



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

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

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07130952020218010001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 13/12/2021 16:20:23

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Arquivos

Petição: 2848566_CONTESTACAO_0
1 - 1-13.pdf
Anexo - Petição: 2848566_CONTESTACAO_A
nexo_02 - 1-16.pdf
Anexo - Petição: 2848566_CONTESTACAO_A
nexo_03--1 - 1-28.pdf
Anexo - Petição: 2848566_CONTESTACAO_A
nexo_03--2 - 1-28.pdf
Anexo - Petição: KIT SEGURADORA LÍDER -
1-20.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo n.º 07130952020218010001

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ABRAO ASSIS MAIA DA ROCHA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/12/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/12/2020**.

Destaca-se que autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo à título de Reembolso de despesas Médicas, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 2.700,00 (DOIS MIL E SETECENTOS REAIS)** sendo este valor correspondente ao reembolso de DAMS.

Quanto à invalidez pleiteada, com base no próprio laudo médico acostado, verifica-se que a pagamento realizado na esfera administrativa no valor de R\$ 8.437,50 encontra-se acordo com percentual indenizável para as lesões suportadas.

Utilizando-se adequação legal do estipulado no laudo médico juntado pelo autor, verifica-se que o percentual indenizável informado é de **75% (grau intenso) de MEMBRO SUPERIOR DIREITO**.

Assim, a aludida lesão corresponde a valor inferior ao pago administrativamente, qual seja, R\$ 8.437,50 (oito mil e quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), portanto, não havendo de se falar em qualquer complementação.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidade do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NO VALOR DE R\$ 2.700,00

DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS

Cumpre esclarecer que a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, condiciona o pagamento da indenização securitária a comprovação das despesas médicas suplementares pelas vítimas de acidentes.

Como se observa da citada alínea "c" do art. 3º da Lei n. 6.194/74, a Lei prevê apenas o teto máximo para pagamento da indenização, mas não fixa valores a serem resarcidos.

Regulamentando a matéria, fora editada a Medida Provisória 340/06 com posterior conversão na Lei 11.482/07, a qual estabeleceu o valor do teto indenizatório para DAMS até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Desta forma, interpretando segundo regra comezinha de hermenêutica onde aduz que “*A lei não contém frase ou palavra inútil, supérflua ou sem efeito*” conclui-se que a expressão “até” delimita o valor da indenização neste teto, não havendo possibilidade de estendê-lo.

Assim, em razão do pagamento já realizado no montante de R\$ 2.700,00, não há valor a ser complementado.

DO REEMBOLSO JÁ REALIZADO PARA NOTA FISCAL APRESENTADA NO PROCESSO JUDICIAL

Como já informado, a parte Ré realizou o reembolso das Despesas Médicas pagas pelo autor em sua integralidade, inclusive, a nota fiscal apresentada no presente processo encontra-se acostada no processo administrativo e foi devidamente reembolsada. Vejamos:

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.09.01.01-7	US - GLOBO OCULAR - BILATERAL	200,00	200,00
Total da Análise Atual			200,00	200,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	200,00	200,00	200,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	200,00	200,00	200,00

TOTAL PLEITEADO: 200,00 TOTAL AVALIADO: 200,00 TOTAL PAGO + À PAGAR: 200,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Prefeitura do Município de Rio Branco
Secretaria Municipal de Finanças

Trata Wu - Barberia, 295 - Centro - Rio Branco/AC - CEP 69.900-102

NFS-e n°

30003

Emilia's story

2023/2020 07.23

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social:	PRORAD DIAGNÓSTICOS LTDA		
Nome Fantasia:	PRORAD DIAGNÓSTICOS		
CNPJ:	11467937000186	Inscrição Municipal:	132-503
E-mail:	andrade@prorad.com.br	Inscrição Estadual:	VR0
Endereço:	HUGO CARNEIRO, 505		
Cidade:	RIO BRANCO	CEP:	69900550

Dados do Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: ADRAÃO ASSIS MAIA ROCHA		INC. Municipal	INC. Estadual/FG
CPF/CNPJ: 01324757230			
Endereço: RODOVIA AC 40 KM 08,02		Bairro: RAMAL DA CAI TANHEIRA	
CEP:	CEP:	Email:	
City/State:	City/State:	City/State:	

Discriminação do Serviço/Dados Adicionais

14. INDICAR SE A PESSOA PODE REALIZAR A HEMI-OLFAÇÃO DO EXAME DE US DE AMBOS OS OLHOS, REALIZADO PELO MESMO, NASCIDO EM 15/01/1992

Local de Prestação: RIO BRANCO - AC

402 Análises clínicas, patologia, enfermidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultrassonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Valor do Serviço (R\$)	Quant.	Desconto Incon. (R\$)	Dedução (R\$)	Base de Calc. (R\$)	Alíquota (%)	Valor ISS (%)	Total
200,00	1,00	0,00	0,00	200,00	3,00	6,00	206,00

VALOR TOTAL DA NOTA: R\$ 200,00

Retenções / Descontos

INSS(R\$)	PIS(R\$)	CONFINS(R\$)	CSL(R\$)	IRRF
0,00	0,00	0,00	0,00	
ISSQN (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Total de Retenções	Descontos Conduzidos	Valor Líquido d
0,00	0,00	0,00	0,00	

Outras informações

- Natureza Operação: ISSQN a Recolher
ISS de responsabilidade do Prestador de Serviço
Serviço tributado no município: RIO BRANCO - AC
Data de vencimento do ISS dessa NFSE: 15/01/2021

Digitado por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justica do Acre, liberado nos autos em 14/10/2021 às 07:27

UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL

Outro aspecto não menos importante, o artigo 7, § 2º, da referida Lei determina que o CNSP "estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas seguradoras participantes do Consórcio".

Em sentido mais amplo, o artigo 12 da mesma Lei prevê que "o Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei".

Resta clara, portanto, a intenção do legislador em dar competência ao CNSP para regulamentar as formas de pagamentos das indenizações cobertas pelo seguro obrigatório constituído. De outro lado, não há conflito entre a Resolução questionada e a Lei n. 6.194/74, que apenas efetua o tabelamento dos preços dos serviços prestados como referência para as indenizações.

Assim, a utilização da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulada pelas Seguradoras como um “limite de cobertura” inferior ao estabelecido

através de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, conforme comumente é propalado.

A aludida tabela representa tão somente uma parametrização das despesas a que estão sujeitas as vítimas de acidentes, efetuada com vistas à uniformização dos custos médico-hospitalares e ao atendimento dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade que devem nortear a aferição e cálculo do valor da indenização.

Ressalte-se que no âmbito de seguro de saúde privado, a utilização das tabelas de preços para os serviços é comum a averbação de valores que excedam os do mercado, evitando-se o superfaturamento dos serviços.

Seguindo tais lineamentos, não se vislumbra motivação para deixar de observar as normas disciplinadoras expedidas pelo citado Órgão para o pagamento buscado na presente ação de cobrança.

Sendo assim, considerando a ausência de documentos nos autos que justifiquem o pagamento da complementação do reembolso efetuado administrativamente, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do NCPC.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 8.437,50 (oito mil e quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 8.437,50 (oito mil e quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/12/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 8.437,50 (oito mil e quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 8.437,50 (OITO MIL E QUATROCENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação:

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 858, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 7 de dezembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental acentuado; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **HALISSON FRANCISCO TORRES MERCES** inscrito OAB/RR 1387, **VINÍCIUS COSTA PERFEITO** inscrito OAB/RR 1500, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ABRAO ASSIS MAIA DA ROCHA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07130952020218010001.

Rio de Janeiro, 7 de dezembro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Helen Caroline Homero Lobato**, inscrita no CPF sob nº 026.583.422-84, **Rayanna Kelly Santos de Souza**, inscrita no CPF sob nº 979.518.112-20, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07130952020218010001**, que tramita **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 7 de dezembro de 2021.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

12345678

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVÍDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

⁶"PROCESSO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸**art.**

^{1º}

^{§2º} Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

(...)

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

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059170

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

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

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210059170**

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 8.437,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Valor: R\$ 8.437,50

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000080784-8

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, retorno 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,



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

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059170

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 09/07/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210059170 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA **Data do acidente:** 06/12/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM LESÃO DO NERVO ÓTICO ESQUERDO .
FRATURA EXPOSTA DO OLECRANODIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO DO OLHO ESQUERDO APRESENTA FUNDO DO OLHO ALTERADO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA SENSIBILIDADE NORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA INEXISTENTE, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, INEXISTÊNCIA DE ALTERAÇÕES MUSCULARES, INEXISTÊNCIA DE ALTERAÇÃO MOTORA. APRESENTA CEGUEIRA NO OLHO ESQUERDO ,AVALIADO PELA OFTALMOLOGISTA.(DOUTORA JAQUELINE O PAÇO.). AO EXAME FÍSICO DO COTOVELO DIREITO APRESENTA FLEXÃO AOS 80°, EXTENSÃO AOS 20°, PRONADAÇÃO AOS 70°, SUPINAÇÃO AOS 50°, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA APARENTE, SEM AMPUTAÇÃO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA SENSIBILIDADE NORMAL, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, INEXISTÊNCIA DE ALTERAÇÕES MUSCULARES, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO, CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME O EXAME FÍSICO, O PERICIADO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO NO COTOVELO DIREITO. APRESENTA SEQUELA DE GRAU MODERADO NO COTOVELO DIREITO E DE GRAU COMPLETO NO OLHO ESQUERDO COM CEGUEIRA TOTAL POR LESÃO DO NERVO ÓTICO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSÍNTESES DA FRATURA DO OLECRANO (FK 1,5CM FIO CERCLAGEM) DIREITO E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA FACIAL, INTERNADO POR 8 DIAS, SEGUIMENTO EM CONSULTA POR 2 MESES, NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES PÓS CIRÚRGICAS, DE ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO NO COTOVELO DIREITO.
DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU COMPLETO EM OLHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2021

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais NO COTOVELO DIREITO E EM OLHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3210059170**

Nome do(a) Examinado(a): **ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **TV ASSIS, 157, , Rio Branco/AC**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP / Não Informado**

Data e local do acidente: **06/12/2020 - Rio Branco/AC**

Data e local do exame: **17/03/2021 - Rio Branco/AC**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -9.97107 , longitude: -67.80957**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA FACIAL COM LESÃO DO NERVO ÓTICO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO OLECRANO DIREITO

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

Submetido a tratamento cirúrgico para osteossínteses da fratura do olecrano (FK 1,5CM FIO CERCLAGEM) direito e tratamento conservador do trauma facial,internado por 8 dias,seguimento em consulta por 2 meses,não houve complicações pós cirúrgicas,de alta MÉDICA.

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

Ao exame físico do olho esquerdo apresenta fundo do olho alterado. Apresenta na região observada sensibilidade normal, cicatriz operatória inexistente, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. apresenta cegueira no olho esquerdo ,avaliado pela oftalmologista.(Doutora Jaqueline O Paço.). Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 20°, pronação aos 70°, supinação aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no cotovelo direito.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

apresenta sequela de grau moderado no cotovelo direito e de grau intenso no olho esquerdo com cegueira total por lesão do nervo ótico.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Olho Esquerdo - Total - 100%

Cotovelo Direito - Médio - 50%


Dr. Beatriz Sanchez Perez
CRM-AC 2140

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

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000080784-8

Nr. da Autenticação AD05F3D900551F36

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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 6 - CPF: 10 - Complemento:

03.247.572.30

Abraão Assis maia da Rocha

6 - CPF: 10 - Complemento:

137 casa

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

5 - Nome completo: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 16 - Tel.(DDD):

ABRAO ASSIS maia da Rocha
Jelurau TV Anos (Rural) AC 69.900.000
Santa maria Rio Branco

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 15 - E-mail:

63.247.572.30
68-99969-0896

DADOS CADASTRAIS

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:

68-99918-3322

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0531

03

CONTA: 00080784 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar 30 - Vítima deixou 31 - Vítima 32 - Se tinha irmãos, informar 33 - Vítima deixou
leve filhos? Não Vivos: Falecidos: nascimento(nascidos)? Sim Não Vivos: Falecidos: Sim Não pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Rio Branco IAC 12-02-2021

Abraão Assis maia da Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00034001/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/12/2020 11:28:33 Data/Hora Fim: 18/12/2020 11:41:33
Delegado de Polícia: Marcus Jose da Silva Cabral

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões

Data/Hora do Fato: 06/12/2020 03:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Areal

Logradouro: AMADEO BARBOSA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 15/01/1992 Idade: 28

Profissão: Vendedor

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: Rio Branco - AC

Nome da Mãe: Francisca Pinheiro Maia

Documento(s)

CPF: 013.247.572-30

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: TRAVESSA ASSIS

Nº: 157

CEP: 69.900-970

Telefone: (68) 99969-0896 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta especializada para informar que na data e hora acima mencionado, estava trafegando na Avenida Amadeo Barbosa, pilotando a sua motocicleta, UMA FAN 160 DE COR VERMELHA PLACA: QLU2865, ANO 2019, quando bateu um buraco na via, caiu e ficou desacordado. Que o comunicante foi socorrido pelo SAMU e ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO. Que o comunicante quebrou o braço e machucou o lado esquerdo do rosto. Para efeitos legais registra o presente boletim.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00034001/2020

ASSINATURAS

Vanda Ferreira de Oliveira

Agente de Polícia
Matrícula 91673825

Responsável pelo Atendimento

Abraao Assis Maia da Rocha

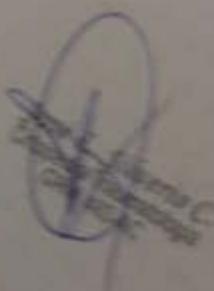
Vítima, Comunicante

"Declara para os devidos fins de direito que sou (a) (meu) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela inexistência de declaração que não origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Comunicação do Código Penal Brasileiro."

Laujo

Muito para o devido fuz
que o Dr. Mariano assinou realtà de
rocha. Se fizer a bordo de Tremonti
na data 06/12/2020 apresentando
fratura de elevação direita
pode proceder a cirurgia para
redução e fixação.

Existe em cirurgia evitando 10 cm
ao longo elevação entre os ①,
que não fizeram no estudo (9)-
fazendo a redução ① e redução
de 10 cm. Muitos os de 10 cm
em tanto é fator de si que
diferença é 1000 75% e de 100
em dízimo.



Attn 09/02/2021



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051932/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA : 013.247.572-30

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: 18/02/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051932/21

Número do Sinistro: 3210059170

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 09/07/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051932/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA : 013.247.572-30

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: 18/02/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

19/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

200,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000080784-8

Nr. da Autenticação 120A6211FAE1EE8D

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000080784-8

Nr. da Autenticação 7E091B69DA7C9D6C

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210059203

Data do acidente: 06/12/2020

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Rio Branco

UF: AC

Análise: Complemento

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data: 08/07/2021 14:26:10

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO CUBITO -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	Patologia osteomioarticular em um membro	2500,00	2500,00
Total da Análise Atual			2500,00	2500,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA Relacionamento: Vítima	200,00	200,00	200,00	2500,00	2500,00	2500,00
Total da Análise Atual	200,00	200,00	200,00	2500,00	2500,00	2500,00

TOTAL PLEITEADO: 2700,00 **TOTAL AVALIADO:** 2700,00 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210059203

Data do acidente: 06/12/2020

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Rio Branco

UF: AC

Análise: Primeira Análise

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data: 16/03/2021 15:39:10

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO CUBITO -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.09.01.01-7	US - GLOBO OCULAR - BILATERAL	200,00	200,00
Total da Análise Atual			200,00	200,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	200,00	200,00	200,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	200,00	200,00	200,00

TOTAL PLEITEADO: 200,00 **TOTAL AVALIADO:** 200,00 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 200,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

Recebedor: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

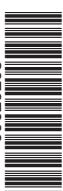
Valor: R\$ 200,00

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000080784-8

Tipo: CONTA POUPANÇA



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

Recebedor: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Valor: R\$ 2.500,00

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000080784-8

Tipo: CONTA POUPANÇA



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 AGU:

3 - CPF da vítima:

03.247.572.30

4 - Nome completo da vítima:

Abraão Assis Maria da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

5 - Nome completo:

Abraão Assis Maria da Rocha

6 - CPF:

03.247.572.30

7 - Profissão:

recolhedor

8 - Endereço:

TV Anos (Rural)

9 - Número:

157

10 - Complemento:

essa

11 - Bairro:

Santa maria

12 - Cidade:

Rio Branco

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.900 000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

68-93369-0896

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:

68-95518-3322

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0531

03

CONTA: 000 80784

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Vivos:

Sim

Falecidos:

Não

34 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Rio Branco /AC 12-02-2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00034001/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/12/2020 11:28:33 Data/Hora Fim: 18/12/2020 11:41:33
 Delegado de Polícia: Marcus Jose da Silva Cabral

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões

Data/Hora do Fato: 06/12/2020 03:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Areal

Logradouro: AMADEO BARBOSA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Malo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 15/01/1992 Idade: 28

Profissão: Vendedor

Estado Civil: Sem informação

Naturalidade: Rio Branco - AC

Nome da Mãe: Francisca Pinheiro Maia

Documento(s)

CPF: 013.247.572-30

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: TRAVESSA ASSIS

Nº: 157

CEP: 68.800-970

Telefone: (68) 99969-0896 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta especializada para informar que na data e hora acima mencionado, estava trafegando na Avenida Amadeo Barbosa , pilotando a sua motocicleta , LIMA FAN 160 DE COR VERMELHA PLACA: QLU2865, ANO 2019, quando bateu um buraco na viam caiu e ficou desacordado. Que o comunicante foi socorrido pelo SAMU e ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO. Que o comunicante quebrou o braço e machucou o lado esquerdo do rosto. Para efeitos legais registra o presente boletim.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00034001/2020

ASSINATURAS

Vanda Ferreira de Oliveira

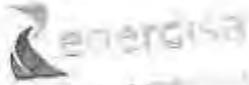
Agente de Polícia
Matrícula 91673626

Responsável pelo Abandono

Abraao Assis Maia da Rocha

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (meu) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pelas informações declaradas que eu digo, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Conveniência do Código Penal Brasileiro."



0180322-0

10675921

JANEIRO/2021

07/02/2021

120

75,82

FRANC. CA PINHEIRO HAJA DA ROCHA
 TV ASSIS (RURAL) 157 - SANTA MARIA (RURAL)
 CPF: 000444138-8204
 CEP: 01.900-000 - RIO BRANCO

1982	29/01/2021
1782	30/12/2020
1.060	26/02/2021
120	25/01/2021
120	29/01/2021
	30

NORMAL

MONO W5067090319

4.1.2.1 121

RURAL

DEZ/20	13
NOV/20	14
OUT/20	12
SET/20	143
AGO/20	113
JUL/20	98
JUN/20	111
MAR/20	98
ABR/20	15
MAR/20	10
TOTAL - S/ PTE	31
	31

CONSUMO 120 A R\$ 0,631852 = 75,82
 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,55
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,26

DEVIDO A REMANEJAMENTO DE ROTA, NO PROXIMO CICLO, PODERA SER
 ALTERADO O INTERVALO DE DIAS DE LEITURA EM RELACAO AO FATURAMENTO
 DESTE MES (ART. 84 RES. ANEEL 414/2010). EM CASO DE DUVIDA LIGUE
 0800 647 7196 OU WHATSAPP GISA 68 9233-0341.

6527.21AD.3F2A.0E64.24DE.9C7F.1CFD.473B

25,01	16,00%	75,82
25,18		
2,51		
6,39		
16,73		

0,87	1,00	0,87
11,72	23,44	46,89
5,54	11,09	22,18
		6,05
		11/2020
		42,21

AQUARI

Prefeitura do Município de Rio Branco
Secretaria Municipal de Finanças

Rua Rio Branco, 285 - Centro - Rio Branco/AC - CEP: 69.900-901

NFS-e nº:

30003

Emitida em:

30/12/2020 07:23

Dados do Prestador do Serviço

Razão Social:	PRORAD DIAGNOSTICOS LTDA	Telefone:
Nome Fantasia:	PRORAD DIAGNOSTICOS	
CNPJ:	11467937000198	Inscrição Municipal 1326503
E-mail:	atendimento@grupodousi.com.br	Inscrição Estadual RG
Endereço:	HUGO CARNEIRO, 505	Bairro BOSQUE
Cidade:	RIO BRANCO	CEP 69900550

Dados do Tomador do Serviço

Nome/Razão Social: ABRAAO ASSIS MAIA ROCHA	fone:	Ins. Estadual RG:
CPF/CNPJ: 01324757230	fone:	
Endereço: RODOVIA AC 40 KM 09.02	Bairro:	RAMAL DA CASTANHEIRA
Cidade:	CEP:	E-mail:

Descrição do Serviço/Dados Adicionais

VALOR REFERENTE A REALIZAÇÃO DO EXAME DE US DE AMBOS OS OLHOS. REALIZADO PELO MESMO, NASCIDO EM 15/01/1992

Local de Prestação: RIO BRANCO - AC

Serviço:	402-Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.						
Valor do Serviço(R\$)	Quant	Desconto Incon (R\$)	Dedução (R\$)	Base de Calc (R\$)	Aliquota (%)	Valor ISS (%)	Total (R\$)
200,00	1,00	0,00	0,00	200,00	3,00	6,00	200,00

VALOR TOTAL DA NOTA: R\$ 200,00

Retenções / Descontos

INSS(R\$)	PIS(R\$)	CONFINS(R\$)	CSLL(R\$)	IRRF(R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ISSQN (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Total de Retenções	Descontos Condicionados	Valor Líquido da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	200,00

Outras Informações

- Natureza Operação: ISSQN a Recolher
- ISS de responsabilidade do: Prestador de Serviço
- Serviço tributado no município: RIO BRANCO - AC
- Data de vencimento do ISS desta NFSE: 15/01/2021
- Código Verificação: 3AFD-BE81-SAAB-6FD9

Clique e saiba mais em Cet. Cetec



RECIBO

Nº

VALOR # 2.950,00 #

Recebi (emos) de Abraão Assis Maia da Rocha
a quantia de dois mil novecentos e cinqüenta reais -

Referente à 25 sessões fisioterapia Domiciliar

e para clareza firmo (amos) o presente.

Rio Branco, Acre, 30 de Dezembro de 2020

Assinatura

Lucimária Oliveira

Nome

LUCIMÁRIA OLIVEIRA

CREFI/09/266358-F

CPF / RG CPF: 792.818.262-91



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	CNS
--	-----

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE <i>Abraão Amorim Maia do Nascimento</i>	Nº DO PRONTUÁRIO		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CID 10
----------------------------------	--------------------------------	--------

Enxaquecimento

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)

DESCRIPÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL
---------------------------	------------------

70.400 Infarto do miocárdio

OBSERVAÇÕES

*Sintomas: - onofagia
- gosto de ferro no estômago*

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE REGISTRO DO CONSELHO
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	<i>Dr. Raelael Teixeira Pinto Otorrinolaringologista CRM/AC 3137/RC/01.13.519</i>



VPR-04

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	DATA	06/02/2010	HORA	04:13 min		
MÉDICO(A) REGULADORA(DA) <i>Dra. Guilherme Ribeiro</i>							
MOTIVO	CLÍNICO			TRAUMÁTICO			
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 6. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAF	<input type="checkbox"/> 22. APOGAMENTO	
<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 8. PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 20. FAB	<input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO		
<input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO: _____	<input checked="" type="checkbox"/> 17. Queda/MTD	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA			
<input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST.	11. INTOXICAÇÃO EXÓG.		<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 24. OUTRO: _____			
PACIENTE	NOME COMPLETO <i>ABRAAO</i> <i>ABASSIS</i> <i>MARIA DA</i>			25. Masc. <input checked="" type="checkbox"/>	IDADE <i>-25 ANOS</i>		
	ENDERÉCOS ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, N°, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA) <i>Notícias i Amadeo Bento</i>			26. Fem. <input type="checkbox"/>			
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULATÓRIO	NEUROLÓGICO	EXPOSIÇÃO		
	<input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS <input type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR. <input checked="" type="checkbox"/> 30. LIVRE	<input type="checkbox"/> 31. NORMAL <input type="checkbox"/> 32. ALTERADA <input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA <input type="checkbox"/> 34. APNEIA	<input checked="" type="checkbox"/> 35. NORMAL <input type="checkbox"/> 36. CHOQUE <input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 38. PCR	<input type="checkbox"/> 39. NORMAL <input type="checkbox"/> 40. CONVULSAO <input checked="" type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 43. COMA	<input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES <input checked="" type="checkbox"/> 47. FRATURAS <input checked="" type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS	
SINAIS VITais	HORA	P.A.	F.R.	FC	SPO2	DEXTRÔ	GLASGOW
	INÍCIO	4:15	100 x 70		87	96%	
FIM							
PROCEDIMENTO EFETUADOS	41. ADM. OXIGÉNIO	53. RCP	<input checked="" type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO	<input type="checkbox"/> 65. CURATIVO		
	50. GUEDEL	54. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 58. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> 62. INTRACATH	<input checked="" type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA		
51. ASPIRAÇÃO	55. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA	<input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> 67.			
52. INTUBAÇÃO (OTENT)	56. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> 60. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	<input type="checkbox"/> 68.			
AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____							
REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____							
TRANSP.	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO			
	<input checked="" type="checkbox"/> 69. SIMPLES <input type="checkbox"/> 70. MEDICALIZADO	<i>Via Pública</i> REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	<i>HUERD-SET</i> REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO				
INCIDENTE	71. CANCELADO	73. ÓBITO	<input type="checkbox"/> 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> 77. OUTRO			
	72. FALSO	74. RECUSOU ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL				
OBSERVAÇÕES		<p>Vítima de acidente de trânsito por queda de moto, encontrada em via pública semi pavimentada avenida e ligando com bairros etiologia: anfotílico, hipotensão por estímulos da queda, estavam apresenta trauma no lado direito isolando no oito direito + sangramento, trauma no esterno direito com provável fratura do mesmo esguicho colo + nível estorragia? Vítima, inquieta e agitada, foi imobilizada com prancha suja e color cônico e encaminhado para o HUERD SET para avaliação e consulta.</p>					
PROFISSIONAL QUE RECEBEM O PACIENTE <i>End: Gilvani Sáucio</i> TAC Enfermagem							

Protocolo: 707.4010.1737.4379

MS/DATASUS

HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

Nº DO BE

2775.565

DATA: 06/12/2020

HORA: 07:38

1781900

SETOR: Emergência

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Alvaro Isidro Meira da Rocha

NASCIMENTO: 15/01/1992

IDADE: 18

SEXO (M)

ENDEREÇO: Av. C.R. 90, 1000, Centro

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO: Centro

MUNICÍPIO: Rio Branco

UF: R

TEL: 99969-0396

RESPONSÁVEL: Paulo, Rio Branco

MÃE: Franca Ribeiro Mac

PAI:

MOTIVO DO ATENDIMENTO: Refluxo de ácidos

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Area 1 (Anel de Bambu)

CASO POLICIAL: ()

PLANO DE SAÚDE: ()

TRAUMA: ()

ACIDENTE TRABALHO: ()

VEIO DE AMBULÂNCIA: ()

SPO: 97

PAI: 10 x 77 mm HG

PL. SO: (70)

TEMP: ()

EXAMES: () RAIOS X

() FANGUE

() URINA

() LÍQUOR

() EGG

() ULTRASSONOGRAFIA

COMPLEMENTARES: ()

DADOS CLÍNICOS: Cinzas Genu

Paciente morador de Rio Branco no bairro Cidade

Vítima de corte no rosto no TCE, 67.1.12.000

Existe 11 cm cervical de M. (= 130 mm)

Prva estéril. - GLA (3+2+6) 13 mm de borda

com borda de 9 mm. E - contusão profunda epí

stomagica/epi peritoneal contusão direta

existe 11 cm de borda

DIAGNÓSTICO: 100 - Rotura

PREScrição:

CID: IC (cervical + epí)

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

06/12/2020

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL: ()

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE): ()

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS

() AOS 48 HS

() FAMILIA

() IML

() ANAT. PAT.

DR. Odilon Santiago

PRM - Cirurgia Geral

CRMIAC 2290

DATA DA SAÍDA:

ALTA: () DEC

Padreito bando q1 14:30 pt etapa com
encaminho da entidade envia

ALEGIAS MED

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER**

OVERVIEW

ALEGIAS MED

CD. Ensayo de teatro gerardo

CLASSIFICAÇÃO

As **horas**, administrado medicacão conforme prescrição médica

Medicação Via Oral - VO: com ml de água potável

Medicação Intramuscular – IM local

Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local

com () Jelco n° ____ () Scalp n° ____

Medicação sublingual

Medicação subcutânea, local:

NBZ

Anotações/Intercorrências

03.01.007

CONSULTA

Assinatura/COREN

ECG 14, TC S/A. Alk de cor

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

ADM 38 - Dau entado no SET, conduzido pelo SMM em parabéu
rigido e colas curvado, procedente de sua residência, vindo
de queda de moto em rotatória, agitado, respondeu
apresentando rimosas batidas sanguíneas nas mãos, t
suspeito de politrauma com contusão direita, lacerações, P.A
(20x77 mm) liga, Fc 90 bpm, SBP 92 mmHg, Tcc 36,5°C

- E-EAST \rightarrow 6:45 hours

- Paracoccidioides: bcr
- Histoplasma: bcr
- Escherichia: bcr

* Ausencia de levoide para m
curdwell et o present

Dr. Elielson Arthur
Medical Resident
Gardiner 3-1013
CRM/AC 1961

1086

Abner A. M. Rockwood 29

REGISTRO 2773165

ENFERMARIA: CCB LEITO 210

06/12/2020. No se ha presentado
requisitos, se han detectado
de CC. Pueden efectuar
desembolso, responde a separación
no existe estrategia para el
desarrollo de la estrategia para
el manejo de la crisis.

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 13:45 SALA 10 DATA 06-12-2020
 NOME DO PACIENTE Alvaro Soárez Maia da Rocha ID 28 anos
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA AMBULATÓRIO OUTROS bloqueio + Sedação
 ANESTESIA GERAL RAQUEANESTESIA LOCAL OUTROS
 INÍCIO DA ANESTESIA 14:20 TÉRMINO DA ANESTESIA
 PROCEDIMENTO REALIZADO Limpagem e Sutura
 INÍCIO DA CIRURGIA 14:25 TÉRMINO DA CIRURGIA 14:35
 CIRURGÃO Dra. MÁRCIA MENEZES AUXILIAR(ES)
 ANESTESISTA Dra. RONALY INSTRUMENTADOR
 CIRCULANTE Adriano ENF Roberta

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N° 40 x 121	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 100ML	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO /	ALGODÃO ORTOPÉDICO 15C ~ 15	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 100
PIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
JIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 15C ~ 11	GORRO
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 11
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 11
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS 1	LUVA P/ PROCEDIMENTO 11
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 14
LIDOCÁINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCÁINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 04	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS 17	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO 1	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 1	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% /	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO /	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPIENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 1#
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML 1#
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON 301	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 14:20	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 115 x 80 mmHg	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2: 98 %	SPO2:	SPO2:

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

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

01: 13:40 paciente denunciado no entro em que de moço
moço desorientado sonolento e que comunicativo e/realizar
pouco movimento anúncio. 01: 14:20 foi realizado anestesia
CI bloqueio + sedação eti RONZ

SAÚDE / UERB
CONCEPÇÃO ORIGINAL

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 109309
Numero do CNS....: 0000000000000000 707901017374374
Nome.....: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 15/01/1992 Idade: 28 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: FRANCISCO ASSIS DA ROCHA
Nome da Mae.....: FRANCISCA PINHEIRO MAIA
Endereco.....: RODOVIA AC 40 - RAMAL DA CASTANHEIR 157
Bairro.....: SANTA MARIA Cep.: 00000-000
Telefone.....: 99969-0896
Municipio.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade....: ACRE

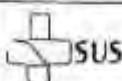
DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2781906
Clinica.....: 009 - EMERG. TRAUMATICA ADULTO
Leito.....: 999.0012
Data da Internacao: 06/12/2020
Hora da Internacao: 05:00
Medico Solicitante: 797.011.322-20 - ODILON RODRIGUES SANTIAGO JUNIOR
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.....: Y87.1
Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / MATERIA
CID: 000
CONFORME ORIGINAL



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Abranio Assis Maria da Rocha

2 - CHES

2 0 0 1 5 7 8

Identificação do Paciente

3. NOME DO PACIENTE

Abranio A. M. Rocha

4. N.º DO FRONTUAÍD

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101741011011713171413174

6. DATA DE NASCIMENTO

15/1/192

7. SEXO

MASC. FEM.

8. RACIAÇÃO

9. NOME DA MÃE

Flávia da Linhares Maria

10. TELEFONE DE CONTATO

000

11. N.º DO TELEFONE

12. NOME DO RESPONSÁVEL

Rodovia PE 40 Km - Castanheira - KM02 - Santa Maria

13. ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rio Branco

14. CÓDIGO MUNICÍPIO

15. UF

16. CEP

17. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18. CÓDIGO MUNICÍPIO

19. UF

20. CÓDIGO MUNICÍPIO

21. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dor Sagrada em coto a 60 D
Deformidade t 10h. de evoluç

22. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

II. Intensão crônica + fator

SAÚDE PÚBLICA

COPIA

ORIGINAL

23. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUL. TODOS OS EXAMES REALIZADOS)

RA

24. DIAGNÓSTICO INICIAL

25. CÓDIGO PRINCIPAL

26. CÓDIGO SECUNDÁRIO

27. CÓDIGO DE CAUSAS ASSOCIADAS

28. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29. CÓDIGO CLÍNICO

30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31. DOCUMENTO

32. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

37. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

39. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

42. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

43. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

44. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

45. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

46. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

47. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

48. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

49. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

50. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

51. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

52. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

53. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

54. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

55. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

56. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

57. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

58. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

59. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

60. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

61. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

62. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

63. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

64. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

65. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

66. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

67. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

68. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

69. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

70. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

71. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

72. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

73. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

74. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

75. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

76. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

77. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

78. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

79. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

80. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

81. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

82. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

83. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

84. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

85. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

86. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

87. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

88. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

89. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

90. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

91. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

92. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

93. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

94. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

95. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

96. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

97. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

98. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

99. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

100. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

101. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

102. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

103. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

104. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

105. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

106. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

107. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

108. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

109. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

110. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

111. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

112. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

113. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

114. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

115. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

116. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

117. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

118. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

119. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

120. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

121. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

122. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

123. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

124. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

125. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

126. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

127. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

128. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

129. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

130. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

131. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

132. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

133. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

134. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

135. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

136. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

137. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

138. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

139. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

140. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

141. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

142. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

143. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

144. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

145. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

146. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

147. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

148. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

149. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

150. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

151. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

152. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

153. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

154. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

155. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

156. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

157. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

158. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

159. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

160. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

161. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

162. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

163. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

164. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

165. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

166. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

167. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

168. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

169. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECKELIA

17

1170

卷之三

REGISTRO

PACIENTE

四

210

218

104



REGISTRO
PACIENTE

2773165

ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE
28

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
218

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

FRAT EXPOSTA OLECRANO
REALIZADA LIMP CIRÚRGICA
AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS
PARTES MOLES

DIETA ORAL LIVRE S/N/D
SRL 1000ML EV EM 24H
DIPRIMA 1GR EV/ODILUIDO 6/6H 10/10/12
TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA A
ADMINISTRAÇÃO DE DIPRIMA
PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR
TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS
OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
CÁPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 140 OU PAD> 100MMHG
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais

CURATIVO 1X/DIA
CEFALOTINA 1G EV 6/6H

600 Enoxaparina - 100mcg, via
intramuscular, todos os dias, 1x/6h
início de 1000 unidades, 1x/6h
sexta, segundamente
1500 Enoxaparina todos, n
pele seca, no mont
dejou de presente. At: 120mcg
1x/6h, 100mcg - 1x/6h, 1x/6h

Dr. Mário Vimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRMAC 1791

11/04/2014
Dr. Mário Vimenta

Intervenção 09.12.20
Introdoban + orientador
e uso de aparelhos
hôrnito Dr. Rodolfo Lima
Fisioterapeuta
CREFITO 9003180-1



REGISTRO
PACIENTE
2773165
ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE
28

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
218

HUERB

EVOLUÇÃO

PREScriÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRAU EXPOSTA OLECRANO
REALIZADA LIMP CIRÚRGICA
PCT NÃO ESTAVA NO LEITO
ESTAVA NA RADIOGRAFIA

CD: ALTA HOSPITALAR COM

DIETA ORAL LIVRE
SRL 1000ML EV EM 24H
DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 650ML
TRAMAL 01 AMP + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA A
ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA

PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR
TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS
OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAOP > 100MMHG

CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais
CURATIVO 1X/DIA
CEFALGÉTINA 1G EV 6/6H

ALTA HOSPITALAR COM CIRURGIA AGENDADA

DR. FÁBIO VITÓRIO JUNIOR
ORTOPEDISTA E ORTOPATOLOGISTA
ÓRGÃO: 19915807-15077

SAÚDE | INJETO
COMPROVANTE
ORIGINAL

ESTAVA NA RADIOGRAFIA
PCT NÃO ESTAVA NO LEITO
ESTAVA NA RADIOGRAFIA

CD: ALTA HOSPITALAR COM

DIETA ORAL LIVRE
SRL 1000ML EV EM 24H
DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 650ML
TRAMAL 01 AMP + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA A
ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA

PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR
TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS
OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAOP > 100MMHG

CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais
CURATIVO 1X/DIA
CEFALGÉTINA 1G EV 6/6H

ALTA HOSPITALAR COM CIRURGIA AGENDADA

As 15 horas nenh
Alto longo hor - C
Daniela de Sá Marques
Enfermeira
FONE: (65) 331.3319

NOME DO PACIENTE: Florav A. M. Rocha

IDADE: _____ OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Art. Cervi. Esportada da
coxílio D

CIRURGIA PROPOSTA: Largura + osteotomia
lateral + ext. + tala
de gume

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Art. Cervi. Esportada da
coxílio D

CIRURGIA REALIZADA: Largura + Destruind. + tala de gume DATA: 06/11/2020

CIRURGÃO: D. Ofício Manoel 1º AUXILIAR: D. Fábio

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR (A): _____

ANESTESISTA: _____ ANESTESIA: _____

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM () NÃO

DESCRIÇÃO: SANIE / HUEBS

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Paciente ex. D. sob anestesi. feito abr.
gume + frax. Repar. feita osteotomia
de coxílio. feito largura + ext. + tala
feita abr. e entro + tala



2020/12/06

FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	Alessio Assis Almeida de Faria		Idade:	23	Sexo:	MF	Cor:		Registro / BE	
Setor proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI		
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sanguíneo:	Fator Rh		
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP		
Diagnóstico Pré-Operatório: Náusea de estômago distensão/TCF										
Ap. Resp:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV: (-)	Complacência:						
ACV:	700		ECG:	PS		Alegrias:				
Ap. Digestivo/Dentes	(-)			Pescoco		Peças Dent.				
Ap. Urinário	(-)			Drogas em Uso:						
Estado Mental:	(-)									
Anestesias Anteriores:	(-)			ASA:	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Risco				
Medicação Pré-anestésica:	(-)			Hora:	Efeto:					
HORA:	14		15							
GASES	O ₂	94-94-94-94								
	NO ₂	94-94-94-94								
Líquidos	HALOG	94-94-94-94								
	(PL 200)	94-94-94-94								
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂	94-94-94-94								
	240	94-94-94-94								
	220	94-94-94-94								
	200	94-94-94-94								
	180	94-94-94-94								
	160	94-94-94-94								
	140	94-94-94-94								
	120	94-94-94-94								
	100	94-94-94-94								
	80	94-94-94-94								
60	94-94-94-94									
40	94-94-94-94									
20	94-94-94-94									
X	94-94-94-94									
CONFORME ORIGINAL										
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:		Monitorização:						
1º Fentanyl 100ug		Eferlaconat Local		PC/ECG/PA/CO2/SpO2						
2º		Cirurgia: Limpo 2020 Cirurg.		Ap. Resp.						
3º Sufentanil 0,57 50ug		Cirurgião/Auxiliar: Dr. Nelson Hassel		M VAG						
4º		OBS:		Ap. CV:						
5º										
6º										
7º										
8º										
9º		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):								
10º										



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Experiencia LEITO N° 28 À CLÍNICA: Meu Amor

PACIENTE: Abraão Assis Mário de Recknor

PACIENTE:..... MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente... 28... Anos... fraterno... ex-pato... da... lateral...
dorsal... apreço... de... "lito"... ou... "lithium"... cap... de...
estóico... de... 17...
Soc... 10... ex... 10... 0... 0...

NOME DO SOLICITANTE: DATA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Recente visita de polílogos, evoluindo
com auxílio de esquema + foto foto
do crânio, seu lesões cerebrais
lesões no globo ocular (e) + fratura de
maxila + luxo, si uvs

será completa comissão pela verif.
ção superfície - tecnicamente

NOME DO MÉDICO:

JNAQ

„Αλλαγή βασικής θέσης στην Ελλάδα”

DATA...../...../..... HORA:

38
HUERB
ATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Requisicao: 00.PC.1.017351
Num. do BE: 02773165

Idade.: 28A
Requis.: 07/12/2020

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhares)....	8,77	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhares/mm3
Hemoglobina.....	11,70	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	38,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM.....	87,00	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM.....	31,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	35,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global.....	16.100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Eosinofilos.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Mielocitos.....	0	%	VR: 0-3
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Metamielocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
..... Absoluto.....	0	%	
..... Bas.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	483	mm3	
Segmentados.....	90	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	14.490	mm3	
Linfocitos.....	6	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto.....	966	mm3	
Monocitos.....	1	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	161	mm3	
Plaquetas.....	0	%	VR: 0-1
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observacao:			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS

SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 as 15:20 Coleta: 07/12/20 as 15:19:19 via Impressa: 07/12/20

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL


Glicia Carvalho Leite
Óptica nº 0001 1885 PA

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Requisicao: 00.PC.1.017351
Num. do BE: 02773165

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

Idade...: 28A
Requis.: 07/12/2020

cor....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:... 01 MINUTO 30 SEGUNDOS

VR: 1 - 5 minutos

Tempo de Coagulação:... 05 MINUTOS

VR: 2 - 10 minutos

Contagem de Plaquetas:... 141.000 /mm3

VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 as 15:20 Coleta: 07/12/20 as 15:17-1a. Via Impressa: 07/12/20


Dr. Grazielle Carvalho Leite
Biomédica CRM/PA 1885 PA

SAMM / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Item Principal

Soproto +
desordens de
função de
evolução

Q

W
EV
EV

Stória da Doença Atual

EV

Nip

Stória da Doença Anterior:

Exame Físico:

Cognos + desordens de evolução. D

Agostico Provisorio:

Frot. di catarro Q, leucote +
c/infecção

Agostico Definitivo:

Objeto da Cobrança:

19

CONFIDENCIAL ORIGINAL

- 1-ALTA CURADA
- 2-ALTA MELHORADA
- 3-ALTA INALTERADA
- 4-ALTA PEDIDO
- 5-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 6-ALTA ADMINISTRATIVA
- 7-ALTA POR INDISCIPLINA
- 8-ALTA POR EVASÃO
- 9-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 10-PERMANÊNCIA POR CARACT PROP DA DOENÇA
- 11-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 12-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 13-POR DOENÇA CRÔNICA
- 14-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 15-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 16-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 17-TRANSFERÊNCIA P/ CL. NICA MÉDICA
- 18-TRANSFERÊNCIA P/ CL. NICA CIRÚRGICA
- 19-TRANSFERÊNCIA P/ CL. NICA OBSTÉTRICA
- 20-TRANSFERÊNCIA P/ BEBERÇÁRIO
- 21-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIATRICA
- 22-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 23-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 24-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERNACÃO
- 25-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERNACÃO
- 26-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERNACÃO
- 27-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERNACÃO
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERNACÃO
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERNACÃO
- 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 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA 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 DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DE 48 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

Dr. Mário Marçal B. dos Santos
CRM-PE 1650 CRM-RJ 3121

1.80 m

Sirreg 3524 7624 7

FUNDHACRE

FUNDACAO HOSPITAL DO ACRE

Sus: 707. 4030. 1737. 4374

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

Nome: Abraao Assis Maia da Rocha 28a

Número do Prontuário: 299422 Data 13.12.20 Hora: 7:00

Secção: A Quarto: _____ Leito: _____ 19

data do Nascimento 15.03.92 Naturalidade: Rio Branco

Nacionalidade: Brasileira Sexo: m Cor P

Estado Civil: Solteiro 100929030

Profissão: Auxiliar de Venda Religião: Evangelica

Residencia de la costa verde n° 157

airro: Santa Cidade: Rio-Bravo Estado AC Tel.: 992182205

Endereço do Trabalho: _____

airro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel.: _____

lliação: Francisco Assis da Rocha / Francisco Pinheiro
mais

Nome do Cônjugue: Patrícia CONCEIÇÃO

rau de Escolaridade: Ensino médio incompleto

éxico Responsável: DR: Fricke _____ R. da
ista de _____

Nome do Responsável: o mesmo

do RG. do Responsável: o mesmo

Endereço do Responsável: _____

dade:

Estado:

Grati de Parenlesen

DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC

AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE:

Abreu Anis Maria da Rocha

DIAGNÓSTICO (DX)

fx exposto olecrano

PROCEDIMENTO

osteomírese

CIRÚRGICO PROPOSTO:

NECESSIDADE DE
ANESTESIOLOGISTA?

SIM () NÃO ()

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

92 12 20

DATA DA CIRURGIA

13 12 20

DATA DA INTERNAÇÃO

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ÓRTESES E PRÓTESES)

- FK 1.5 mm

- fixo cíclogram

SOLICITAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PARA OPERATÓRIA EM: DIAS
HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO
OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA
ASSINATURA DESTE.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: / /20

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

NÚMERO DO CARTÃO SUS

NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS (FUNDHACRE)

PACIENTE RESIDE EM:

TELEFONES PARA CONTATO:

FIXO			
CELULAR			
RECADO	Falar com:		

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

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC.

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

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

Nome completo:

Endereço:

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

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

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

do(a) Dr.(a) Francis R. , Inscrito no CRM sob o N
e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns):

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

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

Rio Branco-AC, 10/12/2000.

Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____

FICHA DE ANESTESIA		HOSPITAL FUNDAÇÃO							005504		
DATA 11/13/2005	NOME ALVARO ASSIS MAIA DA ROCHA							Apt. Entr.	Nº PRONTUÁRIO 299722		
IDADE 28	SEXO MASC	COR	ALTURA	PESO	GRUPO SANG.	PA	PULSO	TEMP.	RESP.		
HEMÁCIAS	LEUCOC.	HT	HEMOG.	GLICEMIA	UREIA	CREAT.	BIL.	INR	TGO	TGP	
AP. RESP. SI/AB		ASMA	NEGA	BRONQUITE NEGA		COMPLACÊNCIA (7)		M. VES (1)			
AP. CIRC. EGG SI/H4					ALERGIA NEGA						
AP. DIGESTIVO DENTES Jejunum					PESCOÇO NORMAL		PEÇAS DENT. --				
ESTADO MENTAL Lat					DROGAS EM USO						
APARELHO URINÁRIO --					--						
DIAGNÓSTICO PRÉ OP Fratura de olecrano (1)											
ANESTESIAS ANTERIORES											
MEDIC. PRÉ-ANEST		10h15	11h	HORA		RISCO					
GASES	O ₂	O									EFEITO
Fluídios	SRL 500 ml + 500 ml										
SATO2		260	100% 100% 100%								
CÓDIGO		240									
Maternal O Pulsos O Respiração		220									
X Anestesia O Operação		200									
> <		180									
VT		160									
SÍMBOLOS		140									
DROGAS ADMINISTRADAS		120									
1º Fentanyl 100 mcg		100									
2º MIDAZOLAM 5mg		80									
3º CEFALOTINA 2g		60									
4º ASINERGAN 10mg		40									
5º BENAMETASOL + 10mg		20									
6º DIPRIVONA 2g											
7º Ropivacaina 15ml											
8º S/MAISO											
9º Bloqueio											
10º											
11º											
12º											
13º											
14º											
15º											
TÉCNICA		Bloqueio Supraclavicular + Axilar + Seção									
CIRURGIA		Osteosíntese do cotovelo (1)									
CIRURGIOS		RAFAEL + FRANCIS									
OBS:		MONITORAÇÃO PAMI, SATO2,									
 ANESTESIOLOGISTA											

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA		PONTUAÇÃO
ATIVIDADE	Movimento voluntário de todas as extremidades	2
	Movimento voluntário de duas extremidades	1
	Incapaz de se mover	0
RESPIRAÇÃO	Respira profundamente e tosse	2
	Dispneia, hipoventilação	1
	Apréia	0
CIRCULAÇÃO	PA $\pm 20\%$ do nível pré-anestésico	2
	PA $\pm 20\%$ a 50% do nível pré-anestésico	1
	PA $\pm 50\%$ do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Totalmente desperto	2
	Desperta quando chamado	1
	Não responde	0
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter Sat O ₂ > 92%, respirando ar ambiente	2
	Necessita suplemento de O ₂ para manter SatO ₂ > 90%	1
	Sat O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente saudável.
ASA II	Paciente com doença sistêmica.
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa que é constante risco para a vida.
ASA V	Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.

PT post operatório segue lucido espontâneamente
dito cliente presente segue seu interconhecimento por 100% PB=110x70
PMS TAx=36,2°C Tc placenta

paciente post operatório, lucido, conservando apetite, referindo
funções fisiológicas preservadas, acometido de F.A 100x60 mmHg
T. 35,6°C Tc placenta.

CIRURGIA ELETIVA

Clínica _____

Enfermaria ALeito 19Data 13/12/20Hora 7:00Idade 28

Cirurgia de

 Pequeno porte Médio porte Grande porte

MATRÍCULA

Data Nasc. _____

Nome Alcione Jesus MariaSexo M F

Residir

CONSIDERAÇÕES OPERATÓRIAS

Procedimento cirúrgico proposto Exstirpação de útero

Aspectos relevantes do exame físico

Admitida para 3º dia com acometida de
enfades do S. Pélvico. No momento
a filha, nupcial, não recorrido. Nega
alergia medicamentosa. Exame em
presença. Anamnese: Radiografia + Cita
nas laterais de sacro e ilíaco
e suspeita de útero

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ TAX: _____

Orientações: Saídas
1,50mDATA 13/12/20 COREN 188659

Carimbo Paulo Guedes
ASSINATURA

ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO

ENFERMARIA: A B C D GERIATRIA UTI DATA _____ Hora _____NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Lúcido Sonolento Consciente Torporoso DesorientadoJEJUM: Sim Não TRICOTOMIA: Sim NãoPROTESE: Sim NãoUSO DE PRÉ-ANESTÉSICO: Sim NãoPRONTUÁRIO COMPLETO: Sim Não

SINAIS VITais: PA _____ mmHg T. _____ °C P. _____ b.p.m R. _____ lpm

OBS: _____

Carimbo

DATA _____

COREN

--	--	--	--

ASSINATURA

RECEPCAO DO CENTRO CIRURGICO

HORA DA ENTRADA NO C.C.:

HORA DA ENTRADA NA S.O.:

SALA:

NIVEL DE CONSCIENCIA: Lúcida Sonolento Consciente Torporoso Desorientado ComatosoINTEGRIDADE CUTÂNEA: Sim NãoALERGIA: Sim Não

OBS:

DATA:

COREN:

Carimbo

ASSINATURA

TRANSOPERATÓRIO

ESQUEMA: Não Sim Local:

Início: _____ h

Término: _____ h

Início: _____ h

Término: _____ h

CARACTERISMO VESICAL: Não Sim Sonda N° _____ 2 VIA: 2 VIA ENF: _____HEMOTRANSFUSÃO: Não Sim Nº de Bolasas: C.H. _____ PFC: _____LABORATÓRIO: Histopatológico Culinária Cito

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

OBS: *Quais agencias de ser realizadas sob sua responsabilidade*

ENCAMINHADO PARA: S.P.A.

CIRCULANTE:

NA RECUPERAÇÃO POS-ANESTÉSICA

RECEBIDO NA RPA ÁS: *01:09h*NIVEL DE CONSCIENCIA: Lúcida Sonolento Consciente Torporoso Desorientado ComatosoIDRATAÇÃO VENOSA: *MSG 500ml. Soral* Condições: *em uso*CURATIVO CIRURGICO: Local: *MSD* Condições: *occlusivo*

DRENAGENS: Tipo: _____

Tipo: _____

HEMOTRANSFUSÃO: Não Sim Nº de Bolasas: C.H. _____ PFC: _____ELIMINAÇÕES: Não SimEXTREMIDADES: Aquecidas: Fria: Cianóticas: Perfundidas: SINAIS VITIAIS: PA: *110x60 mmHg* F.C. *34.3* P. *55* b.p.m S. *98%* I.P.M.OBS: *102 Osteosintese coto, velo(1) dos Blaueiro +**pedrocos*HORA DA ALTA: *13:30* Acordado: Sonolento: ENCAMINHADO PARA: *Sleod R. leito: 19*DATA: *14.12.20*

COREN:

Carimbo

S. S. da Silva

ASSINATURA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Abraao Assis Maia da Rocha

LEITO: ORTOPEDIA / 10

DATA: 14/12/2020

1. DIETA VO livre.....
 2. SRL 500ML EV 12/12 HORAS
 3. Cefalotina 1G IV 06/06H.....
 4. DIPIRONA 1g + 20ml AD EV 6/6H
 5. Tramal 100 mg EV + 100ml sf 0.9% de 8/8h
 6. Plasil 01 amp EV + AD de 8/8h S/N.....
 7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS
 8. CURATIVO 1 x ao dia.....
 9. Tilatil 20mg IV 2x dia.....
- D-10*
- 5/12/2020*
10/12/2020
22/12/2020
15/12/2020
18/12/2020
5/12/2020
10/12/2020
15/12/2020
18/12/2020
- ORTOPEDIA*
ORTOPEDIA
10/12/2020
15/12/2020
18/12/2020

EVOLUÇÃO MÉDICA

POS OP IMEDIATO DE OSTEOSINTSE DE OLECRANO DIREITO

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIA.

Leandro Hoffmann & da Silveira
CRM - Ortopedista e Traumatologista
CRM - 26.22298

15/12/2020 Boas sensações

F. o luxo. nenhuma - referos - etc

o 2º ato 14/12/2020 com orientações - endossa

- extenso amarrado frontal

Leandro Hoffmann & da Silveira
CRM - Ortopedista e Traumatologista
CRM - 26.22298

30T pos operatiori segue lucido expreco amar o
lito d'ineri present depea sua interconiuencia for 110×70
 110×36 e Tc plamia — — — — —
period pos operatiori, lucido, conurecting expreco, afibul
unca s fisiologicas present, aorta d'ab. 8.4 100x100 mm, T.
35,6 e Tc. plamia.

Código Solicitação: 352476247

Número AIH: 122010051303-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO
Unidade Executante:
FUNDHACRE
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
BR 364 KM 2 - 02 - - DISTRITO INDUSTRIAL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

CNES:
2001578
CNES:
2001586
Município Executante
RIO BRANCO
CENTRAL ESTADUAL - AC
10.12.2020 - 13:58:52 **Operador** SOL.HUERB-INGRID
21/12/2020 - 13:52:10 **Operador** REG-CAROLL
22.12.2020 **Operador**
13.12.2020 **Operador** EXEC.FUNDHACRE-MARCIO
15.12.2020 **Operador**
21/12/2020 - 15:54:09 **Operador** EXEC.FUNDHACRE-MARCIO
1.2 ALTA MELHORADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707401017374374
Nome do Paciente
ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
Nome da M^ao
FRANCISCA PINHEIRO MAIA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
15/01/1992 (28 anos)
Tipo Logradouro:
RODOVIA
Número:
S/N
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(68) 99969-0896 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:**Naturalidade:**

RIO BRANCO - AC

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro: AC 40 RAMAL DA CASTANHEIRA KM 02
Bairro: SANTA MARIA **CEP:** 69923-899
Município de Residência: RIO BRANCO **UF:** AC

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

16871547835

CPF do Médico Executante:

16871547835

Diagnóstico Inicial - CID:

5521 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO

Caráter:

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÓNDILIO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO

Nome do Médico Solicitante:

FRANCIS KASHIMA

Status da Solicitação:

APROVADA

Nome do Médico Executante:

FRANCIS KASHIMA

Classificação de Risco

Prioridade 2 - Prioridade não urgente

Clinica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020369

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

FX EXPOSTA DE OLECRANO/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + ANAMNESE + IMAGEM

Condições que Justificam a Internação:

PACIENTE COM CIRURGIA AGENDADA PARA 14/12/2020 NO HC COM DR FRANCIS/DR RAFAEL

PARCERIA**Motivo de Impedimento do Regulador:**

PACIENTE
Abraao

ANNA MARIA DO ROCHE

IDADE
28

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA GURGICA - B

LETO
19

HUEKB

INTERNAÇÃO

EVALUAÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO:

fx em perito

clacromo (5)

DATA DE AVALIAÇÃO:

06/12/20

DATA DE TERAPIA:

13/12/20

DATA DE ERUPTA:

19/12/20

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Dr. Rafael
MATERIAIS:

DESIINTERFERÊNCIAS:

- FR 15 mm
- Fio cecolopên

1-DIRETA VOLUME ZERO A PARTIR DE MEIA NOITE
2-SF 0,9% 50ML N CADA DIA
3-DEPROMETABOLICO 650MG SE DOR

4-TRAMAL 10MG + 100ML SF 0,9% EV 30ML SE DOR FORTE
5-PLASIL 10MG EV DILUÍDO 30ML SE MALAISE OU EMBESE
6-CAPTOPRIL 20MG NO SE PAS 140 OU PAPD 100MMHg

7-CUIDADOS GERAIS + SEMAS VITAS

PERI-OP. - Tumor resecado
Busto - Mamas, tecido
proteico - inflam - reac
metastases - clat. Gland
glandular - lob. Tum
concreto - tec
vascular - tec
cervical - tec
metastase - tec

INTERNAÇÃO

HOSPITAL:

HC

internação 07/12

JF
**HUERB
ATOLOGIA CLINICA**

AV. NAÇOES UNIDAS, 700. - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3060
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Equisicaco: 00.PC.1.017351
Num. do BE: 02773165

Idade...: 28A
Requis.: 07/12/2020

S. Origem.: HUERB/PS *CR*
Olicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

hemacias (em milhoes)...	3,77	mm ³	VR: H:4,5 a 5 M:4 a 5 milhoes/mm ³
hemoglobina.....	11,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
ematocrito.....	38,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
Micr. Hemoglobina.....	87,00	fL	VR: 78 a 98 fL
Micr. Hematocrito.....	31,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHM.....	38,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

leucometria Global.....	16.100	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
neutrofilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
leuc. Absoluto.....	0	mm ³	VR: 2 a 4 %
esinofilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
leuc. Absoluto.....	0	mm ³	VR: 0 %
eslocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
leuc. Absoluto.....	0	mm ³	VR: 0 a 1 %
tamielocitos.....	0	%	VR: 0 a 5 %
leuc. Absoluto.....	0	%	VR: 0 a 5 %
neutrofagicos.....	3	%	VR: 0 a 5 %
leuc. Absoluto.....	493	mm ³	VR: 54 a 64 %
leuc. Neutrofagicos.....	90	%	VR: 54 a 64 %
leuc. Absoluto.....	14.490	mm ³	VR: 21 a 35 %
nefocitos.....	6	%	VR: 4 a 8 %
leuc. Absoluto.....	966	mm ³	VR: 4 a 8 %
neutrofagicos.....	1	%	VR: 4 a 8 %
leuc. Absoluto.....	163	mm ³	VR: 0 %
esetos.....	0	%	VR: 0 %
leuc. Absoluto.....	0	mm ³	VR: 0 %
servacao.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS

SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA

Gerado por: GILVARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 às 15:30 Coleta: 07/12/20 às 15:17:18. Via Impressa. 07/12/20

*HOSPITAL DA CLINICA DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINA-*

CF
Carvalho Leite
07/12/2020 1885 PA

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Requisicao: 00.PC.1.017351
Num. do BE: 02773165

Idade...: 28A
Requis.: 07/12/2020

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

Cons. Regional:

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

Amostra: Sangue

tempo de Sangramento:... 01 MINUTO 30 SEGUNDOS
tempo de Coagulacao:... 05 MINUTOS
contagem de Plaquetas:... 141.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 as 15:20 Coleta: 07/12/20 as 15:17-1a. Via impressao: 07/12/20


Dr. Grazielle Carvalho Leite
Biomédica CRM 1885 PA



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Euapeuia LEITO N° 2 R A CLÍNICA Meus Amor

PACIENTE: Adriano Alves Maia do Rocha

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 28 anos fumante ex-pasta de catarata
durante apresenta "dor de olho" de "grau" e "falta de visão".
Exame: exame óptico

grau!

SOB REFERÊNCIA

NOME DO SOLICITANTE:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

DATA: 08/12/2012 HORA: 9:30

Paciente vítima de polio no enteado
com dor de cefaléia + dor forte
no olho direito, seu lesão cerebral
lesão em globo ocular (C) + fratura de
maxilar + luxação SIUUS
Sua condição cirúrgica pela dor
no siufo é CO - tecnicamente

NOME DO MÉDICO:

INAO

AVALIAÇÃO

DATA: 09/12/2012 HORA:



FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE

FUNDHACRE

CARTÃO SUS 702 4020 2737 4374

NOTA
DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO

UTI
AMBULATÓRIO

Nº REGISTRO:

297 322

DATA:

14/12/20

Nº DO LEITO:

SALA:

COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE ABRAÃO ASSIS MARIA DA SILVA

PROCEDIMENTO REALIZADO RX DE OLGUNHO

TIPO DE ANESTESIA BLV 240 F 5000P

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada					un.	Agulha Hipodérmica nº				
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE N°				
AMP.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
fr.	MARCAÍNA PESADA 0,5%					un.	Atadura de Crepe				
amp.	DORMONID <i>edafetina</i>	L				un.	Atadura Gessada				
ml	LINDOCAINA 2% S/V	1				un.	Compressa 10 x 10	1			
ml	Fentanil	1				un.	Compressa 45 x 50	1			
ml	LINDOCAINA 2% C/V						Dreno nº				
ml	<i>Isovel metoclopramida</i>	1				un.	Lâmina de Bisturi nº				
fr.	PROPORFOL <i>Reoper</i>	1				un.	EQUIPO				
tb.	Lindocaina Gel (Xylocaina)					Par.	Luvas de Borracha nº	1	0		
fr.	Tiopental (Thionembutal)					un.	CATETER INTRAVENOSO				
fr.	Suxametônio(Quelicin)					un.	Seringa 5ml				
amp.	Metoclopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml	1			
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml	1			
amp.	RONCURENIO <i>Diprivan</i>	L				un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL					un.	Sonda Folley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL N° 2.0	L			
fr.	DECADRON <i>Dexa</i>	1				un.	FIO POLIESTER N°				
fr.	Ketalar <i>Terpacine</i>	1				un.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Dicitocina-5u (Syntocinon)					un.	CATEGUTE SIMPLES N°				
amp.	Metilergometrina (Metergin)					un.	MONONYLON N° 3.0	L			
un.	NAUSEDRON					un.	ALGODÃO-N°				
un.	SEROVURANE					ML	ALCOOL 70%	1			
un.	ISOFURANE					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE	1			
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOÓLICA	1			
un.	SORO RINGER										
un.	SORO FISIOLOGICO										

CIRURGIAO

DR. CARLOS LIMA

CIRURGIAO

CIRCULANTE

RUGER

INSTRUMENTADOR

GRILLET

ANESTESISTA

RAMON

ENFERMEIRO

JOSÉ M.

HORA ENTRADA 00

HORA MÉDIO 00

HORA FIM ANESTESIA

HORA SAÍDA 00

HORA MÉDIO 00

HORA FINAL ANESTESIA



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	CNS
--	-----

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE <i>Almoá Amis Moia da Rocha</i>	Nº DO PRONTUÁRIO		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO / /		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. 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)

DESCRIPÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Do frotado da clínica</i>	CID 10 PRINCIPAL <i>D</i>
OBSERVAÇÕES <i>Exame - anofem - genito d'as de catar</i>	

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr Rafael Teixeira Pinto
Ortopedista e Traumatologista
CRM/AC 2.333 / F01 13.379

Paciente

Alice Amorim do Rocha
Lanle Rocha

Paciente com compromimento
de percepção de ectrodo do
Olho direito (14/12/22).

Atendente, incomodado
para uso de balaço
fisiológico, mantendo
limpeza permanente no
olho direito.

CR = 552.0
298.8

DATA 30/12/22





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA : 013.247.572-30

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Número do Sinistro: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/07/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Número do Sinistro: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/07/2021
Nome: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA
CPF: 013.247.572-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA