



**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 1ª 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 SÍNTESE DA DEMANDA

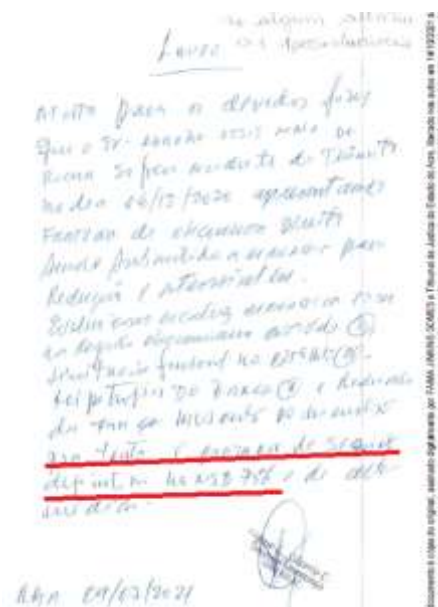
Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/12/2020**, restando permanentemente inválida.

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 CONCILIAÇÃO

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 invalidez 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

Cumpra 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 ressarcidos.

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: ABRAÃO 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
Rua N.ª Barbosa, 285 – Centro – Rio Branco/AC – CEP: 69.900-101

NFS-e n.º
30003
Emitida em:
30/12/2020 07:23

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social	PRORAD DIAGNÓSTICOS LTDA		
Nome Fantasia	PRORAD DIAGNÓSTICOS	Telefone	
CNPJ	11467937000106	Inscrição Municipal	121.503
E-mail	atendimento@prorad.com.br	Inscrição Estadual/IG	
Endereço	HUGO CARNEIRO, 505	Bairro	BOQUE
Cidade	RIO BRANCO	CEP	69900550

Dados do Tomador de Serviços

Nome/Razão Social	ABRAÃO ASSIS MAIA ROCHA		
CPF/CNPJ	01324757230	Insc. Municipal	
Endereço	RODOVIA AC 40 KM 08, 02	Bairro	PANAL DA CALTAINEIRA
Cidade		CEP	
E-mail			

Discriminação 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, psicologia, eletrocardiograma, 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(R\$)
200,00	1,00	0,00	0,00	200,00	3,00	6,00	206,00

VALOR TOTAL DA NOTA: R\$ 206,00

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 Considerados	Valor Líquido da NF
0,00	0,00	0,00	0,00	206,00

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

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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo 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 ressaltar 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; e

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 a 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 Súmula 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 honorários 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 exposto 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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento de senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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					
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; **JOSELAINE 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 n.º 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

JOSELAINE 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 PROVIDO. 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 CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO 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.

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



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°, 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 PERICIAO 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 HOUE 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 atrofia 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. Nexos 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%

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



Dra. Gisela Sanchez Perez
CRM-AC 2140

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:

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0534 03 CONTA: 00080784 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Rio Branco IAE 12-02-2021

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE 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	Melo(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
Telefone: (68) 99969-0896 (Celular)

Nº: 157
CEP: 69.900-970

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 91673826

Responsável pelo Atendimento

Abraão Assis Maia da Rocha

Vítima, Comunicante

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

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:

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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)

AGÊNCIA: 0534 03 CONTA: 00080784 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Rio Branco IAE 12-02-2021

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Laudo

Atento para o devido fato
que o Sr. Antônio ISSIS MATEU DE
Rocha Superintendente de Trânsito
na data 06/12/2020 apresentando
Fatura de educação viária
sendo solicitada a emissão para
redução e atestando em.
Examinamos e emitimos emissão 100%
na região econômica do Vale (D),
fratando fatura no estado (R).
Tal porção de fatura (D) e redução
de fatura em 100% no estado
por tanto é possível de seguir
deputado na RSD 75% e de alta
avida.

Ano 09/02/2021



Superintendente de Trânsito
ANTÔNIO ISSIS MATEU DE ROCHA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

  **Polgar Direito** 

Adraão Assis Maia da Rocha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

 **Receita Federal**

CPF

013.247.572-30

MESES DE VALIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1092901-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2010

NOME **ADRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA**

FILIAÇÃO
FRANCISCO ASSIS DA ROCHA
FRANCISCA PINHEIRO MAIA

NATURALIDADE
RIO BRANCO - AC DATA DE NASCIMENTO **15/01/1992**

DOC. ORIGIN.
CERT. NASC. 30575 FLS 275 LIV 108-A

2 OF RIO BRANCO - AC

CPF **013.247.572-30**

2 VIA


CARLOS ROBERTO DE ALMEIDA RODRIGUES
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051932/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF de: Próprio

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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 03.247.572.30 4 - Nome completo da vítima: Abraão Assis Maia da Rocha

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

5 - Nome completo: Abraão Assis Maia da Rocha 6 - CPF: 03.247.572.30
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: R. Assis (Rural) 9 - Número: 157 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Maria 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.900.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 68-99369-0896

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: 68-99318-3322
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)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco IAC 12.02.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE 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	Melo(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: 69.800-970
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 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

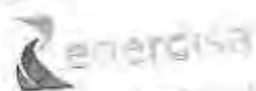
Agente de Polícia
Matrícula 91673626

Responsável pelo Atendimento

Abraão Assis Maia da Rocha

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que serei responder civil e criminalmente pelo conteúdo declarado que da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."



0180322-0

10675921

Endereço: Rua Vinte e Nove de Abril, 100 - Santa Maria (Rural) - Rio Branco - AC - CEP: 69.900-000

JANEIRO/2021

07/02/2021

120

75,82

FRANCISCA PINHEIRO MAIA DA ROCHA
TV ASSIS (RURAL) 157 - SANTA MARIA (RURAL)
CPF: 000444138-8204
CEP: 69.900-000 - RIO BRANCO

Consumo	1902	29/01/2021
Adicional	1782	30/12/2020
Adicional	1,000	20/02/2021
Consumo	120	25/01/2021
Consumo	120	29/01/2021
	FCAW*	30

NORMAL	4.1.2.1	121
RURAL	MONO	WS067090319

DEZ/20	13
NOV/20	14
OUT/20	129
SET/20	144
AGO/20	113
JUL/20	98
JUN/20	111
MAI/20	98
ABR/20	1,5
MAR/20	1,0

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.

RESERVADO 2015011	6527.21AD.3F2A.0E64.24DE.9C7F.1CFD.473B	75,82
Consumo	25,01	
Adicional	25,18	
Adicional	2,51	
Consumo	6,30	
Consumo	16,73	
	16,00%	12,13
	1,08%	0,82
	4,99%	3,78

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

slp2q

Prefeitura do Município de Rio Branco
Secretaria Municipal de Finanças

Rua Rua Barbosa, 285 - Centro - Rio Branco/AC - CEP: 69.500-901

NFS-e n°:

30003

Emitida em:

20/12/2020 07:23

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social	PRORAD DIAGNOSTICOS LTDA	Telefone	
Nome Fantasia	PRORAD DIAGNOSTICOS	Inscrição Municipal	1326503
CNPJ	11467937000198	Inscrição Estadual/RG	
E-mail	atendimento@grupodueli.com.br	Bairro	BOSQUE
Endereço	HUGO CARNEIRO, 505	CEP	69000550
Cidade	RIO BRANCO		

Dados do Tomador de Serviços

Nome/Razão Social	ABRAÃO ASSIS MAIA ROCHA	Insc. Municipal		Insc. Estadual/RG	
CPF/CNPJ	01324757230	Bairro	RAMAL DA CASTANHEIRA		
Endereço	RODOVIA AC-40 KM 09, 02	CEP		E-mail	
Cidade					

Discriminação 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, eletrividade 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\$)	Alíquota (%)	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-BE81-5AAB-6FD9

Código e link de QR Code



RECIBO

Nº

VALOR

2.950,00 R\$

Recebi (emos) de Abraão ASES MAIA DA ROCHA

a quantia de Dois mil noventa e cinquenta reais

X X

Referente à 25 Sessões fisioterapia Domiciliar

e para clareza firmo (amos) o presente.

Rio Branco Acre, 30 de Dezembro de 2020

Assinatura

Nome

LUCIMÁRIA OLIVEIRA

CREFID 9/266358-F

CPF / RG CPF: 792.818.262-91



HACRE

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			Nº DO PRONTUÁRIO
Almoão Amis Maia da Rocha			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO	SEXO
			MASC () FEM ()
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RACIA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		CID 10
	Fisioterapia		
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL		
70.0. Fratura de ulna (D)			
OBSERVAÇÕES			
Sugestão: - cirurgia - gesso de 15m de comprimento (D)			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)	
	30/12/20	Dr. Rafael Teixeira Pinto Ortopedista Traumatologista CRM/AC 23137/OT 13.379	
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



SAMU
192

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

VRN-04

CHAMADO	Nº	DATA	HORA
	00000000	06/12/20	04:13 min
MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr(a)			
Dr. Guilherme Rosa			
MOTIVO	CLÍNICO		TRAUMÁTICO
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC. <input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> 6. GASTRINTEST.	<input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO <input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO <input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> 14. OUTRO: <input type="checkbox"/> 15. COLISÃO <input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> 17. QUEDADA <input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO <input type="checkbox"/> 19. FAF <input type="checkbox"/> 20. FIB <input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 24. OUTRO:
PACIENTE	NOME COMPLETO		25. Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 26. Fem. <input type="checkbox"/>
	ABRÃO MASSIS MORA DA NOCHA		IDADE 22 ANOS
ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AN, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)			
Rotatória: Amadeo BARBOSA			
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS		EXPOSIÇÃO
	<input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS <input type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR. <input checked="" type="checkbox"/> 30. LIVRE	RESPIRAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> 31. NORMAL <input type="checkbox"/> 32. ALTERADA <input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA <input type="checkbox"/> 34. APNÉIA	<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. CONVULSÃO <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
SINAIS VITAIS	HORA		GLASGOW
	INÍCIO 4:15	P.A. 100 x 70	15
PROCEDIMENTO EFETUADOS	FIM		
	<input type="checkbox"/> 41. ADM. OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> 50. GUEDEL <input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (OT/NT)	<input type="checkbox"/> 53. RCP <input type="checkbox"/> 54. PUNÇÃO TORÁCICA <input type="checkbox"/> 55. DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> 56. VEIA PERIFÉRICA	<input checked="" type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> 58. FLEBOTOMIA <input type="checkbox"/> 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA <input type="checkbox"/> 60. SONDA GÁSTRICA <input type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> 62. INTRACATH <input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL <input type="checkbox"/> 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS <input type="checkbox"/> 65. CURATIVO <input checked="" type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> 67. <input type="checkbox"/> 68.
TRANSP.	AVALIAÇÃO MONITOR ECG:		
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS:		
INCIDENTE	TIPO		CONTATO NO DESTINO
	<input checked="" type="checkbox"/> 69. SIMPLES <input type="checkbox"/> 70. MEDICALIZADO	ORIGEM Via Pública REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	DESTINO HUERO-SET REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO
INCIDENTE	<input type="checkbox"/> 71. CANCELADO <input type="checkbox"/> 72. FALSO		<input type="checkbox"/> 73. ÓBITO <input type="checkbox"/> 74. RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL <input type="checkbox"/> 77. OUTRO

OBSERVAÇÕES

Vítima de acidente de trânsito por queda de moto, em contramão em via pública semi pavimentada acidentado visivelmente e utilizando com habilidade atípica; hipotermico por estar molhado da chuva; estável. Apresenta trauma no fêmur direito do membro superior direito e no fêmur esquerdo do membro inferior direito com possível fratura do mesmo parafixado com possível entorpecimento. Vítima inconsciente e agitado, foi imobilizado com prancha rígida e colar cervical e encaminhado para o HUERO-SET para avaliação e conduta.

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE

cond. Guilherme Rosa
Téc. Enfermagem

CC

MS/DATASUS: 707.4010.1737.4319

HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO
Nº DO BE: 2775163 DATA: 06/12/2020
HORA: 14:28 2781906 SETOR: Emergência Trauma

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME: Alberto Reis Melo da Rocha
NASCIMENTO: 15/01/1992 IDADE: 28 SEXO (M)
ENDEREÇO: Rua Costa e Silva nº 02 Nº:
COMPLEMENTO: BAIRRO: Santa Maria
MUNICÍPIO: Rio Branco UF: AC TEL: 999-69-0896
RESPONSÁVEL: Antônio Reis Melo Mãe: Figueiredo Rufino Melo

MOTIVO DO ATENDIMENTO: Ferimento de arma branca
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Acrel (Anel de Bombeiros)
CASO POLICIAL: () PLIVO DE SAÚDE: () TRAUMA: ()
ACID TRABALHO: () VEIO DE AMPLÂNCIA: () SDO: 97
PA: 120 x 77 mm HG) PL SO: (70) TEMP: ()
EXAMES: () RAIO X: () SANGUE: () URINA: () TC
COMPLEMENTARES: () LIQUOR: () EGG: () ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLÍNICOS: # CIRCULOS GEMES
Paciente trazido de casa com ferimento de arma branca + com
vitória de arma de fogo no tórax, 06/12/2020 -
de lado 17 cm cervical 8 cm de profundidade (130 T de
profundidade) - Glasgow (3+4+6) 13 com ferimento
na região de tórax. E - Geração Primária por ferimento
de arma de fogo - 17 cm cervical 8 cm de profundidade
ferimento de arma de fogo - 17 cm cervical 8 cm de profundidade

DIAGNÓSTICO: Ferimento de arma branca
PRESCRIÇÃO: CID: T86.01 (Ferimento de arma branca)

Prescrição: 1) Dor 2 em 12 - 04-40
Trazido em 400-10 04-40
Sal 500mg IV 21.600/h
GHSO 7-500mg
Quanto 2 em 400-10
Data da saída: 06/12/2020

Dr. Odilon Santiago
PRM - Cirurgia Geral
CRM-AC-2230
Data da saída: 06/12/2020
Alta: () DECISÃO MÉDICA: () A REVELIA: () DESISTÊNCIA
Internação no próprio hospital: () A REVELIA: () DESISTÊNCIA
Transferência (unidade de saúde): ()
Óbito: () ATÉ 48 HS () A OS 48 HS () FAMÍLIA () IML () ANAT. PAT.

Solicitação de avaliação: 1) Dor 2 em 12
Dr. Odilon Santiago
PRM - Cirurgia Geral
CRM-AC-2230
Assinatura e Carimbo do Médico

do 31-35h Paciente encaminhado para Ortopedia - Dr. Daniel
06/12/2020 Dr. da Cirurgia Geral
13:30
Dr. Anderson Freitas do Vale
Larangeira Geral
CRM-AC-2230

ALÉRGICAS MED.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE

IDADE

COMORBIDADES:

QUEIXA
PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DISCRIMINADOR

PARÂMETROS

PA:

X

mmHg

Temp.:

°C

Sat. O2:

bpm

ESCALA
DE
DOR

1 11.0 1 18.9 1 17 1 15.6 1 11.4 1 10

Peso:

Rulsgeral

bpm

Glicemia:

mg/dL

Glasgow: Alterado ()

Não alterado ()

CLASSIFICADOR

(carimbo e assinatura)

HORÁRIO DA CR:

Tempo máximo: 3 minutos

() DESISTÊNCIA

() EVASÃO

Assinatura:

HORÁRIO:

RECLASSIFICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrado medicação 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 nº _____ () Scalp nº _____

Medicação sublingual: _____

Medicação subcutânea, local: _____

NBZ: _____

03.01.01.007

ATENDIMENTO / NÃO

CONSULTA

Assinatura/COREN

Anotações/Intercorrências:

ECG 14, TC S/A. Alta da UCO

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 04:38 - Das entrada na SET, conduzido pelo SSW em prancha rígida e colar cervical, procedente de via pública vítima de queda de moto em rotatória, agitada, respondendo apresentando estomago muito cheio + sangramento nasal + respiro de polina em rotatória direito + escarapela, P.A. 120x77 mmHg, FC 70 bpm, SpO2 97% - Tec. Francisco

- E-FAST → As 6:45 h em

- Pulso: hr

- Hipotensão: hr

- Espirram: hr

* Ausculta de líquido livre em

coudado de o momento

Dr. Edilson Aguiar
Médico Especialista
Ginecologia Obstetrícia
CRM/AC 1961

LOWE

Abbate A. M. Rocha, IOADE 29
REGISTRO 2773165
ENFERMARIA: CCS
LEITO 218

— Φ VERO

26/12/2017. Do 16:30h, paciente
verificado, recém chegada
do CC-1, sob efeito anestésico
profundo, segue a reposição
no leito, entrega aos cuidados
dos enfermeiros.

Posição

— " —

SAME / HUJERB
CÓPIA
CONFIRMAR ORIGINAL



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 13:40 SALA _____ DATA 06-12-2020
 NOME DO PACIENTE Alisson Maria da Rocha ID 28 anos
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS () bloqueio + Saldex
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 14:20 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO limpeza + sutura + tala de gesso
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 14:25 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 14:35
 CIRURGIÃO Dr. Manoel Marcelo AUXILIAR(ES) NAI
 ANESTESISTA Dr. Ronny INSTRUMENTADOR _____
 CIRCULANTE Anna ENF Roberta

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº <u>40x121</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>100ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO <u>15cm 13</u>	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>100</u>
PIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
IAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>15cm 11</u>	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 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 <u>241</u>
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>04</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS <u>17</u>	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO 1	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 11	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO 1	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 18
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML 11
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 8%	FIO MONONYLON <u>301</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

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:

As 13:40 paciente deu entrada no centro emergencial de modo não orientado, sonolento pouco comunicativo p/ realizar procedimento emergencial. As 14:20 foi realizada intubação orotraqueal com bloqueio e sedação com a Propofol.

SAME / HJERB
CÓPIA
CONFIRMAR ORIGINAL

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 109309
Numero do CNS.....: 0000000000000000 707401017374374
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
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

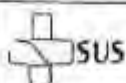
DADOS DA INTERNACAO

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 / IUPER
Cópia
CONFORME ORIGINAL



Sistema Ministério
Único de da
Saúde 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 - CNES

2 0 0 1 5 7 8

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Abraão Assis Maria da Rocha

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Abraão A. M. Rocha

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7107140110117374374

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/1/92

9 - SEXO

MASC ☒ 1

10 - RAÇA/COR

PBR ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

Francaza Pinheiro Maria

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rodovia de 40 Km - Castanheira - KM02 - Santa Maria

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - COD IGGE MUNICÍPIO

18 - UF

PR

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

14:30
Dor Sagitada no coto alto D
Definição de 10h. de evolução

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

11/ Tentativa de cura + falha

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

Ra

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Act. Crpt de Estomago

24 - CID 10 PRINCIPAL

52.1

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Injeção + taxa geral

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

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

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Maria Offense de Silva

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/12/2013

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

1 - CNES

2 - CPF

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Leuda Maria Davalos
Médica Autorizadora CRM-AC 768
HUERB



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

original e impresso em utilização de 05.05.2020

HUERB
Unidade de Registro em Saúde

REGISTRO
1773165

PACIENTE

ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE
28

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
218

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRAT EXPOSTA OLÉCRANO

REALIZADA LIMP CIRURGICA

AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS
PARTES MOLES

DIETA ORAL LIVRE

SRL 1000ML EV EM 24H

DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0.9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA À
ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA

PLASIL 01 amp + 30 ML AD 6/6H 30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR
TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS

OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

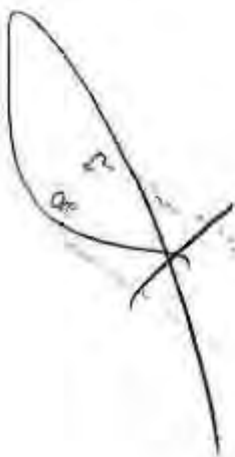
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAD > 100MMHG

CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

CURATIVO 1X/DIA

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

Pacients evolu
com dor de
abdum e
vômito e cefal
Sint + de
casso ++



Proch de Neuro

e/ cefal

Tram + Omeprazol 08.12.20
Realizada a cirurgia e
paciente muito confortável

DR. Roberto Lima

Fisioterapia

CREFFIO 9203180 F

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Abraão! Sinalizado
sem hemorragia
surgimento, e me
de, com. de
curativo. 72 -



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

digitado e impresso em: 07/12/2020 às 09:30:20

HUERB

REGISTRO
2773165

PACIENTE
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 CIRURGICA AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS PARTES MOLES	DIETA ORAL LIVRE S.N.D. SRL 1000ML EV EM 24H DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 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 DMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAD > 100MMHG CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS CURATIVO 1X/DIA CEFALOTINA 1G EV 6/6H 7/10 fl 40mg @ 5x/dia		800 Evolutiva - R. colme, vent nervoso, tórax bom, pulm cunha, fígado aumentado Sinais: equinoflexão 300 Evolutiva - pulm, m refe e gase, no man. d. dieta livre. Ht: 1,60m T: 36,8°C
---	--	--	--

Dr. Marcelo Trimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1791

INAO
AVALIAÇÃO

Terapia 07.12.20
adquirida + aumento
de 4000 pc apresentando
conhecimento normal e
adquirido

Dr. Roberto Lima
Fisioterapia
CREFTO 9203180

COPIA ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 09/12/2020 às 08:31:38



HUEB

LEITO

218

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

IDADE

28

REGISTRO

2773165

PACIENTE

ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRAT. EXPOSTA OLECRÂNIO REALIZADA LIMP. CIRÚRGICA CD. AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS PARTES MOLES	DIETA ORAL LIVRE 5/20 SRL 1000ML EV EM 24H DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 5/6H TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA À ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA PLASL 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 PAD > 100MMHG CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS CURATIVO 1X/DIA CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
Fratura na tíbia - 09.12.20 Realizada + imobilizada Dr. Roberto Silva Fisioterapia CREHIO 9203180 F	Isaías Eulir Ortopedia/Traumatologia CRM/AC 1344 RQE 545 TEOD. 17099		

CÓPIA
ORIGINAL
HUEB

09/12/2020 às 06:00h,
paciente acordou, não
há dor aguda, não
há febre, não há
náusea, não há vômito,
não há alteração de
estado de consciência,
responde aos estímulos
verbais. Evolui-se



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

digitado e impresso em: 10/12/2020 às 10:26:09



HUEB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

2773165

PACIENTE

ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE

28

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

218

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRAT EXPOSTA OLECRANO REALIZADA LIMP CIRURGICA PCT NÃO ESTAVA NO LETO ESTAVA NA RADIOGRAFIA CD: ALTA HOSPITALAR CIRURGIA AGENDADA	DIETA ORAL LIVRE SRL 1000ML EV EM 24H DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6H/H TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REPRATÁRIA À ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA PLASIL 01 amp + 30 ML AD 88H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR TRAMADOOL OU SE TIVER VÔMITOS OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAD > 100MMHG CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS CURATIVO 1X/DIA CEFALOTINA 1G EV 6/6H ALTA HOSPITALAR COM CIRURGIA AGENDADA	<p>Medicamentos: Tramadol, Jnt Omeprazol e Tramadol Act. AC 18/05/2020 16:07</p> <p>SAME / HUEB COMPL CONFIRMA ORIGINAL</p>	<p>à 15 horas receber alta hospitalar - CPM</p> <p>Daniela de Siqueira Enfermeira COREN-PA 301.309</p>
--	--	---	--

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade:

RELATORIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Florian A. M. Rocha

IDADE: _____ OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Fit. Cópula Infetada de
copula D

CIRURGIA PROPOSTA: Ligadura + ovariectomia
laudo de SP, IT + Tala
de gine

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fit. Cópula Infetada de
copula D

CIRURGIA REALIZADA: Ligadura + Ovariectomia + tala de gine

DATA: 06/10/2024

CIRURGIÃO: Dr. Mario Mauro

1º AUXILIAR: Dr. F. F. F.

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR (A): _____

ANESTESISTA: _____

ANESTESIA: _____

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM () NÃO

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☒ ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Paciente em D, sob anestesia. Feito a
ligadura + Ovariectomia. Feito o laudo
de gine. Feito Ligadura + SP, IT + Tala
de gine + Curativo + Tala

Dr. Mario Mauro R. dos Santos
Médico
Ass. CRMRO 3

SUS



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



2020/12/06

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Cláudio Assis Maia de Roda</u>		Idade: <u>28</u>		Sexo: <u>M</u>		Cor: <u></u>		Registro / BE: <u></u>											
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 Sgneo:	Falor Rh											
Hm	Hi	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP											
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Natureza do atendimento direto / TCE</u>																			
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite		MV: <u>(+)</u>		Complacência: <u></u>															
ACV: <u>P.C.R.</u>		ECG: <u>P.S.</u>		Alegrias: <u></u>															
Ap. Digestivo/Dentes: <u>sem</u>					Pescoço: <u></u>		Peças Dent: <u></u>												
Ap. Urinário: <u>sem</u>					Drogas em Uso: <u></u>														
Estado Mental: <u>sem</u>																			
Anestesias Anteriores: <u></u>					ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		Risco: <u></u>												
Medicação Pré-anestésica: <u></u>					Hora: <u></u>		Efeito: <u></u>												
HORA: <u>14</u>																			
GASES	O ₂	<u>99 - 99 - 99 - 99</u>																	
	NO ₂																		
LÍQUIDOS	HALOG																		
		<u>(PL 200)</u>																	
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂	<u>99 - 99 - 99 - 99</u>																	
	240																		
	220																		
	200																		
	180																		
	160																		
	140																		
	120																		
	100																		
	80																		
60																			
40																			
20																			
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica: <u>Sedação + Local</u>				Monitorização: <u>PC/ECG/PA/PAA/Asa</u>													
1º <u>Fentanyl 100µg</u>		Cirurgia: <u>Limpando Cirurgia</u>				Ap. Resp: <u>M.U.G.</u>													
3º <u>Propofol 0.5% 50µg</u>		Cirurgião/Auxiliar: <u>Dr. Mauro Hassel</u>				Ap. CV: <u></u>													
5º <u>10mg Dexmedetomidina</u>		OBS: <u>Dr. Rony Batista</u>				CRM/AC 2001													
7º <u>8mg Clonazepam</u>		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo): <u></u>																	
8º <u></u>																			
9º <u></u>																			
10º <u></u>																			

SAÍDA HUERB
CONFORME ORIGINAL



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO Nº 212 A CLÍNICA: Neurologia

PACIENTE: Abelino Assis Maia do Rocha

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 28 anos, fratura exposta da tibia e fêmur, apresentando sinais de "síndrome compartimento" e sinais de choque. Solicito avaliação.

grato!

NOME DO SOLICITANTE: [Assinatura] DATA: 08/12/2011 HORA: 9:30

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente vítima de politrauma, evoluindo com anemia de colapso + hemorragia de membros, sinais de lesões cerebrais, lesões em globe ocular (C) + fratura de maxilar + hemotórax.

Sua condição clínica pela verificação sua taxa de - ferimentos graves.

INAO
AVALIAÇÃO
DATA: 08/12/2011 HORA: 10:00
NOME DO MÉDICO: [Assinatura]

278
HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NACDES 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

Hemácias (em milhões): 4,77 mm³
 Hemoglobina: 11,70 g/dL
 Hematocrito: 38,00 %
 VCM: 87,00 fL
 HCM: 31,00 pg
 CHCM: 35,60 g/dL

VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm³
 VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
 VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
 VR: 78 a 98 fL
 VR: 26 a 34 pg
 VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global: 16.100 /mm³
 Basófilos: 0 %
 Valor Absoluto: 0 mm³
 Eosinófilos: 0 %
 Valor Absoluto: 0 mm³
 Neutrófilos: 0 %
 Valor Absoluto: 0 mm³
 Metamielócitos: 0 %
 Valor Absoluto: 0 %
 Lin. Des.: 3 %
 Valor Absoluto: 483 mm³
 Segmentados: 90 %
 Valor Absoluto: 14.490 mm³
 Linfócitos: 6 %
 Valor Absoluto: 966 mm³
 Monócitos: 1 %
 Valor Absoluto: 161 mm³
 Plastos: 0 %
 Valor Absoluto: 0 mm³
 Observação:

VR: 5.000 a 10.000 /mm³
 VR: 0 a 1 %
 VR: 2 a 4 %
 VR: 0 %
 VR: 0 a 1 %
 VR: 0 a 5 %
 VR: 54 a 64 %
 VR: 21 a 35 %
 VR: 4 a 8 %
 VR: 0 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.
 LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 às 15:20 Coleta: 07/12/20 às 15:19 - Via Impressa: 07/12/20

SAME / HUERB
 COPIA
 CONFORME ORIGINAL

Carvalho Leite
 Médico Clínico 1885 PA

**HUERB
PATOLOGIA CLINICA**

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69508620 - 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
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 às 15:20 Coleta: 07/12/20 às 15:17-1a. Via Impressa: 07/12/20


Dr. Greicele Carvalho Leite
Biomedica CRM 1885 PA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Doença Principal:

Sanguineto +
deficiência de
i. h. de
evolução

exatidão

História da Doença Atual:

frat. de

História da Doença Anterior:

N/A

Exame Físico:

causado + deficiência de coágulo. D

Diagnóstico Provisório:

frat. de coágulo D (caso 1)
o infetado

Diagnóstico Definitivo:

Valor da Cobrança:

19

SAME / HUERE
COPIA
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Dr. Mario Marcelo B. dos Santos
Médico
CRM 160.000.000-00

- 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 CONV. SOC. FAMILIAR
- 15-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 16-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 17-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 18-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 19-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 20-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 21-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 22-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 23-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 24-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 25-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 26-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 27-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. ASC.

- 51-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 52-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 53-ÓBITO S/ NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/ NECROPSIA C/ PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 55-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/ MENOS DE 24 HS. DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 56-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 57-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 58-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA DE 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 59-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS.
- 60-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 A 48 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 A 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA DA PARTURIENTE P/ OPERAÇÃO C/ PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 64-ALTA DA PARTURIENTE C/ PERMANÊNCIA P/ RECÉM-NASCIDO

Sisruy 3524 7624 7

FUNDHACRE

FUNDAÇÃO HOSPITAL DO ACRE

Sus: 707.4050.5737.4374

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

data: / Estado: Grau de Parentesco:

Estado:

Grati de Parentescu:

de Oliveira
de Alh... HO

JOURNAL T. S. 7/1/1900
 EDITORIAL CORRESPONDENCE
 Address: London, England

Excmo. Sr. D.
Excmo. Sr. D. AC 563.40
Regencia. Excmo. Sr. D.
Librado

DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC

AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE: Abraão Assis Maia do Rocha

DIAGNÓSTICO (DX) fx exposto olecrano

PROCEDIMENTO
CIRURGICO PROPOSTO: osteossíntese

NECESSIDADE DE ANESTESIOLOGISTA? SIM (X) NÃO ()

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

DATA DA CIRURGIA

DATA DA INTERNAÇÃO

12 / 12 / 20

13 / 12 / 20

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ÓRTESES E PRÓTESES)

- FK 1.5 mm

- fio cerclagem

SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA EM: 1 DIAS

HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO

OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA ASSINATURA DESTA.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: 1 / 12 / 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): _____

_____, por indicação do(a) Dr.(a) Francis K., 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 serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada a oportunidade de fazer perguntas que me foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não exista 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 itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco-AC, 10/12/2020.

Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____

FICHA DE ANESTESIA		HOSPITAL FUNDAÇÃO		005504	
DATA 14/12/2020	NOME MORANO ASSIS MAIA DA ROCHA				Apt./Ent. Nº PRONTUÁRIO 299722
IDADE 28a	SEXO MASC	COR	ALTURA	PESO	GRUPO SANG. PA
HEMÁCIAS	LEUCOC.	HT	HEMOG.	GLICEMIA	URÉIA CREAT. BIL. INR TGO TGP
AP. RESP. S/AH		ASMA NEGA		BRONQUITE NEGA	
AP. CIRC. EGG S/AH		ALERGIA NEGA		COMPLACÊNCIA (+) M. VES (+)	
AP. DIGESTIVO DENTES		PESCOÇO NORMAL		PEÇAS DENT. —	
ESTADO MENTAL Lato		DROGAS EM USO		—	
APARELHO URINÁRIO —		DIAGNÓSTICO PRÉ OP		Fratura de olecrano (D)	
ANESTESIAS ANTERIORES		ASA II		RISCO	
MEDIC. PRÉ-ANEST		HORA		EFEITO	
10h15 1h1h 1h					
GASES					
O ₂					
N ₂					
LÍQUIDOS					
SRL 500ml + 500ml					
SFO 91.100ml					
SATOR 260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					
40					
20					
Vt					
X B					
SIMBOLOS					
DROGAS ADMINISTRADAS		TÉCNICA Bloqueio supraclavicular + Axilar + Sedação			
1º Fentanil 100mcg		CIRURGIA Osteossíntese do cotovelo (D)			
2º Midazolam 5mg		CIRURGIÕES RAFAEL + FRANCIS			
3º Cetalarina 2g		OBS: MONITORAÇÃO PAINEL SATOR			
4º Atoraxina 10mg					
5º Propofol 10mg					
6º Propofol 10mg					
7º Propofol 10mg					
8º Propofol 10mg					
9º Propofol 10mg					
10º Propofol 10mg					
11º Propofol 10mg					
12º Propofol 10mg					
13º Propofol 10mg					
14º Propofol 10mg					
15º Propofol 10mg					

HOSPITAL FUNDAÇÃO DE RORAIMA
CONFIRMAÇÃO DE ORIGEM

ANESTESIOLOGISTA

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente sadio normal.
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.



天目山

ASSINATURA

pat pos operatorio segue lucido epinevica acutae
dita sinistra presente segue sem interconancia por uq^p $pb=110 \times 70$
 uq^g $tax=36.1$ bc $placencia$ ——— " ——— "

perist pos operatorio, lucido, comensaluz, epinevica, acutae
Functio Histologicae propter, acuta acutae. LA 100×60 uq^p
 $T. 35,6^\circ C$ Tea $placencia$.

RECEPCAO DO CENTRO CIRURGICO

HORA DA ENTRADA NO C.C. _____ HORA DA ENTRADA NA S.O. _____ SALA _____

NIVEL DE CONSCIENCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso

INTEGRIDADE CUTANEA: ☒ Sim ☐ Não

ALERGIA: ☐ Sim ☐ Não

OBS: _____

DATA _____

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

ASSINATURA

TRANSOPERATORIO

ESQUEMA: ☒ Não ☐ Sim Local: _____

Início: _____ h
Início: _____ h

Término: _____ h
Término: _____ h

CARACTERISMO VESICAL: ☒ Não ☐ Sim Sonda N° _____

☐ 2 VIA ☐ 2 VIA ENF

HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim N° de Bolsas _____

C.H. _____ PFC _____

LABORATORIO: ☐ Histopatológico

☐ Cultura

☐ Citologia

HORA DO TÉMINO DA CIRURGIA: _____ h

HORA DA SAÍDA DA S.O.: _____ h

OBS: Quem operou o Sr. paciente sob anestesia + monitor

ENCAMINHADO PARA: SALA

CIRCULANTE: Bruno

NA RECUPERAÇÃO POS-ANESTÉSICA

RECEBIDO NA RPA ÀS: 12:05 h

NIVEL DE CONSCIENCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☒ Comatoso

HIDRATAÇÃO VENOSA: 150 ml de SGL

Condições: em curso

CURATIVO CIRURGICO: Local: M.S.D.

Condições: ocluso

DRENAGENS: Tipo: _____

Tipo: _____

HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim

N° de Bolsas: _____

C.H. _____ PFC _____

ELIMINAÇÕES: ☒ Não ☐ Sim

EXTREMIDADES: Aquecidas: ☒

Fria: ☐

Cianóticas: ☐

Perfundidas: ☒

SINAIS VITAIS: PA: 110x60 mmHg

T: 34.3 °C

PC: 55 b.p.m

FR: 18 98% r.p.m

OBS: Artroscopia cotovelo + Bloqueio + pedaleto

HORA DA ALTA: 12:30

Acordado: ☒

Sonolento: ☐

ENCAMINHADO PARA: Sala de Leito: 19

DATA: 14.12.20

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Stavits

ASSINATURA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Abraao Assis Maia da Rocha

LEITO: ORTOPEDIA / 19

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.....

3mg
16.04
22.04.016
16.22.04.10
18.02.10
SV
notas
atm
18.08

EVOLUÇÃO MÉDICA

POS OP IMEDIATO DE OSTEOSSINTESE DE OLECRANO DIREITO
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIA.

Dr. W. Carlos Hoffmann & da Silva
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

15/12/2020 Paciente sem queixas

F.O. limpa, neurologico e perfuro-etc

em 18h no pto. com curativos indicados

estando dentro de tudo

Dr. W. Carlos Hoffmann & da Silva
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

NT por operações segue lucro líquido superior a
uma divida presente segue sem intervenção por 140×70
140 tax = 36.1 c de percentagem — " — "
percent por operação, lucro, comestível superior, afetado
encargos fisiológicos presentes, acima de 100. 1.4 100 x 100
1. 35, 6 c de percentagem.

Código Solicitação: 352476247

Número AIH: 122010051303-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS 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 da 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

OperadorEXEC.FUNDHACRE-
MARCIO

13.12.2020

15.12.2020

21/12/2020 -

15:54:09

OperadorEXEC.FUNDHACRE-
MARCIO

1:2 ALTA MELHORADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707401017374374

Nome do Paciente
ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Nome da Mãe
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

Município de**Residência:**

RIO BRANCO

Complemento:**CEP:**

69923-899

UF:

AC

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

16871547835

CPF do Médico Executante:

16871547835

Diagnóstico Inicial - CID:

S521 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO /
TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO**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

PASSAGEM**Motivo de Impedimento do Regulador:****Nome do Médico Solicitante:**

FRANCIS KASHIMA

Nome do Médico Executante:

FRANCIS KASHIMA

Status da**Solicitação:**

APROVADA

Classificação de Risco

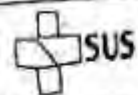
Prioridade 2 - Prioridade não urgente

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020369



Sistema Ministério
Único de
Saúde 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 - HUERE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
2 0 0 1 5 7 8

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Abraão Amor Moura da Rocha

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

21 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex. exposto de crânio (D)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Paciente de cirurgia agendada

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Francisco R.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - AUTÔNOMO

47 - DESEMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - NÃO SEGURADO

50 - EMPREGADOR

AUTORIZAÇÃO

51 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - DOCUMENTO

55 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

MÉDICO AUDITOR FUNDADOR
Jose Francisco Furtado
CNS: 7 4206288363860

67

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

DIAGNOSTICO:	LDNHEA VOLUME ZERO A PARTIR DE MEIA NOITE	22/02/2016	Dr. milo 22/02/2016
--------------	---	------------	---------------------

$$\therefore f_x \text{ exists}$$

elencano 15

DATA DOTTED ALIVE-

06/12/20

DATA DE INTERVENCÃO:

93/12/20

DATA DI CUI EFFUOGARE

94112120

MEDICORE SFRONSAVEL.

in - form

13. Kipack :

MATERIAL:

1 FK 5 mm

- bio collection

HOSPITAL:

HC

intern: in other

1-DIGITA VOLUME ZERO A PARTIR DE MEIA NOITE
2-SF 0,9% SINA IV CADA 1212H
3-DIFERENÇA EV DILUIDO 66H SE DOR
4-TRUVAL 100MG + 100MG SF 9% EV 8/8H SE DOR FORTE
5-PLASIL 100MG EV DILUIDO 88 H SE NAUSEA OU BARRER
6-CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 140 OU PAD> 100mmHg
7-CALCULADOS 66RAIS + SINAUS VITALIS

ALBERGAS

COMFORTED WITH HAPPY

085/INTERFERENCIAS

1841-1842. 1843-1844. 1845-1846. 1847-1848. 1849-1850. 1851-1852. 1853-1854. 1855-1856. 1857-1858. 1859-1860. 1861-1862. 1863-1864. 1865-1866. 1867-1868. 1869-1870. 1871-1872. 1873-1874. 1875-1876. 1877-1878. 1879-1880. 1881-1882. 1883-1884. 1885-1886. 1887-1888. 1889-1890. 1891-1892. 1893-1894. 1895-1896. 1897-1898. 1899-1900. 1901-1902. 1903-1904. 1905-1906. 1907-1908. 1909-1910. 1911-1912. 1913-1914. 1915-1916. 1917-1918. 1919-1920. 1921-1922. 1923-1924. 1925-1926. 1927-1928. 1929-1930. 1931-1932. 1933-1934. 1935-1936. 1937-1938. 1939-1940. 1941-1942. 1943-1944. 1945-1946. 1947-1948. 1949-1950. 1951-1952. 1953-1954. 1955-1956. 1957-1958. 1959-1960. 1961-1962. 1963-1964. 1965-1966. 1967-1968. 1969-1970. 1971-1972. 1973-1974. 1975-1976. 1977-1978. 1979-1980. 1981-1982. 1983-1984. 1985-1986. 1987-1988. 1989-1990. 1991-1992. 1993-1994. 1995-1996. 1997-1998. 1999-2000. 2001-2002. 2003-2004. 2005-2006. 2007-2008. 2009-2010. 2011-2012. 2013-2014. 2015-2016. 2017-2018. 2019-2020. 2021-2022. 2023-2024. 2025-2026. 2027-2028. 2029-2030. 2031-2032. 2033-2034. 2035-2036. 2037-2038. 2039-2040. 2041-2042. 2043-2044. 2045-2046. 2047-2048. 2049-2050. 2051-2052. 2053-2054. 2055-2056. 2057-2058. 2059-2060. 2061-2062. 2063-2064. 2065-2066. 2067-2068. 2069-2070. 2071-2072. 2073-2074. 2075-2076. 2077-2078. 2079-2080. 2081-2082. 2083-2084. 2085-2086. 2087-2088. 2089-2090. 2091-2092. 2093-2094. 2095-2096. 2097-2098. 2099-2100. 2101-2102. 2103-2104. 2105-2106. 2107-2108. 2109-2110. 2111-2112. 2113-2114. 2115-2116. 2117-2118. 2119-2120. 2121-2122. 2123-2124. 2125-2126. 2127-2128. 2129-2130. 2131-2132. 2133-2134. 2135-2136. 2137-2138. 2139-2140. 2141-2142. 2143-2144. 2145-2146. 2147-2148. 2149-2150. 2151-2152. 2153-2154. 2155-2156. 2157-2158. 2159-2160. 2161-2162. 2163-2164. 2165-2166. 2167-2168. 2169-2170. 2171-2172. 2173-2174. 2175-2176. 2177-2178. 2179-2180. 2181-2182. 2183-2184. 2185-2186. 2187-2188. 2189-2190. 2191-2192. 2193-2194. 2195-2196. 2197-2198. 2199-2200. 2201-2202. 2203-2204. 2205-2206. 2207-2208. 2209-2210. 2211-2212. 2213-2214. 2215-2216. 2217-2218. 2219-2220. 2221-2222. 2223-2224. 2225-2226. 2227-2228. 2229-2230. 2231-2232. 2233-2234. 2235-2236. 2237-2238. 2239-2240. 2241-2242. 2243-2244. 2245-2246. 2247-2248. 2249-2250. 2251-2252. 2253-2254. 2255-2256. 2257-2258. 2259-2260. 2261-2262. 2263-2264. 2265-2266. 2267-2268. 2269-2270. 2271-2272. 2273-2274. 2275-2276. 2277-2278. 2279-2280. 2281-2282. 2283-2284. 2285-2286. 2287-2288. 2289-2290. 2291-2292. 2293-2294. 2295-2296. 2297-2298. 2299-2300. 2301-2302. 2303-2304. 2305-2306. 2307-2308. 2309-2310. 2311-2312. 2313-2314. 2315-2316. 2317-2318. 2319-2320. 2321-2322. 2323-2324. 2325-2326. 2327-2328. 2329-2330. 2331-2332. 2333-2334. 2335-2336. 2337-2338. 2339-2340. 2341-2342. 2343-2344. 2345-2346. 2347-2348. 2349-2350. 2351-2352. 2353-2354. 2355-2356. 2357-2358. 2359-2360. 2361-2362. 2363-2364. 2365-2366. 2367-2368. 2369-2370. 2371-2372. 2373-2374. 2375-2376. 2377-2378. 2379-2380. 2381-2382. 2383-2384. 2385-2386. 2387-2388. 2389-2390. 2391-2392. 2393-2394. 2395-2396. 2397-2398. 2399-2400. 2401-2402. 2403-2404. 2405-2406. 2407-2408. 2409-2410. 2411-2412. 2413-2414. 2415-2416. 2417-2418. 2419-2420. 2421-2422. 2423-2424. 2425-2426. 2427-2428. 2429-2430. 2431-2432. 2433-2434. 2435-2436. 2437-2438. 2439-2440. 2441-2442. 2443-2444. 2445-2446. 2447-2448. 2449-2450. 2451-2452. 2453-2454. 2455-2456. 2457-2458. 2459-2460. 2461-2462. 2463-2464. 2465-2466. 2467-2468. 2469-2470. 2471-2472. 2473-2474. 2475-2476. 2477-2478. 2479-2480. 2481-2482. 2483-2484. 2485-2486. 2487-2488. 2489-2490. 2491-2492. 2493-2494. 2495-2496. 2497-2498. 2499-2500. 2501-2502. 2503-2504. 2505-2506. 2507-2508. 2509-2510. 2511-2512. 2513-2514. 2515-2516. 2517-2518. 2519-2520. 2521-2522. 2523-2524. 2525-2526. 2527-2528. 2529-2530. 2531-2532. 2533-2534. 2535-2536. 2537-2538. 2539-2540. 2541-2542. 2543-2544. 2545-2546. 2547-2548. 2549-2550. 2551-2552. 2553-2554. 2555-2556. 2557-2558. 2559-2560. 2561-2562. 2563-2564. 2565-2566. 2567-2568. 2569-2570. 2571-2572. 2573-2574. 2575-2576. 2577-2578. 2579-2580. 2581-2582. 2583-2584.

~~RESTRICTED~~

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 323-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

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

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

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

hemácias (em milhões):	3,77	mm3
hemoglobina:	11,70	g/dL
hematocrito:	38,00	%
MC:	87,00	fL
MCH:	31,00	pg
MCHC:	35,60	g/dL

VR: H: 4,5 a 5 M: 4 a 5 milhões/mm3
VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

leucometria Global:	16.100	/mm3
neútrófilos:	0	%
neútrófilos Absolutos:	0	mm3
linfócitos:	0	%
linfócitos Absolutos:	0	mm3
monócitos:	0	%
monócitos Absolutos:	0	mm3
basófilos:	0	%
basófilos Absolutos:	0	mm3
plaquetas:	3	%
plaquetas Absolutas:	483	mm3
eritrocitos segmentados:	90	%
eritrocitos Absolutos:	14.490	mm3
reticulócitos:	6	%
reticulócitos Absolutos:	966	mm3
eritrocitos normais:	1	%
eritrocitos Absolutos:	161	mm3
eritrocitos anormais:	0	%
eritrocitos Absolutos:	0	mm3

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 21 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.
LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA

HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

Exatado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 às 15:30 Coleta: 07/12/20 às 15:17-18. Via Impressa: 07/12/20

Carvalho Leite
Médico 1885 PA

HUEB
PATOLOGIA CLINICAAV. MACOS UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 221-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente.: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA (EME)
Requisicao: 00.PC.1.017351
Num. do BE: 02773165Idade.: 28A
Requis.: 07/12/2020US. Origem.: HUEB/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 /mm3VR: 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 15:17-18. Via Impressa: 07/12/20


Dr. Grazielle Carvalho Leite
Biomédica CRM 1885 PAHOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO Nº 218 A CLÍNICA: Neurologia

PACIENTE: Abraão Assis Maria da Rocha

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 28 anos, fratura exposta de catenária
distal, apresentando "Síndrome da Guarnina", e fratura
distal de rádio e ulna, com lesão do plexo braquial.

grato!

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 08/12/2010 HORA: 9:30

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente vítima de politrauma evoluindo
com dor de cabeça + vômito
e de náuseas, sem lesões cerebrais.
Lesão em globo ocular (e) + fratura de
máxila + hemorragias

sem necessidade cirúrgica pela restrição
sua fratura - fratura de

INAO

AVALIAÇÃO

DATA: 09/12/2010 HORA:

NOME DO MÉDICO:



FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE

FUNDHACRE

NOTA DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO ☒
UTI ☐
AMBULATÓRIO ☐

Nº REGISTRO:

297722

DATA:

14/12/20

CARTÃO SUS

703 4010 2374374

Nº DO LEITO:

SALA:

COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE

ABRAO ASSIS MIA DA SILVA

PROCEDIMENTO REALIZADO

FX DE ALGUMAS

TIPO DE ANESTESIA

BLUZO + SUMP

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRURGICO	FORM.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT CIRURGICO	FORM.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada					un.	Agulha Hipodérmica nº				
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE Nº				
AMP.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
fr.	MARCAINA PESADA 0,5%					un.	Atadura de Crepe				
amp.	DORMONID <i>cefaletoina</i>		L			un.	Atadura Gessada				
ml	LIDOCAINA 2 % S/V					un.	Compressa 10 x 10				
ml	Fentanil						Compressa 45 x 50				
ml	LIDOCAINA 2 % C/V						Dreno nº				
ml	<i>Spaval midazolam</i>					un.	Lâmina de Bisturi nº				
fr.	PROPORFOL <i>Propofol</i>					un.	EQUIPO				
td.	Lidocaina Gel (Xylocaina)					Par.	Luvas de Borracha nº				
fr.	Tiopental (Thionembutal)					un.	CATETER INTRAVENOSO				
fr.	Suxametônio(Quelicin)					un.	Seringa 5ml				
amp.	Metociopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml				
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml				
amp.	RONGURONIO <i>Diprion</i>		L			un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL					un.	Sonda Foley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL Nº				
fr.	DECADRON <i>Dexa</i>					un.	FIO POLIESTER Nº				
fr.	<i>Ketalar Propofol</i>		L			UN.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Ocitocina-5u (Syntocinon)					UN.	CATEGUTE SIMPLES Nº				
amp.	Metilergometrina (Mergin)					UN.	MONONYLON Nº				
un.	NAUSEDRON					UN.	ALGODÃO Nº				
un.	SERVOFURANE					ML	ALCOOL 70%				
un.	ISOFURANEO					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE				
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOOLICA				
un.	SORO RINGER										
un.	SORO FISIOLÓGICO										

CIRURGIÃO

R. Carlos / R. F. L.

CIRCULANTE

RUGER

ANESTESISTA

R. M. S.

HORA ENTRADA

10:30

HORA SAÍDA

12:00

CIRURGIÃO

INSTRUMENTADOR

GILBERTO

ENFERMEIRO

JOSIMAR

HORA INÍCIO

10:30

HORA FINAL

12:00



FUNDHACRE

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		Nº DO PRONTUÁRIO	
Amorim Amorim Maia do Soc			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	
		MASC () FEM ()	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		CID 10
	Fisioterapia		
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL		
Fratura de ulna (D)			
OBSERVAÇÕES			
Sugiro - cirurgia - gesso de 45m de estender (D)			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)	
	30/12/26	Dr. Rafael Teixeira Pinto Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2.343/FEQ 13.379	
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

Paciente Alma Aris M da Rocha
Leandro Moché

Paciente em acompanhamento
de fisioterapia de fratura de
Ossário direito (14/12/20).

Atualmente, encaminhado
para início de fisioterapia
Fisioterapia, mantendo
limpeza ferimento em
extremidade direita.

CRP : 552.0
298.8

DATA 30/12/20

Dr. Rafael Teixeira Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 23477-00013370
ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

  **Polígrafo Direto** 

Abraão Assis Maia da Rocha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

 **Receita Federal**

CPF

013.247.572-30

MESES DE VALIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1097901-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2010

NOME **ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA**

FILIAÇÃO
FRANCISCO ASSIS DA ROCHA
FRANCISCA PINHEIRO MAIA

NATURALIDADE
RIO BRANCO - AC

DATA DE NASCIMENTO
15/01/1992

DOC. ORIGINAL
CERT. NASC 30576 FLS 275 LIV 108-A
2 OF RIO BRANCO - AC

CPF
013.247.572-30

2 VIA


RAIMUNDO HERMINIO DE MELO
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF de: Próprio

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

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF de: Próprio

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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA