



**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



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

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210059170 Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00505/00506 - carta_02 - INVALIDEZ



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,



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

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210059170 Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01105/01106 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 16958565

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. Nexa 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. Elisaveth 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

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: 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

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 (vairascor)? ☐ 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)

Fls: 1

Visto:



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

"Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá 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."

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: 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: Reformado 8 - Endereço: Av. Brasil (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): 68-99969-0896

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: 68-99918-3322
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 6534 03 CONTA: 00080784 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (vairascor)? ☐ 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Lauas

Atento para o devido fim
que o Sr. Adriano ISSIS ALVES DE
Rocha Sejam Arreduto de Trânsito
na dia 06/12/2020 apresentando
Fatura de educação de
Arreduto Arreduto a ser usado para
Redução e Arreduto em.
Exclusão em Arreduto Arreduto 10 em
Arreduto Arreduto Arreduto (1),
Arreduto Arreduto no Arreduto (1),
Arreduto Arreduto (1) e Arreduto
Arreduto Arreduto Arreduto
por tanto é Arreduto de Arreduto
Arreduto Arreduto 75% de Arreduto
Arreduto.

Ann 09/02/2021





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051932/21

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

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

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2021
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-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

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 200,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000080784-8

Nr. da Autenticação 120A6211FAE1EE8D

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000080784-8

Nr. da Autenticação 7E091B69DA7C9D6C

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210059203 **Data do acidente:** 06/12/2020
Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Rio Branco **UF:** AC **Análise:** Complemento
Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A **Data:** 08/07/2021 14:26:10

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO CUBITO - **Internação:** Não

Tratamento: CIRURGICO **Tratamento Odontológico:** Não

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

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

Observações:

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

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

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210059203 **Data do acidente:** 06/12/2020
Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Rio Branco **UF:** AC **Análise:** Primeira Análise
Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A **Data:** 16/03/2021 15:39:10

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO CUBITO - **Internação:** Não

Tratamento: CIRURGICO **Tratamento Odontológico:** Não

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

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

Observações:

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

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

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

Recebedor: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Valor: R\$ 200,00

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000080784-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

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

Recebedor: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

Valor: R\$ 2.500,00

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000080784-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou AGL: 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: Nenhum 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): 68-99369-0890

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 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ 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 AC 12.02.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Fls: 1
Visto:



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.



Impresso por: Vanda Ferreira de Oliveira
Data de Impressão: 18/12/2020 11:41:43

Página 1 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 (a) (única) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que serei responder por o cometimento pelo (a) (assinante) declaração que faz (ingem), conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."

energisa

0180322-0

10675921

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

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

NORMAL

4.1.2.1 121

RURAL MONO W5067090319

DEZ/20	13	CONSUMO	120 A R\$ 0,631852 =	75,82
NOV/20	14	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	1,55	
OUT/20	129	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,26	
SET/20	144			
AGO/20	113			
JUL/20	98			
JUN/20	111			
MAI/20	98			
ABR/20	1,5			
MAR/20	1,0			

DEVIDO A REMANEJAMENTO DE ROTA, NO PROXIMO CICLO, PODERA SER ALTERADO O INTERVALO DE DIAS DE LEITURA EM RELAÇÃO AO FATURAMENTO DESTE MES (ART. 84 RES. ANEEL 414/2010). EM CASO DE DUVIDA LIGUE 0800.647 7196 OU WHATSAPP GISA 68 9233-0341.

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

DEVIDO A ROTA	25,01	16,00%	12,13
DEVIDO A ROTA	25,18		0,82
DEVIDO A ROTA	2,51	1,08%	3,78
DEVIDO A ROTA	6,39	4,99%	
DEVIDO A ROTA	16,73		

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

TAQUARI

slp2q

Prefeitura do Município de Rio Branco
Secretaria Municipal de Finanças

Rua Rui Barbosa, 285 - Centro - Rio Branco/AC - CEP: 69.000-001

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			
CNPJ	11467937000198	Inscrição Municipal	1326503	
E-mail	atendimento@grupodueli.com.br			Inscrição Estadual/RG
Endereço	HUGO CARNEIRO, 505	Bairro	BOSQUE	
Cidade	RIO BRANCO	CEP	69000550	

Dados do Tomador de Serviços

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

Utilize o QR Code para conferir o código



RECIBO	Nº	VALOR	#2.950,00 #
Recebi (emos) de <u>Abraão ASES MAIA DA ROCHA</u>			
a quantia de <u>Dois mil novecentos e cinquenta reais</u>			
<u>— X ————— X —</u>			
Referente à <u>25 Sessões fisioterapia Domiciliar</u>			
e para clareza firmo (amos) o presente.			
<u>Rio Branco Acre</u> , <u>30</u> de <u>Dezembro</u> de <u>2020</u>			
Assinatura	<u>LUCIMARIA OLIVEIRA</u>		
Nome	<u>CREFID 9/266358 F</u>		
	CPF / RG <u>CPF: 792.818.262-91</u>		

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

HACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Almeida Amor Maia da Rocha</i>			Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO MASC. () FEM. ()	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RACIA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>		CID 10
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>XO - fratura de ulna</i>		CID 10 PRINCIPAL	
OBSERVAÇÕES <i>Sugiro :- cirurgia - gesso de 15m de comprimento</i>			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO <i>30/12/20</i>	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)	
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	<i>Dr. Rafael Teixeira Pinto</i> <i>Otorrinolaringologista</i> <i>CRM/AC 131374/OT 13.379</i>	



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 min

MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr(a) *Dr. Guilherme Rosa*

MOTIVO

CLÍNICO

☐ 4. RESPIRATÓRIO ☐ 8. OBSTÉTRICO ☐ 12. METABÓLICO

☐ 5. CARDIOVASC. ☐ 9. PSIQUIÁTRICO ☐ 13. PEDIÁTRICO

☐ 6. NEUROLÓGICO ☐ 10. INFECCIOSO ☐ 14. OUTRO: _____

☐ 7. GASTROINTEST. ☐ 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.

TRAUMÁTICO

☐ 15. COLISÃO ☐ 19. FAF ☐ 22. AFOGAMENTO

☐ 16. ATROPELAMENTO ☐ 20. FAF ☐ 23. ELETROPLESSÃO

☒ 17. QUEDADA ☐ 21. QUEIMADURA

☐ 18. AGRESSÃO ☐ 24. OUTRO: _____

PACIENTE

NOME COMPLETO *ABRAÃO MABSES MORA DA NOCHA*

25. Masc. ☒ 26. Fem. ☐ IDADE *ANOS*

ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AN, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)
Rotatória - Amadado BARBOSA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS

☐ 28. OBTURADAS ☒ 31. NORMAL ☒ 35. NORMAL

☐ 29. PARC. OBSTR. ☐ 32. ALTERADA ☐ 36. CHOQUE

☒ 30. LIVRE ☐ 33. AGÔNICA ☐ 37. SANGRAMENTO ☒ 41. AGITAÇÃO

☐ 34. APNÉIA ☐ 38. PCR

NEUROLÓGICO

☐ 39. NORMAL ☐ 42. CONFUSÃO

☐ 40. CONVULSÃO ☐ 43. COMA

☒ 41. AGITAÇÃO

EXPOSIÇÃO

☐ 44. SEM ALTERAÇÃO ☒ 47. FRATURAS

☐ 45. QUEIMADURA ☒ 48. FERIMENTOS

☐ 46. DEFORMIDADES

SINAIS VITAIS

HORA INÍCIO *4:15* FIM _____ P.A. *100 x 70* F.R. _____ FC *87* SPO2 *96%* DEXTRO _____ GLASGOW *15*

PROCEDIMENTO EFETUADOS

☐ 41. ADM. OXIGÊNIO ☐ 53. RCP ☒ 57. COLAR CERVICAL

☐ 50. GUEDEL ☐ 54. PUNÇÃO TORÁCICA ☐ 58. FLEBOTOMIA

☐ 51. ASPIRAÇÃO ☐ 55. DRENAGEM TORÁCICA ☐ 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA

☐ 52. INTUBAÇÃO (OTNT) ☐ 56. VEIA PERIFÉRICA ☐ 60. SONDA GÁSTRICA

☐ 61. DESFIBRILAÇÃO ☐ 65. CURATIVO

☐ 62. INTRACATH ☒ 66. PRANCHA LONGA

☐ 63. SONDA VESICAL ☐ 67. _____

☐ 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS ☐ 68. _____

AVILIAÇÃO MONITOR ECG: _____

REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____

TRANSP.

TIPO ☒ 69. SIMPLES ☐ 70. MEDICALIZADO ORIGEM *Via Pública* DESTINO *HUERO-SET* CONTATO NO DESTINO

INCIDENTE

☒ 71. CANCELADO ☐ 73. ÓBITO ☐ 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO ☐ 77. OUTRO

☐ 72. FALSO ☐ 74. RECUSOU ATENDIMENTO ☐ 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL

OBSERVAÇÕES

Vítima de acidente de trânsito por queda de moto, encontrado em via pública semi pavimentada acidentado visivelmente e utilizando com habilidade técnica; apresentava hipotermia por estar molhado da chuva; estava apresentando trauma no fêmur direito e no olho direito e sangramento; trauma no costado direito com possível fratura do mesmo parecendo estar com possível contusão? Vítima inquieto e agitado, foi imobilizado na 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

Paciente atendido em 14:30 p/ enfermeira
encaminhado ao enfermeiro

ALERGIAS MED:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

CLASSIFICAÇÃO

CO. Cirurgião de urgência

Dr. Mario M. de Almeida
CRM 3121

NOME DO PACIENTE: 06/12/2020 ~~XXXXXXXXXX~~ ~~XXXXXXXXXX~~

IDADE: COMORBIDADES:

QUEIXA PRINCIPAL

Rx Torax - 500 mg / 500 mg
USO Torax - 500 mg / 500 mg

FLUXOGRAMA

cas. de TBC na corrente sanguínea

DISCRIMINADOR

PARÂMETROS

PA: X mmHg Temp.: °C Sat. O2: bpm
ESCALA DE DOR: 1 (0) 1 (1) 1 (2) 1 (3) 1 (4) 1 (5) 1 (6) 1 (7) 1 (8) 1 (9) 1 (10)
Glicemia: mg/dl
Glasgow: Alterado () Não alterado ()

CLASSIFICADOR (curva e assinatura)

HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos

() DESISTÊNCIA
() EVASÃO
Assinatura:

HORÁRIO:

RECLASSIFICAÇÃO

13/3 admitido no CC, apresentando anamnese de queda de altura de 10 metros, em ambiente de trabalho, não houve lesões físicas aparentes, com fratura de costela.

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

Anotações/Intercorrências

ATENDIMENTO / NÃO CONSULTA

Assinatura/COREN

ECG 14, TC S/A. Alta de UCO

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 14:38 - Doi entrado no SET, conduzido pelo SAM em prancha rígida e colar cervical, procedente de via pública vítima de queda de moto em rotatória, agitada, respondendo apresentando ritmagem labil, desorientado, sangramento nasal, tórax com ferimento em cotovelo direito + escoriações, P.A. 120x77 mmHg, FC 70 bpm, SpO2 97% - Tec. Fernando

- E-FAST + No 6:45 h

- Pulso: hr
- Hipotensão: hr
- Espirração: hr

* Ausculta de líquido livre em cavidade do tórax

Dr. Edilson Aguiar
CRM 1561

idade e

OME

Abner

2 M.

Recebi

REGISTRO 2773165

ENFERMARIA

LEITO 218

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
06/12/2020	Apresenta T 10h.	0 Presco 10h + Amelhi de 12h	12-14-16-18-20-22-24-26-28-30-32-34-36-38-40-42-44-46-48-50-52-54-56-58-60-62-64-66-68-70-72-74-76-78-80-82-84-86-88-90-92-94-96-98-100-102-104-106-108-110-112-114-116-118-120-122-124-126-128-130-132-134-136-138-140-142-144-146-148-150-152-154-156-158-160-162-164-166-168-170-172-174-176-178-180-182-184-186-188-190-192-194-196-198-200-202-204-206-208-210-212-214-216-218-220-222-224-226-228-230-232-234-236-238-240-242-244-246-248-250-252-254-256-258-260-262-264-266-268-270-272-274-276-278-280-282-284-286-288-290-292-294-296-298-300-302-304-306-308-310-312-314-316-318-320-322-324-326-328-330-332-334-336-338-340-342-344-346-348-350-352-354-356-358-360-362-364-366-368-370-372-374-376-378-380-382-384-386-388-390-392-394-396-398-400-402-404-406-408-410-412-414-416-418-420-422-424-426-428-430-432-434-436-438-440-442-444-446-448-450-452-454-456-458-460-462-464-466-468-470-472-474-476-478-480-482-484-486-488-490-492-494-496-498-500-502-504-506-508-510-512-514-516-518-520-522-524-526-528-530-532-534-536-538-540-542-544-546-548-550-552-554-556-558-560-562-564-566-568-570-572-574-576-578-580-582-584-586-588-590-592-594-596-598-600-602-604-606-608-610-612-614-616-618-620-622-624-626-628-630-632-634-636-638-640-642-644-646-648-650-652-654-656-658-660-662-664-666-668-670-672-674-676-678-680-682-684-686-688-690-692-694-696-698-700-702-704-706-708-710-712-714-716-718-720-722-724-726-728-730-732-734-736-738-740-742-744-746-748-750-752-754-756-758-760-762-764-766-768-770-772-774-776-778-780-782-784-786-788-790-792-794-796-798-800-802-804-806-808-810-812-814-816-818-820-822-824-826-828-830-832-834-836-838-840-842-844-846-848-850-852-854-856-858-860-862-864-866-868-870-872-874-876-878-880-882-884-886-888-890-892-894-896-898-900-902-904-906-908-910-912-914-916-918-920-922-924-926-928-930-932-934-936-938-940-942-944-946-948-950-952-954-956-958-960-962-964-966-968-970-972-974-976-978-980-982-984-986-988-990-992-994-996-998-1000-1002-1004-1006-1008-1010-1012-1014-1016-1018-1020-1022-1024-1026-1028-1030-1032-1034-1036-1038-1040-1042-1044-1046-1048-1050-1052-1054-1056-1058-1060-1062-1064-1066-1068-1070-1072-1074-1076-1078-1080-1082-1084-1086-1088-1090-1092-1094-1096-1098-1100-1102-1104-1106-1108-1110-1112-1114-1116-1118-1120-1122-1124-1126-1128-1130-1132-1134-1136-1138-1140-1142-1144-1146-1148-1150-1152-1154-1156-1158-1160-1162-1164-1166-1168-1170-1172-1174-1176-1178-1180-1182-1184-1186-1188-1190-1192-1194-1196-1198-1200-1202-1204-1206-1208-1210-1212-1214-1216-1218-1220-1222-1224-1226-1228-1230-1232-1234-1236-1238-1240-1242-1244-1246-1248-1250-1252-1254-1256-1258-1260-1262-1264-1266-1268-1270-1272-1274-1276-1278-1280-1282-1284-1286-1288-1290-1292-1294-1296-1298-1300-1302-1304-1306-1308-1310-1312-1314-1316-1318-1320-1322-1324-1326-1328-1330-1332-1334-1336-1338-1340-1342-1344-1346-1348-1350-1352-1354-1356-1358-1360-1362-1364-1366-1368-1370-1372-1374-1376-1378-1380-1382-1384-1386-1388-1390-1392-1394-1396-1398-1400-1402-1404-1406-1408-1410-1412-1414-1416-1418-1420-1422-1424-1426-1428-1430-1432-1434-1436-1438-1440-1442-1444-1446-1448-1450-1452-1454-1456-1458-1460-1462-1464-1466-1468-1470-1472-1474-1476-1478-1480-1482-1484-1486-1488-1490-1492-1494-1496-1498-1500-1502-1504-1506-1508-1510-1512-1514-1516-1518-1520-1522-1524-1526-1528-1530-1532-1534-1536-1538-1540-1542-1544-1546-1548-1550-1552-1554-1556-1558-1560-1562-1564-1566-1568-1570-1572-1574-1576-1578-1580-1582-1584-1586-1588-1590-1592-1594-1596-1598-1600-1602-1604-1606-1608-1610-1612-1614-1616-1618-1620-1622-1624-1626-1628-1630-1632-1634-1636-1638-1640-1642-1644-1646-1648-1650-1652-1654-1656-1658-1660-1662-1664-1666-1668-1670-1672-1674-1676-1678-1680-1682-1684-1686-1688-1690-1692-1694-1696-1698-1700-1702-1704-1706-1708-1710-1712-1714-1716-1718-1720-1722-1724-1726-1728-1730-1732-1734-1736-1738-1740-1742-1744-1746-1748-1750-1752-1754-1756-1758-1760-1762-1764-1766-1768-1770-1772-1774-1776-1778-1780-1782-1784-1786-1788-1790-1792-1794-1796-1798-1800-1802-1804-1806-1808-1810-1812-1814-1816-1818-1820-1822-1824-1826-1828-1830-1832-1834-1836-1838-1840-1842-1844-1846-1848-1850-1852-1854-1856-1858-1860-1862-1864-1866-1868-1870-1872-1874-1876-1878-1880-1882-1884-1886-1888-1890-1892-1894-1896-1898-1900-1902-1904-1906-1908-1910-1912-1914-1916-1918-1920-1922-1924-1926-1928-1930-1932-1934-1936-1938-1940-1942-1944-1946-1948-1950-1952-1954-1956-1958-1960-1962-1964-1966-1968-1970-1972-1974-1976-1978-1980-1982-1984-1986-1988-1990-1992-1994-1996-1998-2000-2002-2004-2006-2008-2010-2012-2014-2016-2018-2020-2022-2024-2026-2028-2030-2032-2034-2036-2038-2040-2042-2044-2046-2048-2050-2052-2054-2056-2058-2060-2062-2064-2066-2068-2070-2072-2074-2076-2078-2080-2082-2084-2086-2088-2090-2092-2094-2096-2098-2100-2102-2104-2106-2108-2110-2112-2114-2116-2118-2120-2122-2124-2126-2128-2130-2132-2134-2136-2138-2140-2142-2144-2146-2148-2150-2152-2154-2156-2158-2160-2162-2164-2166-2168-2170-2172-2174-2176-2178-2180-2182-2184-2186-2188-2190-2192-2194-2196-2198-2200-2202-2204-2206-2208-2210-2212-2214-2216-2218-2220-2222-2224-2226-2228-2230-2232-2234-2236-2238-2240-2242-2244-2246-2248-2250-2252-2254-2256-2258-2260-2262-2264-2266-2268-2270-2272-2274-2276-2278-2280-2282-2284-2286-2288-2290-2292-2294-2296-2298-2300-2302-2304-2306-2308-2310-2312-2314-2316-2318-2320-2322-2324-2326-2328-2330-2332-2334-2336-2338-2340-2342-2344-2346-2348-2350-2352-2354-2356-2358-2360-2362-2364-2366-2368-2370-2372-2374-2376-2378-2380-2382-2384-2386-2388-2390-2392-2394-2396-2398-2400-2402-2404-2406-2408-2410-2412-2414-2416-2418-2420-2422-2424-2426-2428-2430-2432-2434-2436-2438-2440-2442-2444-2446-2448-2450-2452-2454-2456-2458-2460-2462-2464-2466-2468-2470-2472-2474-2476-2478-2480-2482-2484-2486-2488-2490-2492-2494-2496-2498-2500-2502-2504-2506-2508-2510-2512-2514-2516-2518-2520-2522-2524-2526-2528-2530-2532-2534-2536-2538-2540-2542-2544-2546-2548-2550-2552-2554-2556-2558-2560-2562-2564-2566-2568-2570-2572-2574-2576-2578-2580-2582-2584-2586-2588-2590-2592-2594-2596-2598-2600-2602-2604-2606-2608-2610-2612-2614-2616-2618-2620-2622-2624-2626-2628-2630-2632-2634-2636-2638-2640-2642-2644-2646-2648-2650-2652-2654-2656-2658-2660-2662-2664-2666-2668-2670-2672-2674-2676-2678-2680-2682-2684-2686-2688-2690-2692-2694-2696-2698-2700-2702-2704-2706-2708-2710-2712-2714-2716-2718-2720-2722-2724-2726-2728-2730-2732-2734-2736-2738-2740-2742-2744-2746-2748-2750-2752-2754-2756-2758-2760-2762-2764-2766-2768-2770-2772-2774-2776-2778-2780-2782-2784-2786-2788-2790-2792-2794-2796-2798-2800-2802-2804-2806-2808-2810-2812-2814-2816-2818-2820-2822-2824-2826-2828-2830-2832-2834-2836-2838-2840-2842-2844-2846-2848-2850-2852-2854-2856-2858-2860-2862-2864-2866-2868-2870-2872-2874-2876-2878-2880-2882-2884-2886-2888-2890-2892-2894-2896-2898-2900-2902-2904-2906-2908-2910-2912-2914-2916-2918-2920-2922-2924-2926-2928-2930-2932-2934-2936-2938-2940-2942-2944-2946-2948-2950-2952-2954-2956-2958-2960-2962-2964-2966-2968-2970-2972-2974-2976-2978-2980-2982-2984-2986-2988-2990-2992-2994-2996-2998-3000-3002-3004-3006-3008-3010-3012-3014-3016-3018-3020-3022-3024-3026-3028-3030-3032-3034-3036-3038-3040-3042-3044-3046-3048-3050-3052-3054-3056-3058-3060-3062-3064-3066-3068-3070-3072-3074-3076-3078-3080-3082-3084-3086-3088-3090-3092-3094-3096-3098-3100-3102-3104-3106-3108-3110-3112-3114-3116-3118-3120-3122-3124-3126-3128-3130-3132-3134-3136-3138-3140-3142-3144-3146-3148-3150-3152-3154-3156-3158-3160-3162-3164-3166-3168-3170-3172-3174-3176-3178-3180-3182-3184-3186-3188-3190-3192-3194-3196-3198-3200-3202-3204-3206-3208-3210-3212-3214-3216-3218-3220-3222-3224-3226-3228-3230-3232-3234-3236-3238-3240-3242-3244-3246-3248-3250-3252-3254-3256-3258-3260-3262-3264-3266-3268-3270-3272-3274-3276-3278-3280-3282-3284-3286-3288-3290-3292-3294-3296-3298-3300-3302-3304-3306-3308-3310-3312-3314-3316-3318-3320-3322-3324-3326-3328-3330-3332-3334-3336-3338-3340-3342-3344-3346-3348-3350-3352-3354-3356-3358-3360-3362-3364-3366-3368-3370-3372-3374-3376-3378-3380-3382-3384-3386-3388-3390-3392-3394-3396-3398-3400-3402-3404-3406-3408-3410-3412-3414-3416-3418-3420-3422-3424-3426-3428-3430-3432-3434-3436-3438-3440-3442-3444-3446-3448-3450-3452-3454-3456-3458-3460-3462-3464-3466-3468-3470-3472-3474-3476-3478-3480-3482-3484-3486-3488-3490-3492-3494-3496-3498-3500-3502-3504-3506-3508-3510-3512-3514-3516-3518-3520-3522-3524-3526-3528-3530-3532-3534-3536-3538-3540-3542-3544-3546-3548-3550-3552-3554-3556-3558-3560-3562-3564-3566-3568-3570-3572-3574-3576-3578-3580-3582-3584-3586-3588-3590-3592-3594-3596-3598-3600-3602-3604-3606-3608-3610-3612-3614-3616-3618-3620-3622-3624-3626-3628-3630-3632-3634-3636-3638-3640-3642-3644-3646-3648-3650-3652-3654-3656-3658-3660-3662-3664-3666-3668-3670-3672-3674-3676-3678-3680-3682-3684-3686-3688-3690-3692-3694-3696-3698-3700-3702-3704-3706-3708-3710-3712-3714-3716-3718-3720-3722-3724-3726-3728-3730-3732-3734-3736-3738-3740-3742-3744-3746-3748-3750-3752-3754-3756-3758-3760-3762-3764-3766-3768-3770-3772-3774-3776-3778-3780-3782-3784-3786-3788-3790-3792-3794-3796-3798-3800-3802-3804-3806-3808-3810-3812-3814-3816-3818-3820-3822-3824-3826-3828-3830-3832-3834-3836-3838-3840-3842-3844-3846-3848-3850-3852-3854-3856-3858-3860-3862-3864-3866-3868-3870-3872-3874-3876-3878-3880-3882-3884-3886-3888-3890-3892-3894-3896-3898-3900-3902-3904-3906-3908-3910-3912-3914-3916-3918-3920-3922-3924-3926-3928-3930-3932-3934-3936-3938-3940-3942-3944-3946-3948-3950-3952-3954-3956-3958-3960-3962-3964-3966-3968-3970-3972-3974-3976-3978-3980-3982-3984-3986-3988-3990-3992-3994-3996-3998-4000-4002-4004-4006-4008-4010-4012-4014-4016-4018-4020-4022-4024-4026-4028-4030-4032-4034-4036-4038-4040-4042-4044-4046-4048-4050-4052-4054-4056-4058-4060-4062-4064-4066-4068-4070-4072-4074-4076-4078-4080-4082-4084-4086-4088-4090-4092-4094-4096-4098-4100-4102-4104-4106-4108-4110-4112-4114-4116-4118-4120-4122-4124-4126-4128-4130-4132-4134-4136-4138-4140-4142-4144-4146-4148-4150-4152-4154-4156-4158-4160-4162-4164-4166-4168-4170-4172-4174-4176-4178-4180-4182-4184-4186-4188-4190-4192-4194-4196-4198-4200-4202-4204-4206-4208-4210-4212-4214-4216-4218-4220-4222-4224-4226-4228-4230-4232-4234-4236-4238-4240-4242-4244-4246-4248-4250-4252-4254-	

06/12/20. As 16:30h, paciente
verificado, recém chegada
do CC-1, sob efeito anestésico
profundo, regue e repouso
no leito, entregue aos cuidados
da enfermagem. Rótulo
Positivo

SAME / HLEB
CÓPIA
CONFIRMAR ORIGINAL



CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 13:40 SALA _____ DATA 06-12-2020
 NOME DO PACIENTE Nezação Assis Muires da Rocha ID 28 anos
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS () bloqueio + Sellaquist
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 14:20 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO limpeza + Sellaquist + tala no joelho
 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 11
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 deorientado sonolento pouco comunicativo e realizou procedimento emergencial. As 14:20 foi realizada sutura de 01 bloquedo e Seda azul de PDS.

SAME / HJERB
COPIA
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
 Municipio...: 1200401 - - AC
 Nacionalidade...: BRASILEIRO
 Naturalidade...: ACRE

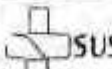
DADOS DA INTERNACAO

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

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERE
 Cópia
 CONFORME ORIGINAL

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Abraão Assis Maria da Rocha	
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE: Abraão A. M. Rocha	
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7107140110117137141374	
5 - DATA DE NASCIMENTO: 15/1/92	
6 - SEXO: MASC. ☒ FEM. ☐	
7 - RAÇA/COR: P	
8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2001578	
9 - NOME DA MÃE: Francaza Pinheiro Maria	
10 - NOME DO RESPONSÁVEL: 999090890	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rodovia AC-40, Km - Castanheira - KM02 - Santa Maria	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Rio Branco	
13 - COD. IGE MUNICÍPIO: PR	
14 - CEP: 14.30	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Dor Sagitada no coto alto D deformidade + 10h. de evolução	
16 - INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: 11/ Tratamento cirúrgico + talco	
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUL. DOS EXAMES REALIZADOS): Rx	
18 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Act. Crpt de Estômago	
19 - CID 10 PRINCIPAL: 52.1	
20 - CID 10 SECUNDÁRIO: COPIA ORIGINAL	
21 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: UNIFORME ORIGINAL	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Ligadura + talco gástrico	
23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 320276102	
24 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Mario Marcelo da Silva	
25 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/12/2013	
26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Mario Marcelo da Silva Médico CRM-AC 9121	
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 27 - ACIDENTE DE TRÂNSITO: ☐	
28 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO: ☐	
29 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO: ☐	
30 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO 31 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Leuda Maria Davalos	
32 - COD. ORGÃO EMISSOR: 11	
33 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 11	
34 - DOCUMENTO: 11	
35 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CEI DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR): 11	
36 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 11	
37 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Leuda Maria Davalos Médica Autorizadora CRM-AC 768 HUERB	

218

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

R. Robinson Limited
Physiotherapists
CREFTO 9203180 F

SAME / FUERO
CONFORM ORIGINAL

Abraço! Sonhe leve
sem preocupação,
e me
de, com tudo
cuidado. Te
sempre

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS
PARTES MOLES

TRAMAL 01 amp - 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA A ADMINISTRAÇÃO DE DILPIRONA.

PLASIL 01 ano + 30 ML AD 6/8H (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 410 mg (eu) 5x dln

Dr. Marcelo Vinenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1791

INAO
AVALIAÇÃO

800 Euroctra - A column, lower
matted, former bushes, this
curved guide supported
several squarish plants
3700 Garden Column, in
the grass, no more,
dwarf plants. Ht. 200cm.
E. of Bone - ca. 1967-68

COPIES

07.12.20

14130 PC apresentava

congratulations received &
return to Dr. Robert Lima

Dr. Robert L. Lima,
Fishpharmacol
CREFTO 9203180 +



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

REGISTRO
2773165

PACIENTE
ABRAÃO ASSIS MAIA DA ROCHA

IDADE
28

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
218

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRAT EXPOSTA OLECZ, JNO REALIZADA LIMP CIRURGICA CD-AGUARDA EXAMES E MELHORA DAS PARTES MOLES	DIETA ORAL LIVRE 5ND SRL 1000ML EV EM 24H 16 DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 5/5H 16 16 8/2 24 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 ADMINISTRAÇÃO TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 16 16 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 140 OU PAD > 100MMHG CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS CURATIVO 1X/DIA 16 CEFALOTINA 1G EV 6/6H 16 16 8/2 24	DIETA ORAL LIVRE 5ND 16 16 8/2 24	DIETA ORAL LIVRE 5ND 16 16 8/2 24
--	--	--	--

COPIA
ORIGINAL

Fratura na mão direita - 09.12.20
Realizada + amputação

Dr. Roberto Silva

CREMIO 9203180 F

Isaías Eulir
Ortopedia/Traumatologia
CRM/AC 1244 RQE 545 TEOD 11099

Das 07:00 às 08:00h,
paciente bem-estar,
sem dor, sem náusea, sem
diarreia, sem vômito, sem
febre, sem alteração de
coração, sem alteração de
respiração, sem alteração de
pressão arterial, sem
alteração de nível de
consciência.



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

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 AGENCADA	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 REPARATÁRIA A 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 6/8H ALTA HOSPITALAR COM CIRURGIA AGENCADA	<i>Handwritten signature and stamp:</i> Osteopatia e Fisioterapia Artic AC 1850758007 180771	<i>Handwritten notes:</i> à 15 horas receber alta hospitalar - CPM <i>Handwritten signature and stamp:</i> Daniele de Siqueira Enfermeira COREN/AC 501.309
--	--	---	--

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFIRMA ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE Departamento de Assistência Médico Hospitalar Unidade:		RELATORIO DE CIRÚRGIA	
NOME DO PACIENTE: <u>Florian A. M. Rocha</u>			
IDADE:		OBSERVAÇÃO:	
DIAGNÓSTICO: <u>Fib. Epit. Infetada de</u> <u>colúmbio (D)</u>			
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Ligadura + destruição de</u> <u>laço de SP, IT + Tala</u> <u>de gume</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Fib. Epit. Infetada de</u> <u>colúmbio D</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>Ligadura + Destruição + tala de gume</u>			DATA: <u>06/12/2021</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Mario Mauro</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr. Fernando</u>	
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: <u>Paciente em D, sob anestesia. Feito</u> <u>ligadura + ligadura de gume. Feito</u> <u>de gume + tala. Feito ligadura + SP, IT + Tala</u> <u>feita tala + curativo + Tala</u>			

Dr. Mario Mauro
Médico
Acr. CRM



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

HOSPITAL
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI									
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sngro:	Fator R	
Hm	Hi	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGO	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Natureza do estado clínico / TCE</u>									
Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite		MV: <u>(+)</u>		Complacência:					
ACV: <u>PCR</u>		ECG: <u>PS</u>		Alegrias: <u>-</u>					
Ap. Digestivo/Dentes: <u>sem</u>					Pescoço:		Pele/Dent.		
Ap. Urinário: <u>sem</u>					Drogas em Uso:				
Estado Mental: <u>sem</u>									
Anestesias Anteriores: <u>-</u>					ASA: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4		Risco		
Medicação Pré-anestésica:					Hora: <u>14</u>		Efeito:		
HORA: <u>14</u>									
GASES	O ₂	<u>90 - 92 - 94 - 96</u>							
	NO ₂								
LÍQUIDOS	HALOG								
		<u>(PL 200)</u>							
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia	spO ₂	<u>90 - 92 - 94 - 96</u>							
	240								
	220								
	200								
	180								
	160								
	140								
	120								
	100								
	80								
60									
40									
20									
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:				Monitorização			
1° <u>Fentanyl 100 µg</u>		1° <u>Sedação + Lo cel</u>				1° <u>PCR/ECG/PA/PAU</u>			
2° <u>Propofol 0,5% 50g</u>		2° <u>Limpeza Cirúrgica</u>				2° <u>MVU</u>			
3° <u>10mg Dexmedetomidina</u>		3° <u>Dr. Mauro Hassela</u>				3° <u>Dr. Rony Batista</u>			
4° <u>8mg Clonidina</u>		OBS: <u>CRM/AC 2001</u>							
5°		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):							
6°									
7°									
8°									
9°									
10°									

SAÍDA
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 28 A CLÍNICA: Neurologia

PACIENTE: Abelino Assis Maia do Rocha

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 28 anos, fratura exposta do antebraço direito, apresentando dor, edema e hematoma. Exame físico: sem alterações. Exame de laboratório: sem alterações.

grato

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 08/12/2021 HORA: 9:30

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente vítima de politrauma evoluindo com trauma de cabeça + torção de membros superiores cerebrais. Lesão em globo ocular (C) + fratura de maxilar + lesões sinusais.

Sua condição clínica pela restrição sinusal não tem melhorado.

INAO

AVALIAÇÃO

DATA: 09/12/2021 HORA: 14:00

NOME DO MÉDICO:

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/mm³): 4,77
Hemoglobina: 11,70 g/dL
Hematócrito: 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 mm³
Linfócitos: 3 %
Valor Absoluto: 483 mm³
Segmentados: 90 %
Valor Absoluto: 14.490 mm³
Monócitos: 6 %
Valor Absoluto: 966 mm³
Plaquetas: 1
Valor Absoluto: 161 mm³
Observações: 0

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

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
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[Assinatura]
Carvalho Leite
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 Coagulação: 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

fls. 145

Doença Principal:

Sanguineto +
deficiência de
i folic. de
erodurar

exatidão

História da Doença Atual:

frat. de

História da Doença Anterior:

N/A

Exame Físico:

causado + deficiência de coagulação

Diagnóstico Provisório:

frat. de coagulação (causado +
o infetado

Diagnóstico Definitivo:

Valor da Cobrança:

19

SAME / HUERE
COPIA
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Dr. Mario Marcelo B. dos Santos
Médico
CRM 160.000.000-0

- 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 C/ RECÉM-NASCIDO



DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC

AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE:

Abraão Assis Maria 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

14 / 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:

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 serel 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. Confirmando 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: _____

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA		PONTUAÇÃO
ATIVIDADE	Movimento voluntário de todas as extremidades	2
	Movimento voluntário de duas extremidades	1
	Incapaz de se mover	0
RESPIRAÇÃO	Respira profundamente e tosse	2
	Dispnéia, hipoventilação	1
	Apnéia	0
CIRCULAÇÃO	PA $\pm$ 20% do nível pré-anestésico	2
	PA $\pm$ 20% a 50% do nível pré-anestésico	1
	PA $\pm$ 50% do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Totalmente desperto	2
	Desperta quando chamado	1
	Não responde	0
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter Sitt O ₂ >92%, respirando ar ambiente	2
	Necessita suplemento de O ₂ para manter SatQ ₂ > 90%	1
	Sat O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0
PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.		

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.

[illegible]

PERIÓDICO

☒ CIRURGIA ELETIVA

Clinica _____

Enfermaria A

Leito 19

MATRÍCULA

Data Nasc. _____

Nome Alcides José Maia

Sexo M ☐ F ☒

Reche

Data 13.12.20

Hora 7:00

Idade 28

Cirurgia de

☐ Pequeno porte

☐ Médio porte

☒ Grande porte

Procedimento cirúrgico proposto

Aspectos relevantes do exame físico

tx Cistostomia de Alvarado
Admitido para o cuidado com
unidades do S. Paulo. No momento
a febre, hipotensão, náuseas, vômitos.
Alergia medicamentosa. Glaucoma em
progresso. Anestesia. Radiografia + ECG
nos laboratórios

Sinais vitais:

PA

FC

TAX

Orientações

52 kg

1,50 m

DATA

13/12/20

COREN

188659

Carimbo

Carimbo
ASSINATURA

ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO

ENFERMARIA:

☐ A

☐ B

☐ C

☐ D

☐ GERIATRIA

☐ UTI

DATA

Hora

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☐ Lúcido

☐ Sonolento

☐ Consciente

☐ Torporoso

☐ Desorientado

JEJUM:

☐ Sim

☐ Não

TRICOTOMIA:

☐ Sim

☐ Não

PROTESE:

☐ Sim

☐ Não

USO DE PRÉ-ANESTÉSICO:

☐ Sim

☐ Não

PRONTUÁRIO COMPLETO

☐ Sim

☐ Não

SINAIS VITAIS:

PA

mmHg

T

°C

P

b.p.m

R

lpm

QBS

DATA

COREN

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Carimbo

ASSINATURA

RECEPCAO DO CENTRO CIRURGICO

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso

INTEGRIDADE CUTÂNEA: ☒ Sim ☐ Não

ALERGIA: ☐ Sim ☐ Não

OBS: _____

DATA _____

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

ASSINATURA

TRANSOPERATÓRIO

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 _____

LABORATÓRIO: ☐ Histopatológico

☐ Cultura

☐ Citologia

HORA DO TÉRMINO DA CIRURGIA: _____ h

HORA DA SAÍDA DA S.O.: _____ h

OBS: Quem operou o Sr. paciente são os Drs. Paulo e Raul

ENCAMINHADO PARA: S.O.A

CIRCULANTE: Bruno

NA RECUPERAÇÃO POS-ANESTÉSICA

RECEBIDO NA RPA ÀS: 12:05 h

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☒ Comatoso

HIDRATAÇÃO VENOSA: 150 ml de SGL

Condições: em curso

CURATIVO CIRÚRGICO: 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

34.3 °C

PC: 55 b.p.m

FR: 18 98% irpm

OBS: Artroscopia cotovelo + Bloqueio + pedacos

HORA DA ALTA: 12:30

Acordado: ☒

Sonolento: ☐

ENCAMINHADO PARA: Sala de Leito: 19

DATA: 14.12.20

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Paulo

ASSINATURA

**SISTEMA
FUNDHACRE**

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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.....

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 Ponto sem queixas

F.O. limpa. neurologia - reflexos - etc

o 2º APb no pto. com curativos indicados

estando dentro do normal

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

30T por operações segue lucro líquido empresarial anexo a
luta diária presente segue sem intervenção por USP PB-110x70
14g TAX-36.1c de plenumia ——— " ——— "
precios por operação, lucro, comestíveis, suprac, afetando
encargos fisiológicos presentes, acima de 100. 1A 100x100 mm
T. 35,6°C Tcc. 35,6°C.

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

13.12.2020

OperadorEXEC.FUNDHACRE-
MARCIO

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

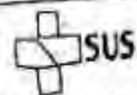
Prioridade 2 - Prioridade não urgente

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

8 - 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

9 - DATA DE NASCIMENTO

10 - SEXO

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CDD, RGSE MUNICÍPIO

19 - UF

21 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx 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

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

38 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADOR

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MÉDICO AUDITOR FUNDADOR
Jose Francisco Furtado
CNS: 742266288363860

PACIENTE

Abraão Arina Maria do Rocio

IDADE

28

CLÍNICA

CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LETO

29

H. UERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO:

fx exposto

elencado

DATA DO TRATAMENTO:

06/12/20

DATA DE INTERNAÇÃO:

13/12/20

DATA DE CURA:

14/12/20

MÉDICO RESPONSÁVEL:

M. Francisco

M. Rafael

MATERIAL:

- FK 15 mm

- fio cateter

HOSPITAL:

HC

1. DOR: VOLUME ZERO A PARTIR DE MEIA NOITE

2. SF: 95% S.O. IV CADA 12H

3. DIFERENÇA TIR EV DILUÍDO 65H SE DOR

4. TRATAMENTO: 100mg EV DILUÍDO 8H SE DOR FORTE

5. PLASMA: 100mg EV DILUÍDO 8H SE MALHEZA OU BARRER

6. CAPTOPRIL 25mg VO SE P.A. > 140 OU P.A. > 100mmHg

7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

ALERGIAS

COMORBIDADES:

OUTRAS INTERFERÊNCIAS

interferência no OTAC

NOTA: O PACIENTE NÃO ESTÁ EM CONDIÇÃO DE SER ALTA

Verificar a evolução do paciente. A dor está controlada com o uso de analgésicos. O paciente está em boas condições gerais. A evolução é satisfatória. O paciente está em boas condições gerais. A evolução é satisfatória. O paciente está em boas condições gerais. A evolução é satisfatória.

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	%
MCV:	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
neutrófilos:	0	%
neutrófilos Absolutos:	0	mm3
eosinófilos:	0	%
eosinófilos Absolutos:	0	mm3
linfócitos:	0	%
linfócitos Absolutos:	0	mm3
monócitos:	0	%
monócitos Absolutos:	0	mm3
basófilos:	3	%
basófilos Absolutos:	483	mm3
hematócitos:	90	%
hematócitos Absolutos:	14.490	mm3
plasmócitos:	6	%
plasmócitos Absolutos:	966	mm3
eritrócitos:	1	%
eritrócitos Absolutos:	161	mm3
reticulócitos:	0	%
reticulócitos 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.

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


Gilmara Cavalcante Leite
Médica CRP 1885 PA

**HUERB
PATOLOGIA CLINICA**

AV. MACOS UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 221-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

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

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

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

Cons. Regional:

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

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento: 01 MINUTO 30 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao: 05 MINUTOS
Contagem de Plaquetas: 141.000 /mm3

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

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 07/12/20 as 15:20 Coleta: 07/12/20 as 15:17-18. Via Impressa: 07/12/20


Dr. Grazielle Carvalho Leite
Biomédica CRM 1885 PA

HOSPITAL 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 28 A CLÍNICA: Neurologia

PACIENTE: Abraão Assis Maria da Rocha

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente 28 anos, fratura exposta do catenário
da base do crânio, fratura da "barriga" da base
do crânio, fratura da base do crânio, fratura da base do crânio.

grato!

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 28/12/2021 HORA: 9:30

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente vítima de politrauma evoluindo
com lesão de catenário + fratura
de crânio, lesão cerebral
lesão em globo ocular (e) + fratura de
maxilar + lesão sinus

sem indicação cirúrgica pela neuro
trauma não tem indicação

INAO

AVALIAÇÃO

DATA: 09/12/21 HORA:

NOME DO MÉDICO:

 FUNDHACRE	FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE	NOTA DE SALA	CENTRO CIRÚRGICO ☒ UTI ☐ AMBULATÓRIO ☐	N° REGISTRO: 297722 DATA: 14/12/20
	CARTÃO SUS 703 4010 2374374	N° DO LEITO:		SALA: COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE ABRAO ASSIS MIA DA SILVA

PROCEDIMENTO REALIZADO FX DE ALGUMAS

TIPO DE ANESTESIA <u>BLUZEIRO + SUMP</u>											
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 <u>cefaletoina</u>					un.	Atadura Gessada				
ml	LIDOCAINA 2 % S/V					un.	Compressa 10 x 10				
ml	Fentanil					un.	Compressa 45 x 50				
ml	LIDOCAINA 2 % C/V						Dreno nº				
ml	<u>Spavet midazolam</u>					un.	Lâmina de Bisturi nº				
fr.	PROPORFOL <u>Repe</u>					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 <u>Diprion</u>					un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL					un.	Sonda Foley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICKYL Nº <u>20</u>				
fr.	DECADRON <u>Dura</u>					un.	FIO POLIESTER Nº				
fr.	<u>Ketalar</u> <u>Tenaxina</u>					UN.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Ocitocina-5u (Syntocinon)					UN.	CATEGUTE SIMPLES Nº				
amp.	Metilergometrina (Metrergin)					UN.	MONONYLON Nº <u>3.0</u>				
un.	NAUSEDRON					UN.	ALGODÃO Nº				
un.	SERVOFURANE					ML	ALCOOL 70%				
un.	ISOFURANEO					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE				
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOÓLICA				
un.	SORO RINGER										
un.	SORO FISIOLÓGICO										

CIRURGIÃO <u>R. C. LIMA PAULI</u>	CIRCULANTE <u>RUGER</u>	ANESTESISTA <u>RUGER</u>	HORA ENTRADA <u>30</u>	HORA SAÍDA <u>30</u>
CIRURGIÃO	INSTRUMENTADOR <u>GILBERTO</u>	ENFERMEIRO <u>JOSIMAR</u>	HORA INÍCIO ANESTESIA	HORA FINAL ANESTESIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 13/12/2021 às 16:20, sob o número WEB121700821156. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0713095-20.2021.8.01.0001 e código 2B7A2ED.



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	
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	
7.0 fratura de ulna (D)			
OBSERVAÇÕES			
Sugiro - cirurgia - gerar o AM de controle (D)			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)	
		30/12/2020 Dr. Rafael Teixeira Pinto Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2.313/FEQ 13.379	
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

FUNDHACRE
FUNDAÇÃO HOSPITAL DO ACRE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente Almeida Aris M da Rocha
Leandro Mochiz

Paciente em acompanhamento
de pós-operatório de fratura de
Ossário direito (14/12/20).

Atualmente, encaminhado
para início de tratamento
fisioterapêutico, mantendo
limpeza e curativos no
coto direito.

CM = 552.0
= 48.8

DATA 30/12/21

Dr. Rafael Teixeira Pinto
Cirurgia e Traumatologia
CRM/AC 23347-PP 13.370
ASSINATURA



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051957/21

Número do Sinistro: 3210059203

Vítima: ABRAAO ASSIS MAIA DA ROCHA

CPF: 013.247.572-30

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