TAX: 37,4°C, medicada com, segue acompanhada
 do, orientado aos cuidados P.O. Tereza Corina RE 644

15-08-19. De 19:00h a 2:00h, Evoluindo. eupríico, afeto
 de mau, portadora de sonda nasogástrica, sonda, manuseio
 adequado, vomitosa, faz movimento com fone. Presença de
 sonda em MSE. FC aumentada, segue em repouso no leito com
 unidades de suporte de emergência. SSUV: PA: 140x80
 mmHg. Tax 36,8°C SPO₂: 97%. FC: 90 bpm. T°C
 Pa: 100 mmHg. PC 504 502

16/01/19 Recebeu alta hospitalar, saiu de sala de espera de rodar acompanhada
 de familiar + tei. enfermagem, entregues cartão de alta + exames
 Tei. Enfermeira
 Vanessa da Mata
 Enfermeira
 COREN-AC 483367

16-01-19. Realizado curativo em região claviclar D. -
 utilizado 01 par de luva 7,5, 02 pacotes de gaze,
 50ml de SF 0,9%, 15ml de álcool 70%, 15cm de mi-
 crofio. Apresentando pouca dor, sangramento.
 Tei. Enf. Gamaux 1073237



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

HOSPITAL SANTA JULIANA

Fone: 0xx68-3212-4700 / fax: 0xx68-3224-9129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *Romaurson Cunha Feitosa*
 N° Apt°: *130-D*
 Data: *15-03-19*
 Cirurgia: *frat. clavícula D*
 Início: *13:30*
 Término: *13:45*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Francisco*

Enfermeiro (o): *marcelo / Rose*

Anestesista: *Rosana*

Tipo de Anestesia: *geral*

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração:					
- Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- Esforço respiratório limitado	1				
- Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica:					
- >80% do nível pré-anestésico	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- 50 à 80% do nível pré-anestésico	1				
- <50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência					
- Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço)	2	<i>1</i>	<i>2</i>		
- Acorda quando chamado pelo nome	1				
- Não responde o comando	0				
Coloração:					
- Coloração e aparência normais da pele	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterico	1				
- cianose evidente:	0				
Atividade muscular:					
- Capacidade de movimentar todas extremidades:	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1				
- Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				

Total

9

10

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

* Horário de liberação.

* Assinatura do Enfermeiro

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

Rosana Freire
 Enfermeira
 COREN-AC 304781

Relatório de Enfermagem da RPA
(Recuperação Pós Anestésico)

fls. 91

Em 15-01-19 às 11:10 paciente deu entrada na SRPA
após procedimentos cirúrgicos, extubado, oxigenado
hemodinamicamente, respirando normocorado, postando
AVP MSE MU bom fluxo, sendo monitorado por
oximetria de pulso. SpO_2 99% FC 107 bpm PA 134x
97 mmHg. Às 14:25 hs permaneceu SRPA SpO_2 99%
FC: 100 bpm PA 160 x 85 mmHg. Às 14:40h segue
SRPA SpO_2 99% FC 97 bpm PA 149 x 78 mmHg. Às 14:50
segue extubado SRPA SpO_2 99% FC 102 bpm PA 141 x 85
mmHg. Às 15:30h segue SRPA SpO_2 98% FC 97 bpm
PA 149 x 83 mmHg. 15:05 paciente muito alta de Resenha
desenvolvida ao lado em massa

Dr. Andréia Magalhães C. Lima
CÓDIGO 971.281

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

digitado e impresso em: 13/12/2018 às 08:06:42

STRO PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANÍMICO DE TRAUMA

DO TRAUMA:

①

OGRAFIAS

FÍSICO

OSTICO

JTA NA EMERGÊNCIA

Edição de R. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AC. 12.123

EXS. PRE-OP.

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

15:00 hte admitido na CCB p/ fratura de clavícula, sem dando exames laboratoriais. Enfe Claudio Cruz de

HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO BRANCO
NEUROCIRURGIA

0/25

1. Verdict
 2. Verdict
 3. Verdict
 4. Verdict
 5. Verdict
 6. Verdict
 7. Verdict
 8. Verdict
 9. Verdict
 10. Verdict
 11. Verdict
 12. Verdict
 13. Verdict
 14. Verdict
 15. Verdict
 16. Verdict
 17. Verdict
 18. Verdict
 19. Verdict
 20. Verdict
 21. Verdict
 22. Verdict
 23. Verdict
 24. Verdict
 25. Verdict
 26. Verdict
 27. Verdict
 28. Verdict
 29. Verdict
 30. Verdict
 31. Verdict
 32. Verdict
 33. Verdict
 34. Verdict
 35. Verdict
 36. Verdict
 37. Verdict
 38. Verdict
 39. Verdict
 40. Verdict
 41. Verdict
 42. Verdict
 43. Verdict
 44. Verdict
 45. Verdict
 46. Verdict
 47. Verdict
 48. Verdict
 49. Verdict
 50. Verdict
 51. Verdict
 52. Verdict
 53. Verdict
 54. Verdict
 55. Verdict
 56. Verdict
 57. Verdict
 58. Verdict
 59. Verdict
 60. Verdict
 61. Verdict
 62. Verdict
 63. Verdict
 64. Verdict
 65. Verdict
 66. Verdict
 67. Verdict
 68. Verdict
 69. Verdict
 70. Verdict
 71. Verdict
 72. Verdict
 73. Verdict
 74. Verdict
 75. Verdict
 76. Verdict
 77. Verdict
 78. Verdict
 79. Verdict
 80. Verdict
 81. Verdict
 82. Verdict
 83. Verdict
 84. Verdict
 85. Verdict
 86. Verdict
 87. Verdict
 88. Verdict
 89. Verdict
 90. Verdict
 91. Verdict
 92. Verdict
 93. Verdict
 94. Verdict
 95. Verdict
 96. Verdict
 97. Verdict
 98. Verdict
 99. Verdict
 100. Verdict
 101. Verdict
 102. Verdict
 103. Verdict
 104. Verdict
 105. Verdict
 106. Verdict
 107. Verdict
 108. Verdict
 109. Verdict
 110. Verdict
 111. Verdict
 112. Verdict
 113. Verdict
 114. Verdict
 115. Verdict
 116. Verdict
 117. Verdict
 118. Verdict
 119. Verdict
 120. Verdict
 121. Verdict
 122. Verdict
 123. Verdict
 124. Verdict
 125. Verdict
 126. Verdict
 127. Verdict
 128. Verdict
 129. Verdict
 130. Verdict
 131. Verdict
 132. Verdict
 133. Verdict
 134. Verdict
 135. Verdict
 136. Verdict
 137. Verdict
 138. Verdict
 139. Verdict
 140. Verdict
 141. Verdict
 142. Verdict
 143. Verdict
 144. Verdict
 145. Verdict
 146. Verdict
 147. Verdict
 148. Verdict
 149. Verdict
 150. Verdict
 151. Verdict
 152. Verdict
 153. Verdict
 154. Verdict
 155. Verdict
 156. Verdict
 157. Verdict
 158. Verdict
 159. Verdict
 160. Verdict
 161. Verdict
 162. Verdict
 163. Verdict
 164. Verdict
 165. Verdict
 166. Verdict
 167. Verdict
 168. Verdict
 169. Verdict
 170. Verdict
 171. Verdict
 172. Verdict
 173. Verdict
 174. Verdict
 175. Verdict
 176. Verdict
 177. Verdict
 178. Verdict
 179. Verdict
 180. Verdict
 181. Verdict
 182. Verdict
 183. Verdict
 184. Verdict
 185. Verdict
 186. Verdict
 187. Verdict
 188. Verdict
 189. Verdict
 190. Verdict
 191. Verdict
 192. Verdict
 193. Verdict
 194. Verdict
 195. Verdict
 196. Verdict
 197. Verdict
 198. Verdict
 199. Verdict
 200. Verdict
 201. Verdict
 202. Verdict
 203. Verdict
 204. Verdict
 205. Verdict
 206. Verdict
 207. Verdict
 208. Verdict
 209. Verdict
 210. Verdict
 211. Verdict
 212. Verdict
 213. Verdict
 214. Verdict
 215. Verdict
 216. Verdict
 217. Verdict
 218. Verdict
 219. Verdict
 220. Verdict
 221. Verdict
 222. Verdict
 223. Verdict
 224. Verdict
 225. Verdict
 226. Verdict
 227. Verdict
 228. Verdict
 229. Verdict
 230. Verdict
 231. Verdict
 232. Verdict
 233. Verdict
 234. Verdict
 235. Verdict
 236. Verdict
 237. Verdict
 238. Verdict
 239. Verdict
 240. Verdict
 241. Verdict
 242. Verdict
 243. Verdict
 244. Verdict
 245. Verdict
 246. Verdict
 247. Verdict

SAME / HYPER
COPY
NOTHING ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

Sistema Ministério Único da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNEB	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 - CNEB	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXERCITANTE		4 - N° DO PROFISSIONAL	
Identificação do Paciente		5 - N° DO PROFISSIONAL	
1 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PROFISSIONAL	
1 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		2 - TIPO DE INTERNAÇÃO	
2 - NOME DA MÃE		3 - SEXO	
3 - NOME DO RESPONSÁVEL		4 - DATA DO NASCIMENTO	
4 - ENDEREÇO CIVIL, Nº, BAIRRO		5 - TELEFONE DE CONTATO	
5 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		6 - TELEFONE DE CONTATO	
6 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		7 - N° DO TELEFONE	
7 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		8 - N° DO TELEFONE	
8 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		9 - N° DO TELEFONE	
9 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		10 - N° DO TELEFONE	
10 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		11 - N° DO TELEFONE	
11 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		12 - N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		13 - N° DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		14 - N° DO TELEFONE	
14 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		15 - N° DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		16 - N° DO TELEFONE	
16 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		17 - N° DO TELEFONE	
17 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		18 - N° DO TELEFONE	
18 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		19 - N° DO TELEFONE	
19 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		20 - N° DO TELEFONE	
20 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		21 - N° DO TELEFONE	
21 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		22 - N° DO TELEFONE	
22 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		23 - N° DO TELEFONE	
23 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		24 - N° DO TELEFONE	
24 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		25 - N° DO TELEFONE	
25 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		26 - N° DO TELEFONE	
26 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		27 - N° DO TELEFONE	
27 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		28 - N° DO TELEFONE	
28 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		29 - N° DO TELEFONE	
29 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		30 - N° DO TELEFONE	
30 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		31 - N° DO TELEFONE	
31 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		32 - N° DO TELEFONE	
32 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		33 - N° DO TELEFONE	
33 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		34 - N° DO TELEFONE	
34 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		35 - N° DO TELEFONE	
35 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		36 - N° DO TELEFONE	
36 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		37 - N° DO TELEFONE	
37 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		38 - N° DO TELEFONE	
38 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		39 - N° DO TELEFONE	
39 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		40 - N° DO TELEFONE	
40 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		41 - N° DO TELEFONE	
41 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		42 - N° DO TELEFONE	
42 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		43 - N° DO TELEFONE	
43 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		44 - N° DO TELEFONE	
44 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		45 - N° DO TELEFONE	
45 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		46 - N° DO TELEFONE	
46 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		47 - N° DO TELEFONE	
47 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		48 - N° DO TELEFONE	
48 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		49 - N° DO TELEFONE	
49 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		50 - N° DO TELEFONE	
50 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		51 - N° DO TELEFONE	
51 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		52 - N° DO TELEFONE	
52 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		53 - N° DO TELEFONE	
53 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		54 - N° DO TELEFONE	
54 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		55 - N° DO TELEFONE	
55 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		56 - N° DO TELEFONE	
56 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		57 - N° DO TELEFONE	
57 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		58 - N° DO TELEFONE	
58 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		59 - N° DO TELEFONE	
59 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		60 - N° DO TELEFONE	
60 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		61 - N° DO TELEFONE	
61 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		62 - N° DO TELEFONE	
62 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		63 - N° DO TELEFONE	
63 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		64 - N° DO TELEFONE	
64 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		65 - N° DO TELEFONE	
65 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		66 - N° DO TELEFONE	
66 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		67 - N° DO TELEFONE	
67 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		68 - N° DO TELEFONE	
68 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		69 - N° DO TELEFONE	
69 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		70 - N° DO TELEFONE	
70 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		71 - N° DO TELEFONE	
71 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		72 - N° DO TELEFONE	
72 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		73 - N° DO TELEFONE	
73 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		74 - N° DO TELEFONE	
74 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		75 - N° DO TELEFONE	
75 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		76 - N° DO TELEFONE	
76 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		77 - N° DO TELEFONE	
77 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		78 - N° DO TELEFONE	
78 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		79 - N° DO TELEFONE	
79 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		80 - N° DO TELEFONE	
80 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		81 - N° DO TELEFONE	
81 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		82 - N° DO TELEFONE	
82 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		83 - N° DO TELEFONE	
83 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		84 - N° DO TELEFONE	
84 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		85 - N° DO TELEFONE	
85 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		86 - N° DO TELEFONE	
86 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		87 - N° DO TELEFONE	
87 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		88 - N° DO TELEFONE	
88 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		89 - N° DO TELEFONE	
89 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		90 - N° DO TELEFONE	
90 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		91 - N° DO TELEFONE	
91 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		92 - N° DO TELEFONE	
92 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		93 - N° DO TELEFONE	
93 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		94 - N° DO TELEFONE	
94 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		95 - N° DO TELEFONE	
95 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		96 - N° DO TELEFONE	
96 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		97 - N° DO TELEFONE	
97 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		98 - N° DO TELEFONE	
98 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		99 - N° DO TELEFONE	
99 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA		100 - N° DO TELEFONE	

PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BUSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69909-620 - Tel.: 221-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ROMARILSON CUNHA FEITOSA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.016990
Num. do BE: 02603120

Idade.: 36A
Requis.: 23/12/2018

US. Origem.: HUERE/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):	4,92	mm ³	VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm ³
Hemoglobina:	15,20	g/dL	VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito:	44,00	%	VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VCM:	90,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:	30,90	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:	34,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:	12.700	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basófilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm ³	
Eosinófilos:	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:	254	mm ³	
Mielócitos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm ³	
Metamielócitos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	%	
Bastões:	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	0	mm ³	
Segmentados:	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:	8.890	mm ³	
Linfócitos:	24	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:	3.048	mm ³	
Monócitos:	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:	508	mm ³	
Blastos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm ³	
Observação:			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:	1 MINUTO e 10 SEGUNDOS.	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:	7 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:	205.000 /mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 23/12/18 às 09:35 Coleta: 23/12/18 às 08:57-1a. Via Impressa: 23/12/18

ELIANA S. FERREIRA SARAIVA
Biomédica
CRBM 778/PA

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ROMARILSON C. FEITOSA

ID paciente:

ID amost: 5

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cod barra: 2016990

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 23/12/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	97	mg/dL		60 - 100
URE	34	mg/dL		10 - 50
CRE	0.8	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 23/12/2018

Data/Hora teste: 23/12/2018

Data/Hora impr.: 23/12/2018 09:33:35

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Kathlen C. S. Jansen
Farmacêutica/Bioquímica
CRF - AC/089

23/12/2018 09:33:35

esta amostra

Página 1 de 1

SAIME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

23/12/2018 09:33:35

Página 1 de 1

PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 68908-920 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ROMARILSON CUNHA FEITOSA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.016990
Num. do BE: 02603120

Idade.: 36A
Requis.: 23/12/2018

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

Cons. Regional:

Setor.: SALA DE GESSO
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA

Amostra: Plasma

Metodologia:.....	Quick		
Tempo de Protrombina:...	11,10	Segundo	VALOR NORMAL 11,0
Atividade Protrombina:...	98,60	%	VR: 100 %
INR:.....	1,01		

Liberado por: LIGIA MENDES DE SOUZA-CRF AC 229 23/12/18 as 09:35 Coleta: 23/12/18 as 09:57-1a. Via Impressa: 23/12/18

Ligia Mendes de Souza
CRF - 229/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

Doz OMBRO (D)

História da Doença Atual: _____

de Trânsito Doz OMBRO DIREITO

História da Doença Anterior: _____

N/D

Exame Físico: _____

DEZ COLITO

Diagnóstico Provisório: _____

FRATURA CANTO VOTO

Diagnóstico Definitivo: _____

O AFSUS

Motivo da Cobrança: _____

SAME / HUER

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

- 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/ FIOLOGIA
- 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 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 46 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 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



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 - Rio Branco - AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

REQUERIMENTO

Eu, Romarilson Cunha Feitosa

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

Venho REQUERER:

- ☒ Prontuário de atendimento neste Hospital,
☐ Relatório da cirurgia realizada,
☐ Exames que eventualmente estejam em seu poder,
☐ 2ª Via da Carteira de Vacina
☐ Declaração para Planejamento Familiar,
☐ Outros:

Obs. _____

Prontuário: 166854 Médico: Dr. Francislei

Entrada: 14 / 01 / 19 Saída: 16 / 01 / 19

Convênio: SUS Telefone: (____) 99963-8286

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) INSS

Nome do Paciente: O mesmo

Parentesco com Paciente: _____

Romarilson Cunha Feitosa

Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 03 / 05 / 19 Hora: 9h

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE: DANIELSON CARLO FERREIRA 4 - CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705305462606239 5 - DATA DE NASCIMENTO: 11/11/88 6 - SEXO: M 7 - RACIA: 3 8 - NOME DA MÃE 9 - NOME DO RESPONSÁVEL 10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 12 - COD. BGE MUNICÍPIO 13 - UF 14 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Des. Lúmen 16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Material 435 17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): 08/01/19 18 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Pr. claudel 19 - PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTERNAÇÃO 20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: FRANCISCO 21 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: DR. Italo Maia Vieira 22 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: PRM Ortopedia Traumatologia 23 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 24 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - 69.901-380 - Rio Branco - Acre
Fone: (68) 3212-4700/Fax: 3224-9129

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque - CEP: 69.900-631
Rio Branco-AC - Tel.: (68) 3212-4700 - Fax: (68) 3224-9129

RELATÓRIO DE CIRURGIAS

NOME: Francisco Cunha Teixeira PRONTUÁRIO: _____
IDADE: _____ SEXO: _____ PESO: _____ DATA: 15/01/2019

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura do crânio da direita

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

100%

CIRURGIAS REALIZADAS:

CRANIOTOMIA CRANIOCELE FRATURA DO CRÂNIO DA DIREITA

FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO:

☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

TIPO DE CIRURGIA

ANESTESISTA

Ortognat

Gomes

EQUIPE CIRURGICA:

CIRURGIÃO: Francisco

1º AUXILIAR: L. G. MARTINS

2º AUXILIAR: Cunha Jr.

ANESTESISTA: _____

CIRCULANTE: _____

Hora Início: _____ Hora Término: _____ Duração: _____

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

[Assinatura]

—Djalel P. M.

11015

~~11 22 29 10~~

14/01/19 Siding to 01
Placenta No 18, 01 multi-

1. DIFLIGLOZ + 100MG SIB 9
2. SP 0.5% 1000ML IV 24H
3. DIFLIGLOZ + 100MG SIB 9
4. TRAVAL 100MG + 1000ML SIB 9

[illegible]

2. TRAVAL 100MG - 100MG STEVE EV ADRIEN
3. 9254 - 9254 EV 2010 2010

Van der Vliet 48556 + -

CUMULATIVE SPREADS (%)

DR Italo Maia Vieira
PRM Ortopedia Traumatologia
CRM / AC 1504

14/01/13 aos 18 anos às 07:00 h.
Paciente leveado, orientado, euprí-
vo, apnéu, normotense. comen-
tativo, acútu abster operada
portando AVP em MSE, foi me-
dicado c.p.m., pulsoa padea
geos presente s.d.v. p.a: 120 x 70
mmHg, SpO₂ 97%, f.c: 93 bpm. Tce. p
cúlia 37,5 x 39 —

+105ptial

五

MARTIN

Ex Parte

31



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário: 166 854-2 Convênio: SUB Data: 15/01/19 Apt/Leito: 110 D Sala: 05

Paciente: Demárisson Cunha Fritesa Circulante: [assinatura]

Cirurgia: Freq. clavicula D. Cirurg.: Francisco G. Aux.: Carlos + Cintia Instrum.: [assinatura]

Anestesiata: Raiana Tipo Anestesia: Geral Hora Entrada S. O.: 12:49 Hora Saída S. O.: 12:59 13:10 13:45

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant	Taxas	Quant.
ABOCATH nº		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 40 x 12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	500ml
AGULHA RAQUI nº		ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm 15	1	ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm		ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm		ÁLCOOL A 70%		BIST. MONOPOLAR	500ml
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNOGRAFO	500ml
RETA		ATROPINA 1 ml	1	CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER PI PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	500ml
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXÍDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGÊNIO	500ml
COMPRESSA 2x2	1	DOLANTINA		OXÍMETRO	500ml
COTTONOIDE		DORMONID		R.P.A	500ml
DRENO PENROSE nº		EFEORINA		RAIO - X	
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	500ml
ELETRODOS Nº	4	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL 5 ml	1		
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG		TUBAGEM	1
FIO NYLON nº 3-0	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO 500ml	30 ml		
FIO VICRIL nº 2-0	1	KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE 2x2	1	MANITOL			
UTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
RACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº 2/4	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO Nº		NAUSEDON	1		
LUVA ESTÉRIL nº 7, 5	1	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%			
LUVA PROCEDIMENTO	1 par	OCITOCINA			
MALHA TUBULAR	1 ml	OXACILINA 500MG			
METILCELOULOSE		PAVULON			
MICROPORE 30 x 4,5	600ml	PLASIL			
POVIDINE-DEGERMANTE cloro	80 ml	PROPOFOL 30 ml	1		
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE 3 ml	1		
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	1	ROCEFIM			
SERINGA 20 ML	1	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA	1	SORO FISIOLÓGICO 500 ML	1	Pi lacaon	
SONDA ASPIRAÇÃO nº 20	1	SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº 7,5	1	THIOPENTAL 1GR			
Luva 8,0	1	TILATIL	1		
Luva 8,0 - est. - radueta	1	XILOCAINA 2% CN			
Luva 8,0 - est. - radueta	1	XILOCAINA 2% SN	20 ml		
Luva 8,0 - est. - radueta	1	XILOCAINA GEL			
		Ropivacaina 20ml	1		
		cibazol na 1g	1		
		cibazol na 10ml	1		
		Morfin na 10mg	1		



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
00.529.443/0003-36

fls. 104
Emissão 15/01/2019
Horário 07:27
Página 1

PRONTUÁRIO: 166854 - 2

PACIENTE: ROMARISON CUNHA FEITOSA

DATA: 15/01/2019

LEITO: 110 D

☒ LÚCIDO E ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ DELÍRIUM/CAM-ICU	☐ COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	☐ SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº _____ ☐ TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☒

AUSCULTA PULMONAR: _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

☒ M() T() N() COOPERANTE	☐ M() T() N() NÃO COOPERANTE
---	--

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M() T() N() TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M() T() N() ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 M() T() N() TÉCNICAS DESOBRUTIVAS	21 M() T() N() FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M() T() N() EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M() T() N() CRIOTERAPIA
04 M() T() N() VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M() T() N() ELETROTHERAPIA
05 M() T() N() DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M() T() N() AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M() T() N() VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M() T() N() ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M() T() N() INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M() T() N() MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM M
09 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M() T() N() MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M() T() N() CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M() T() N() DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL	30 M() T() N() VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M() T() N() ORTOSTATISMO	31 M() T() N() HUFF
13 M() T() N() TREINO DE MACHA	32 M() T() N() ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M() T() N() SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M() T() N() TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M() T() N() SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M() T() N() MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M() T() N() POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M() T() N() PEAK FLOW
17 M() T() N() DEAMBULAÇÃO	36 M() T() N() THRESHOLD
18 M() T() N() SEDESTAÇÃO	37 M() T() N() ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUT
19 M() T() N() ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA

Jessica Duarte
Fisioterapeuta
CREFITO-0261271

10-43
Leandro Souza



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
00.529.443/0003-36

fls. 105
Emissão 16/01/2019
Horário 07:31
Página 1

PRONTUÁRIO: 166854 - 2

PACIENTE: ROMARISON CUNHA FEITOSA

DATA: 16/01/2019

LEITO: 110 D

☐ LÚCIDO E ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ DELIRIUM/CAM-ICU	☐ COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	☐ SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº _____ ☐ TOT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☐

AUSCULTA PULMONAR: _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

☐ M ☐ T ☐ N ☐ COOPERANTE	☐ M ☐ T ☐ N ☐ NÃO COOPERANTE
--	--

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M ☐ T ☐ N ☐ TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M ☐ T ☐ N ☐ ASPIRAÇÃO EM COT OU TOT
02 M ☐ T ☐ N ☐ TÉCNICAS DESOBSTRUTIVAS	21 M ☐ T ☐ N ☐ FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M ☐ T ☐ N ☐ EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M ☐ T ☐ N ☐ CRIOTERAPIA
04 M ☐ T ☐ N ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M ☐ T ☐ N ☐ ELETROTHERAPIA
05 M ☐ T ☐ N ☐ DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M ☐ T ☐ N ☐ AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M ☐ T ☐ N ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M ☐ T ☐ N ☐ ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M ☐ T ☐ N ☐ INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M ☐ T ☐ N ☐ DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M ☐ T ☐ N ☐ ALONGAMENTO GLOBAL	30 M ☐ T ☐ N ☐ VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M ☐ T ☐ N ☐ ORTOSTATISMO	31 M ☐ T ☐ N ☐ HUFF
13 M ☐ T ☐ N ☐ TREINO DE MACHA	32 M ☐ T ☐ N ☐ ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M ☐ T ☐ N ☐ SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M ☐ T ☐ N ☐ TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M ☐ T ☐ N ☐ SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M ☐ T ☐ N ☐ POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M ☐ T ☐ N ☐ PEAK FLOW
17 M ☐ T ☐ N ☐ DEAMBULAÇÃO	36 M ☐ T ☐ N ☐ THRESHOLD
18 M ☐ T ☐ N ☐ SEDESTAÇÃO	37 M ☐ T ☐ N ☐ ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 M ☐ T ☐ N ☐ ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M ☐ T ☐ N ☐ ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

Dr. *Neftali Verçosa*
Fisioterapeuta
CREFITO 0257598-F
16.01.19
10.00

Elma



NOME: ROMARIJON CUNHA FEITOSA

Laudo de DDUTP

O Sr. supracitado sofreu
Fratura da cavidade a direita dia
22/10/2018. Adotado tratamento
cirúrgico. Paciente obtive boa
evolução com consolidação óssea
sem limitação funcional

CRIO: 542


Francislei L. Freitas
Ortopedista
CRM/AC 751 RQE 294

Rio Branco - AC, 22/03/2019

CARIMBO e ASSINATURA





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Francisley Cunha Freitas</i>			Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO MASC. () FEM. ()	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>		CID 10
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fra. de ombro consolidada</i>	CID 10 PRINCIPAL		
OBSERVAÇÕES <i>Adm Pm</i>			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO: ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO) <i>24/05/2019</i> <i>Francisley L. Freitas</i> Ortopedista CRM/AC 751 RQE 294		
CRB	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

Declaração

Declaro para os devidos fins
que o paciente Romarilson Cunha
Ferreira realizou fisioterapia na
instituição dos períodos de 03/06/19 até
01/julho de 2019.

Declaro que o paciente está de
alta da fisioterapia com melhora
da amplitude de movimento e força
muscular.

Att,



01/07/19

Sup. do Exatidão L. J. A.
T. Sup. do Exatidão
01/07/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DO AGRICULTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE INDÚSTRIA CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
1108017873 VALIDA EM TODOS OS ESTADOS DO BRASIL	NOME ROSELIANE CUNHA FEITOSA
	SOC. ECONÔMICA BRAS. C/IF 602444 888 AC
	CPF 751.434.612-00
	DATA NASCIMENTO 05/10/1982
	FUNÇÃO MARIA LUIZA CUNHA FEITOSA
	PROFISSÃO ADJ. GEL. HIG.
	ENDEREÇO 27/11/2022
	DATA EMISSÃO 16/09/2024
ASSINATURA <i>Roseliane Cunha Feitosa</i>	
LOCAL RIO BRANCO - ACRE	
DATA EMISSÃO 24/11/2013	
5559088341 AC46542929	
DETRAN - AC LAUREL	

COMPRESA S.A. - AG. RIO BRANCO
PROTECOLO

DEMATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014398444170
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO
01 0052639970 2019

NOME
JUNAS VIEIRA DE SOUSA

ALC

PLACA

NXK1322

CPF / CNPJ

444.144.802-30

PLACA ANT / UF

NXK1322 AL

CHASS

9C2KC1670DR010177

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAU APLICA

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL F

MARCA / MODELO

HUNDA/GB 150 FAN ES

ANO FAB

2013

ANO MOD

2013

CAP / POT / CL

2P/0149CC/

CATEGORIA

ALUGUEL

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA UNICA

1 PAGOS

RENC. COTA UNICA

1ª

PAGA LIXA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

3ª

PREMIO TAXA ANO (R\$)

R\$0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO

12/03/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOUTINHO * REN. TRIBUTARIO
* VETIC MUD COR PRETA P/ BRANCA *

LOCAL

RIO BRANCO - AC

DATA

13/03/2019

CONTORN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

AC Nº 01439B444170 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204**

VIA 01 444.144.802-30 CPF / CNPJ 13/03/2019 DATA EMISSÃO
RENAVAM 00526399970 HONDA/CB 150 FAN EST. MARCA / MODELO PLACA NXR1322
ANO FAB 2013 9 CALIBRE 9C2KC1670DRO101// 1º CHASSI
PRÊMIO TARIFÁRIO
FAB (R\$) R\$36.05 QUINTADA (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TUB. A SEGURO FIC. SEGURO (R\$) R\$84.58
COTA ÚNICA ☒ PAGAMENTO ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 12/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.249.438/0001-04

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

ASL-0053008/20

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA**CPF:** 751.434.612-00**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 22/12/2018**Titular do CPF:** ROMARILSON CUNHA
FEITOSA**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

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

ROMARILSON CUNHA FEITOSA : 751.434.612-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: ROMARILSON CUNHA FEITOSA
CPF: 751.434.612-00

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065083 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22,24) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PAG 27

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

ASL-0053008/20

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA**CPF:** 751.434.612-00**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 22/12/2018**Titular do CPF:** ROMARILSON CUNHA
FEITOSA**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

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

ROMARILSON CUNHA FEITOSA : 751.434.612-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: ROMARILSON CUNHA FEITOSA
CPF: 751.434.612-00

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065083 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22,24) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PAG 27

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
		Total	0 %	R\$ 0,00