
Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REDIVALDO MELO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REDIVALDO MELO DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: REDIVALDO MELO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000045782-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REDIVALDO MELO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 10/06/2021, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima: 047.036.991-53

4 - Nome completo da vítima: Medaildo Melo de Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 45/2032

5 - Nome completo: Medaildo Melo de Silva
 7 - Profissão: Médico - JM
 11 - Bairro: Vila Jardim I
 12 - Cidade: Rio Branco
 13 - Estado: AC
 14 - CEP: 69904-618
 16 - Telefone: 96.9901-6442
 9 - Número: 351
 10 - Complemento: 047.036.991-53

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:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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 (101)
 AGÊNCIA: 0045 CONTA: 454982 (Informe o dígito se existir)
 Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informe o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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;
 • 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 do Segurado 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 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: ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não
 30 - Vítima deixou nascituro (vive/não)? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta ciência 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
 impresso
 digital da
 vítima ou
 beneficiário

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: CPF:
 Assinatura da testemunha
 40 - Local e Data, 44/03/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL – SEPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 2ª REGIONAL – 2ª DPCR
ENDEREÇO: CIDADE DO POVO – RIO BRANCO-AC
TELEFONE: (68) 3223-3943 – E-MAIL: 2dpcr.sepc@ac.gov.br

OFF-LINE

OCORRÊNCIA Nº 1201/2019

Registrado em: 30/07/2019, às 08h14min

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data/Hora do Fato: 11/04/2019 às 14h00min

LOCAL DO FATO:

Município: RIO BRANCO-AC
Endereço: RUA CUNHA MATOS
Bairro: BAIRRO 06 DE AGOSTO
Referência:

Estado: AC
CEP:
Tipo de Local: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA

Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA

Filiação: ANTONIO GOMES DA SILVA e LIDIA GOMES DE MELO

Dados Pessoais: BRASILEIRO, SOLTERIO, MOTORISTA.

RG: 298483 - SSP/AC

CPF: 747.036.252 - 53

DATA DE NASCIMENTO: 11/12/1981

NATURAL: BOCA DO ACRE - AM

ENDEREÇO: RUA DAS ARVORES, 331.

BAIRRO: BELO JARDIM I

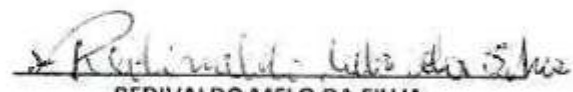
FONE: (68) 99201-6442

OBJETO/DOCUMENTOS:

O COMUNICANTE VEIO A ESSA REGIONAL INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ESTAVA SE DIRIGINDO AO SEU LOCAL DE TRABALHO EM SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI DE COR VERMELHA, PLACA NAD 0689, QUANDO UM VEÍCULO MODELO GOL AZUL ESCURO, PLACA MZW-8523 CONDUZIDO PELO SENHOR RAFAEL DA SILVA RIBEIRO, COLIDIU EM SUA MOTOCICLETA, QUE VEIO A CAIR NO CHÃO, QUE FOI ATENDIDO PELO SAMU NO LOCAL, QUE TEVE SUA PERNA FRATURADA DEVIDO AO IMPACTO DA COLISÃO.


JARLEM ALEXANDRE MARTINS RODRIGUES
Delegado de Polícia


JEAN JESUS DA SILVA FIRMINO
Comissário de Polícia Civil


REDIVALDO MELO DA SILVA
Comunicante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (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 SUSPEP Nº 45/2032

5 - Nome completo

7 - Profissão

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

16 - Telefone

15 - E-mail

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

21 - DADOS BANCÁRIOS

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

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

24 - Data do óbito da vítima

25 - Estado Civil da vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Vítima deixou

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

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

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

40 - Local e Data

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320007902201
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REDIVALDO MELO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000045782

Número da Autenticação

EB16FD8CDE191493

	6.27	12.54	25.08	3.92	7.85	15.70	3.71	0.00	11/2019	18.36
	0.00			0.00						

	16.00%	8.60%	3.07%
65.98	10.55	0.44	2.02

[illegible]

LEILIANE SILVA ARAUJO
R. DAS ARVORES 331 BELLO JARDIM 1
CPI: 00002700532201
CEP: 69.907-818 - RIO BRANCO

0202/2020

31/01/2020

101

19' 09

64766900

0421549-4

GENOY AFS

energisia



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

LAUDO MÉDICO

NOME: Richardson Alves do Sth

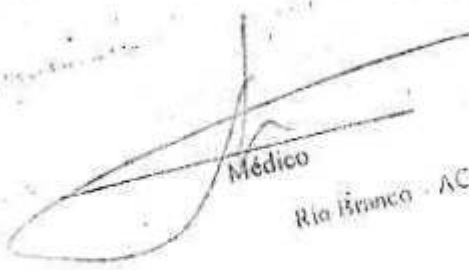
O paciente supracitado apresenta Fratura exposta do
a partir de 1

ou há 5 meses, tendo sido tratado com Fixação

No momento, encontra-se estável em aparelhos

em uso de Frac. Est.

CID: 793.1
S82


Médico

Rio Branco - AC

30.09.19



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

LAUDO MÉDICO

NOME: REDIVALDO MATEUS SILVA

O paciente supracitado apresenta FRATURA DA TÍBIA DISTAL
a partir de 11/04/18

direita tendo sido tratado com cirurgia
ou fixação recursos de apoio físico

condição paciente
apresenta
No momento, encontra-se em bom estado

sem necessidade de descompressão
Resíduo de cura, sem dor
Posterior

CIP: 5522

Dr. Luiz Roberto
Médico

Médico

Rio Branco - AC

18/04/18



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

LAUDO MÉDICO

NOME: REGILVARDO MELO DA SILVA

O paciente supracitado apresenta Fratura de Rádio @ @
Simples Composta a partir de 11/07/19

ou há _____, tendo sido tratado com _____

No momento, encontra-se em repouso
com curativo

582.7.2.2

CID: 713

793

20/09/19

Médico

Rio Branco - AC



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

LAUDO MÉDICO

NOME: RODRIGÃO LUIZ DA SILVA

O paciente supracitado apresenta FRATURA TORÇA
DO LUMBAL a partir de 11/10/19
ou há _____, tendo sido tratado com FIXADOR
EXTERNO.

No momento, encontra-se SEM ALGUM SINTOMA
ALGUMA DOR. APRESENTA
RETARDO DE LOCOMOÇÃO.

CIP: 5822

Médico

12/10

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 96698
Numero do CNS...: 705203419895279
Nome...: REDIVALDO MELO DA SILVA
Documento...: CNS Tipo :
Data de Nascimento: 11/12/1981 Idade: 37 anos
Sexo...: MASCULINO
Responsavel...: ANTONIO GOMES DA SILVA
Mãe da Mãe...: LIDIA GOMS DE MELO
Endereco...: RAMAL MACARRAO 502
Bairro...: BELO JARDIM 1 Cep.: 00000-000
Telefone...: 992134677
Município...: 1200401 - - AC
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

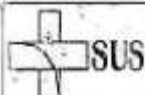
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2631479
Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito...: 999.0061
Data da Internacao: 11/04/2019
Hora da Internacao: 15:00
Medico Solicitante: 811.964.742-49 - CLEZION FERREIRA LELES
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico...: Y87.1
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

1º (2)



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

HUERB

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

Reinaldo Gomes do S.O.

6- Nº DO PRONTUÁRIO

96698

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

11.12.1981

9- SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Lidia Gomes de Melo

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

Ramal. Macaenao 502. Belo Jardim

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14- CÓD. IBGE MUNICÍPIO

AC6990000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dores, edema e deformação do MTD.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

álcool

SAME / HUERB

CÓPIA

INFORME ORIGINAL

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

FX. OMO. PR. NQ. + Sd. Comp. do MTD.

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carlos Marques

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

12.08.18

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

Andressa Moreira
COORDENADORA DE ATENDIMENTO
FONE 3120

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() SEM/REGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

37- Nº DO CNP/DA SEGURADORA

38- CNP/EMPRESA

39- CNP/DA EMPRESA

40- CNP/COOR

AUTORIZAÇÃO

41- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42- CÓD. ORGÃO EMISSOR

43- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44- DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

46- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

402

LEITO

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Andresa Moreira
PROFESSORA DE MATEMÁTICA
Cidade 2129
11-ABR 2019



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

digitado e impresso em: 12/04/2019 às 16:33:25

Item 4 com indicações de internação - 01

REGISTRO
2631479

PACIENTE
REDIVARDO MELO DA SILVA

IDADE
37

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
maca 09

HUERB

163

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 11/04/2019 DT 11/04/2019 # FRATURA DE TÍBIA/FIBULA VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO COM PACIENTE EVOLUI COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA, # REALIZADO FASCIOTOMIA FIXADOR EXTERNO BIPILANAR ATUALMENTE COM QUEIXAS DE DOR EM M. AO EF. BEG. AFEBRIL APRESENTAR VELOCIDADE DA CLÍNICA COM NEURO VASCULAR PRESERVADO CD ANALGESIA	1. DIETA ORAL LIVRE 5005 2. SRL 500 ML IV 8/8H 14/2/2019 3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA DO 10 4. METRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 HRS EV DO 14/2/2019 4. DIPIRONA 500 MG ML 2 ML + 18 ML AD IV 6/6H 10/16 2/2019 5. TRAMAL 100MG + 100 ML SF0.9% EV 8/8H, EM 1H 19 8/3/2019 6. METOCLOPRAMIDA 5MG ML 2 ML + 18 ML IV 8/8H, SE VÔMITO OU NÚUSEAS. 7. GIMEPARAZOL 23 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA 04 10. DEXTRO 11. IR SC DE ACORDO DEXTRO 50-200 2 UI / 20-1250 4 UI / 25-300 5 UI / 301-350 8 UI / 351-400 12 UI - AONDA DE 400 COMUNICAR PLANTONISTA 13. GH 50% 30 ML IV BOLUS SE DEXTRO < 60 MG/DL 15. CUIDADOS GERAIS 16. Alterar 4005 (B) 31 dia 16		14:50 em observação o momento em que causou a lesão de grando litigância de deveria ser feita com bloqueio 13/4/2019 de S. 30h - paciente o mesmo de 24h - deveria ser feita deveria ser feita deveria ser feita deveria ser feita

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

12 Abr 2019
Anelise M. Almeida
Enfermeira

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL
CENTRO CIRÚRGICO

Lote: 088772 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX
FEMUR T 350 - ESTERIL

Fabric.: 14/08/2017 Val.: 08/2022

Registro ANVISA Nº: 80083650031

Material: Aço Inox / Alumínio

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br

HORA DE CHEGADA 23:20 SALA 01 DATA 16/04/19
NOME DO PACIENTE Redivaldo Melo da Silva ID 37
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA ☒ LOCAL () OUTROS ()
INÍCIO DA ANESTESIA 23:45 TÉRMINO DA ANESTESIA 01:30
PROCEDIMENTO REALIZADO Impressão miógrafa + tração externa + taxotoma de perna E
INÍCIO DA CIRURGIA 23:50 TÉRMINO DA CIRURGIA 1:00hs
CIRURGIÃO DR Carlos DR Italo AUXILIAR(ES) DR R. Mendes
ANESTESISTA DR Arlesom SR INSTRUMENTADOR Eliza
CIRCULANTE MA Juaneide ENF Paula

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
ACAIÁ PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 40X12-1	FIO VICRYL
ACAIÁ SI/VASO	ALCOOL 70% 100 ml	FIO ALGODÃO
ACAIÁ CI/VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
GENASE	AGULHA PI/RAQUE	FORMOL
GENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRAL
AINIO	ASPIRADOR	GAZES 150
ONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
EP	ATADURA DE CREPON 5cm 11	GORRO
ENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
MINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
FRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
ANIL	BOLSA PI COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
SEMIDA	BORRACHA PI ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
OCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
N	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA PI PROCEDIMENTO
LAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 24-1
CAINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
CAINA GEL	C. TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
TOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
ONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 30 UN	PANO PI PACOTE (ÓBITO)
INA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 150
LON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA 50
OFOL	EQUIPO PI SORO	POVIDINE TÓPICO
L	ESCOVA PI DEGERMAÇÃO	PROPE
TIGMINE	ESPARADRAPO 30cm	SCALP Nº
DIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5 ML
ENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
AL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
EL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA PI ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor, edema e deformidade
na mão.

História da Doença Atual: /

História da Doença Anterior: /

Exame Físico: SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: Fx. lábio + fíbula (D) + 3^o Comp. m. mento

Diagnóstico Definitivo: /

Motivo da Cobrança: /

Andressa Moreira
RM 00000000000000000000
CRM 2729

11/04/2019

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA ME. HORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/ COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FIOLOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS.
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 96698
Numero do CNS.....: 705203419895279
Nome.....: REDIVALDO MELO DA SILVA
Documento.....: CNS Tipo :
Data de Nascimento: 11/12/1981 Idade: 37 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ANTONIO GOMES DA SILVA
Nome da Mae.....: LIDIA GOMS DE MELO
Endereco.....: RAMAL MACARRAO 502
Bairro.....: BELO JARDIM 1 Cep.: 00000-000
Telefone.....: 992134677
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2631479
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0061
Data da Internacao: 11/04/2019
Hora da Internacao: 15:00
Medico Solicitante: 811.964.742-49 - CLEZION FERREIRA LELES
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.....: Y87.1
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HUEB

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Redivaldo Melo da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

96638

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/12/1981

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Lidia Gomes de Melo

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Ramal Macaenano 502 - Bloco Jardim 1

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

A/C 69000-0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente com motocicleta com fratura de tíbia e fíbula, evoluindo com síndrome compartimental

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

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

SÍNDROME COMPARTIMENTAL

Scheila Carré Konzen
Médica/Revisão de Prontuário
CRM/AC1045

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

Fratura de Tibia e Fíbula

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

Scheila Carré Konzen
Médica/Revisão de Prontuário
CRM/AC1045
CPF: 943.390.660-87

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

digitado e impresso em: 13/04/2019 às 12:09:47

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
2631479	REDIVALDO MELO DA SILVA	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	163

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

DI 11/04/2019
DT. 11/04/2019
FRATURA DE TIBIA / FIBULA
VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO
COM
PACIENTE EVOLUI COM SINDROME
COMPARTIMENTAL EM PERNA
REALIZADO FASCIOTOMIA +
FIXADOR EXTERNO BIPLANAR.
ATUALMENTE COM QUEIMAS DE DOR
EM MI
AO EF
BEG, A FEBRIL APRESENTAR
VELHORIA DA CLINICA
COM NEURO VASCULAR
PRESERVADO
CO
ANALGESIA
DIETA ZERO PROCEDIMENTO
AGENDADO PARA 15/04
SUSPENSA OLEXANE
AGUARDANDO CENTRO CIRURGICO

1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS
2. SRL 500 ML IV 8/8H
3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA DO
4. VETRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 HRS EV DO
4. DAPIRONA 500 MG/ML 2 ML - 18 ML AD IV 6/6H
5. TRAMAL 100MG - 100 ML SFO 9% EV 8/8H, EM 1H
6. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2 ML - 18 ML IV 8/8H, SE VOMITO OU NUSEAS
7. OMEPRAZOL 20 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA
10. DEXTRO
11. IR SC DE ACORDO DEXTRO
12. 50-200 2 UI / 201-250 4 UI / 251-300 6 UI / 301-350 8 UI / 351-400 10 UI -
ACIMA DE 400 COMUNICAR PLANTONISTA
13. GH 50% 30 ML IV 30LUS SE DEXTRO < 60 MG/DL
15. CUIDADOS GERAIS
16. OLEXANE 40 UI SC 1 X DIA
17. OLEO MINERAL 10 ML 1 X DIA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

11/04/2019 18:00h - 18h
Sintomas de febre, com 38,5°C
120, 20 mmHg, com 100 bpm
240 ml/min de diurese
SEM alteração de estado
de consciência - Estabilidade 653 bpm
24h - Medicação não na
devida, presente estar na
centro cirurgico
21:45h - Retorno no
centro cirurgico. PA
100 x 60 mmHg, T 36,5°C
15/04/2019 08:00h - 18h
estabilidade de
diurese 400 ml
de diurese no período
diurese 400 ml
em a 100 ml de diurese
100 ml de diurese
COEFICIENTE 100

Andressa Moreira
RUEIRO MOREIRA
15 ABR 2019



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

digitado e impresso em 10/04/2019 às 12:18:49

REGISTRO
2631479

PACIENTE

REDIVALDO MELO DA SILVA

IDADE
37

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

163

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 11/04/2019 DT. 11/04/2019 # FRATURA DE TÍBIA / FIBULA VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM PACIENTE EVOLUI COM SINDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA # REALIZADO FASCIOTOMIA + FIXADOR EXTERNO BIPLANAR. ATUALMENTE COM QUEIXAS DE DOR EM M. AO EF. BEG, AFEBRIL APRESENTAR MELHORIA DA CLINICA COM NEURO VASCULAR PRESERVADO CD. ANALGESIA REALIZADO RAPIA DE FASCIOTOMIA NO DIA 15/04/19	1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS S/D 2. SRL 500 ML IV 8/8H 12/2004 3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA DO (10) 4. METRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 HRS EV DO 12/2004 4. DAPIRONA 500 MG/ML 2 ML - 18 ML AD IV 6/6H 10/12/2004 5. TRAVAL 100MG + 100 ML SFO 9% EV 8/8H, EM 1H 12/2004 6. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2 ML + 18 ML IV 8/8H, SE VOMITO OU NÚSEAS. 7. OMEPRAZOL 20 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA 12/4 10. DEXTRO Y 11. IR SC DE ACORDO DEXTRO 12. 200 2 UI / 20/250 4UI / 25/300 8UI / 30/350 8 UI / 35/400 10 UI - ACIMA DE 400 COMEÇAR PLANTONISTA Y 13. GR 50% 30 ML IV SOLUS SE DEXTRO < 60 MG/DL Y 15. DUIDADOS GERAIS Y 16. GLEKANE 40 UI SC 1 X DIA 12/4 17. OLEO MINERAL 10 ML 1 X DIA (10) Andressa Moreira enfermeira CRPAC 0179 16 ABR 2019		Sh - Dalgado banho de leito com auxilio sh - acir - as die - func. F - Te - com 11/2004 17/04/2004 10/12/2004 12/2004 13/2004 14/2004 15/2004 16/2004 17/2004 18/2004 19/2004 20/2004 21/2004 22/2004 23/2004 24/2004 25/2004 26/2004 27/2004 28/2004 29/2004 30/2004 01/2005 02/2005 03/2005 04/2005 05/2005 06/2005 07/2005 08/2005 09/2005 10/2005 11/2005 12/2005 01/2006 02/2006 03/2006 04/2006 05/2006 06/2006 07/2006 08/2006 09/2006 10/2006 11/2006 12/2006 01/2007 02/2007 03/2007 04/2007 05/2007 06/2007 07/2007 08/2007 09/2007 10/2007 11/2007 12/2007 01/2008 02/2008 03/2008 04/2008 05/2008 06/2008 07/2008 08/2008 09/2008 10/2008 11/2008 12/2008 01/2009 02/2009 03/2009 04/2009 05/2009 06/2009 07/2009 08/2009 09/2009 10/2009 11/2009 12/2009 01/2010 02/2010 03/2010 04/2010 05/2010 06/2010 07/2010 08/2010 09/2010 10/2010 11/2010 12/2010 01/2011 02/2011 03/2011 04/2011 05/2011 06/2011 07/2011 08/2011 09/2011 10/2011 11/2011 12/2011 01/2012 02/2012 03/2012 04/2012 05/2012 06/2012 07/2012 08/2012 09/2012 10/2012 11/2012 12/2012 01/2013 02/2013 03/2013 04/2013 05/2013 06/2013 07/2013 08/2013 09/2013 10/2013 11/2013 12/2013 01/2014 02/2014 03/2014 04/2014 05/2014 06/2014 07/2014 08/2014 09/2014 10/2014 11/2014 12/2014 01/2015 02/2015 03/2015 04/2015 05/2015 06/2015 07/2015 08/2015 09/2015 10/2015 11/2015 12/2015 01/2016 02/2016 03/2016 04/2016 05/2016 06/2016 07/2016 08/2016 09/2016 10/2016 11/2016 12/2016 01/2017 02/2017 03/2017 04/2017 05/2017 06/2017 07/2017 08/2017 09/2017 10/2017 11/2017 12/2017 01/2018 02/2018 03/2018 04/2018 05/2018 06/2018 07/2018 08/2018 09/2018 10/2018 11/2018 12/2018 01/2019 02/2019 03/2019 04/2019 05/2019 06/2019 07/2019 08/2019 09/2019 10/2019 11/2019 12/2019

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 11/04/2019 às 10:27:41

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
2631479	REIDIVALDO MELO DA SILVA	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	163

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 11/04/2019 DT: 11/04/2019 # FRATURA DE TÍBIA / FIBULA VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM PACIENTE EVOLUI COM SINDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA # REALIZADO FASCIOTOMIA + FIXADOR EXTERNO BIPLANAR. ATUALMENTE COM QUEIMAS DE DOR EM MÍ AO EF BEG. AFE3RIL APRESENTAR MELHORIA DA CLÍNICA COM NEURO VASCULAR PRESERVADO SEM EDEMA CD. ANALGESIA	1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS 2. SRL 500 ML IV 8/8H 5/10 500 3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA D2 4. METRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 HRS EV D2 4. DAPIRONA 500 MG/ML 2 ML - 18 ML AD IV 6/6H 5. TRAMAL 100MG - 100 ML SFO 9% EV 8/8H, EM 1H 6. METOCLOPRAMIDA 10MG/ML 2 ML - 18 ML IV 8/8H, SE VÔMITO OU 17 USEAS. 7. OMEPRAZOL 20MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA 10. DEXTRO 10 11. 1R SC DE ACORDO DEXTRO *50-200 2 UI / 250-250 4 UI / 250-300 8 UI / 300-350 8 UI / 350-400 10 UI - ACIMA DE 400 COMUNICAR PLANTONISTA *3. GH 50% 30 ML IV BOLUS SE DEXTRO < 60 MG/DL 15. CUIDADOS GERAIS Noting 16. OLEXANE 40 UI SC 1 X DIA 17. OLEO MINERAL 10 ML 1 X DIA		8h - finalizado banho de ar percepção 16h - aw far ar die far farne f, mentes - Ter. de Saferido corrente 43 h

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Andressa Moreira
enfermeira
Código 2115

17 ABR 2019

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
IVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 40x12,1	FIO VICRYL
IVACAÍNA S/VASO	ALCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO
IVACAÍNA C/VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE nº 2-0 1/1
AGENASE	AGULHA P/RAQUE 11/25 1	FORMOL
AGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
MINIO	ASPIRADOR	GAZES 200 unid
RONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
ENON	ATADURA DE CREPON 1	GORRO 1/1
ENIE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
AMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
IEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 1/1
TANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
OSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 1
OCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
IN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 1/1
ALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 1
CAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
CAÍNA GEL	C. TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 1/1
TOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
RONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
FINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
JLON	ELETRODOS 1/1	POVIDINE TINTURA 100ml
POFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
SIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 1/1	PROPE 1/1
STIGMINE	ESPARADRAPO 1/1	SCALP Nº
ADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
O FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
O GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML 1
O RINGER LACTATO	FRALDA 1	SERINGA DE 5ML
ENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 1
MAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
JVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
500g 1/1	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

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

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: RENIVALDO MERO DA SILVA

IDADE: 37 OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura distal de tíbia e fíbula "A D" + 86.
Malposicionada.

CIRURGIA PROPOSTA: Fechamento por via fasciotomia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: O mesmo

DATA:

15/06/19.

CIRURGIÃO:

Dr Marcelo Zementz
SAME / HUERB
CÓPIA

1º AUXILIAR:

Alcides

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

Dr Ricardo **CONFORME ORIGINAL**

ANESTESIA:

Rogionestesia

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

() SIM

(~~X~~) NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO

() SIM

(~~+~~) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(~~X~~) ENFERMARIA

() CT

() RESIDÊNCIA

() ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

O Paciente em ADH

Após a cirurgia + internação



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Robinaldo Melo da Silva</u>		Idade: <u>37 A</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)
		<u>120 x 70</u>	<u>76</u>	<u>22</u>	<u>37</u>
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Uréia
Diagnóstico Pré-Operatório:					
Do Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite		MV: <u>bilateral</u>		Complacência: <u>normal</u>	
ACV: <u>PA = 120 x 70</u>		ECG: <u>1512-1315</u>		Alegrias: <u></u>	
Ap. Digestivo/Dentes: <u>NDA</u>		Pescoco		Peças Dent:	
Ap. Urinário: <u>NDA</u>		Drogas em Uso:			
Estado Mental: <u>Lúcido</u>		ASA: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4		Risco: <u>II</u>	
Anestésias Anteriores:		Hora: <u>1900</u>		Efeito: <u></u>	
Medicação Pré-anestésica:					
HORA: <u>1900</u>					
GASES	O ₂				
	NO ₂				
	HALOG				
Líquidos		<u>3 F 2000 ml</u>			
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂				
	240				
	220				
	200				
	180				
	160				
	140				
	120				
	100				
	80				
60					
40					
20					
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:		Monitorização:	
1º <u>neocaina 25mg</u>		<u>regul e / neocaina</u>		<u>eletro</u>	
2º <u>marbina 70mg</u>		Cirurgia:		Ap. Resp: <u>oscilométrica</u>	
3º <u>decadron 10mg</u>		<u>Fechamento de fasciotomia</u>		Ap. CV: <u>PA</u>	
4º		Cirurgião/Auxiliar: <u>Dr. Marcelo +</u>			
5º		<u>Dr. Flávio</u>			
6º		OBS:			
7º					
8º					
9º		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo): <u>Dr. Flávio</u>			
10º					

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 221-1080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: ACACIO DA SILVA PEREIRA (EME)
Requisicao: 19.PC.1.007802
Num. do BE: 02631532

Idade...: 33A
Requis.: 11/04/2019

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

Cons. Regional:

Sector.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)	3,72	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 m
Hemoglobina	10,80	g %	VR: H:11 a 18 M:12 a 16
Hematocrito	32,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48
VCM	85,40	u3	VR: 78 - 98 u3
HCM	29,20	uug	VR: 27 - 32 uug
CHCM	34,10	g/dl	VR: 32 - 36 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: GIRLENE MARIA DA ROCHA MORAES 11/04/19 as 20:56 Coleta: 11/04/19 as 20:24-1a. Via Impressa: 11/04/19

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:.....	221.000	/mm3	VR: 150 a 400.000 / mm3
-----------------	---------	------	-------------------------

Liberado por: GIRLENE MARIA DA ROCHA MORAES 11/04/19 as 20:56 Coleta: 11/04/19 as 20:24-1a. Via Impressa: 11/04/19

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69906620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Pag.: 001

mg ok

Paciente...: REDIVALDO MELO DA SILVA (EME)
Requisicao: 19.PC.1.007543
Num. do BE: 02631479

Idade...: 37A
Requis.: 12/04/2019

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,28	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	12,40	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	26,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	63,10	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	34,90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocetria Global:.....	9.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Ba...es:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	84	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	7.728	mm3	
Linfocitos:.....	13	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.196	mm3	
Monocitos:.....	3	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	- 276	mm3	
Elastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Alexandro Passos da Silva
Farmacêutico - Bioquímico
CRM 12.009

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 12/04/19 as 09:41 Coleta: 12/04/19 as 07:36-1a. Via Impressa: 12/04/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	02 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	05 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	177.000	/mm3 VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 12/04/19 as 09:41 Coleta: 12/04/19 as 07:36-1a. Via Impressa: 12/04/19

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente com motocicleta
apresentando fratura de tíbia e fíbula, evoluindo
com síndrome compartimental.

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: _____

Politrauma
Fratura de tíbia e fíbula
Síndrome compartimental

Schiffa E. M. Ronzen
Médica / Revisão de Prontuário
CRM/AC 1045
CPF: 943.396.000-01

11-ALTA CJRA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/ COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

U L-163
Macas B
96698

AS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
No. DO BE: 2631479 DATA: 11/04/2019 HORA: 14:06 USUARIO: COSMA
CNS: 705203419895279 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : REDIVALDO MELO DA SILVA DOC.: CNS
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 11/12/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RAMAL MACARRAO NUMERO: 502
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: BELO JARDIM 1
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
NOME PAI/MAE...: ANTONIO GOMES DA SILVA /LIDIA GOMS DE MELO
RESPONSAVEL...: CUNAHDA - GABRIELA DE SOUZA TEL...: 992134677
PRESENCIA...: 06 DE AGOSTO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA 169 x 102 mmHg PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[60] SPO2[94]
EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Paciente trazido pelo SAMU, DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___
em prancha rígida, com collar cervical, em uso de tala de imobilização em MID.
Litima de colar do mito carro, em uso de capote. Nega vômitos, perda de consciência.
Bola cervical. Glasgow 15/15. AEF: A: vias aéreas patentes, movimento cervical preservado e
M. B: estabilidade em ar ambiente, MIE bilateral, sat. O2 97%. C: SNF 2x, sem hemorragia, ex-
terna. D: LOTE. E: MMSS: AVP. MIE e movimento preservado.
ES: ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
MID com tala, suspeito de fratura.
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: Trauma Rx. de - da CID: S10.012A
PRESCRICAO

1) Paracetamol 500mg (V) H: 20
2) Rx torax, pelve, perna De Tornazelo D
3) Reavaliação após exames
4) Solicito avaliação da ortopedia.
HORARIO DA MEDICACAO
15:15:00 - 16:00:00 - 16:00:00 - 16:00:00
que substituem dos exames
solicito avaliação da ortopedia
procedimento de procedimentos.

DATA DA SAIDA: 11/04/2019 HORA DA SAIDA: 14:00:00
ALTA: [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO HOSPITAL (SETOR): As 22:4 Per com Naleno
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): 11/04/2019
OBITO: 11/04/2019 APOS 48HS [] FAMILIA [] IMI [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: Dr. Renato
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: Dr. Clezton F. Lele
As 14:06, Per deu entrada na SET. Proveniente de via pública, por colisão carro a moto,
ainda de SAMU em prancha, collar cervical, MIE imobilizado, não permitindo acesso venoso perif.
Uso em MSE, correndo ser Ringer lactato 500 ml. Per lucido, orientado, comunicativo, não reio.
SSUV: PA: 169 x 102 FC: 60. SPO2: 100%. Ac. Exp. Satural Entao
Gecilés S. B. Vieira
Enfermeira
COREN - AC 388.293

NOME DO PACIENTE							IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA								
DISCRIMINADOR								
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Peso:
	ESCALA DE DOR				Glicemia: mg/dl			
					Glasgow: Alterado () Não alterado ()			
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos				() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO	CONFORME ORIGINAL							

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ 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: _____

Anotações/Intercorrências:

11/04/19 - 20:45h.

11/04/19, Intopédia, ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA pelo clínico. Paciente com diagnóstico de Fratura das pernas da perna, apresenta quadro de dor, edema importante em extremidade distal de MTD, com presença de pulso e perfusão, ritmo regular. Conduta: Ao Traumatismo para ulteriores perfusões, pulso a cada 2/2 horas.

Dipirone 2/1 ml IV. - 15/15

Notato Anute
Cirurgião Geral
CRM/AC 235

Paulo Marcelino S Jr
CRM/AC 221
11/04/2019

Às 10:50h Admitido na obs do Hospital LOTE em trauma, portando AVP em MSE em curso, as curvas da perna. 23/15 hem e Trauma no CC com quadro de trauma esquelético, trauma de

Priscila Maciel
Enfermeiro
CRM/AC 15623

realizado Transol e
plano de SN₂ conforme
previsões medidas
i. El. Guinley - COREN:
001.051.055 — 4 —

as 16:00 presente quei-
cas de algia an-
tuex, f. e. El. Guin-
ley - COREN: 001.051.055
14/04/19

As 16:00 presente relatou Apr
Torrada de bolinhos desde hoje
para amanhã, no momento apre-
senta-se lta, lta, lta, supneles,
SUV: PA: 120x80 mmHg
PULSO: 75 bpm, SPO2: 98%.

as 5:00 presente
avaliou bem, dormiu bem,
no refe. se a gaseosa
algias - f. e. El. Gu-
inley - COREN: 001.051.055

As 18:00 hs presente
admitido no centro
curativo, aconchego
respiratório, para pro-
cedimentos.

15-04-2019

As 21:05 hs presente em-
cas com a chuveiro el-
tuex, aconchego, aconchego POI
de fechamento de Reser-
toires. PA: 116x72 mmHg
SPO2 100% FE: 25 bpm.

Ind. José Mariano
Enfermeiro
COREN: 77204

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

RELATÓRIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Redivaldo Melo do S.O.

IDADE: _____ OBSERVAÇÃO: _____

AGNÓSTICO: Ex. de afecção de Tibia + Fíbula

S.d. Compoite mento

CIRURGIA PROPOSTA: Fasciotomia + Fixador externo

Biplano

AGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: O mesmo

DATA: _____

CIRURGIÃO: Carlos Marques

1º AUXILIAR:

Ito / Anelasso

AUXILIAR

SAME / HUERB

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

CÓPIA

ANESTESIA:

Alimem

CONFORME ORIGINAL

IDENTIFICANTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ SIM ☐ NÃO

DESCRIÇÃO: _____

OPÇÃO DE CONGELAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO

AGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____

DESEMPENHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☐ ENFERMARIA ☐ CT ☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

① Póssente em DDH sob anestesia
② amputação + osteotomia + colocação compo

exercício

- (3) Incisão lateral e medial
(Fasciotomia) + liberação de compartimento
- (4) Redução incremental + confecção de
fixador e plano biplano sob radiografia
- (5) Controle radiográfico
- (6) Limpeza com SF 0,5%
- (7) Anestesia esteril.

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
2631479	REDIVALDO MELO DA SILVA	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	163

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

DI 11/04/2019	1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS
DT. 11/04/2019	2. SRL 500 ML IV 8/8H
# FRATURA DE TIBIA / FIBULA	3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA D2
VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO	4. VETRONIDAZOL 500 MG DE 9/8 HRS EV D2
COM	4. DAPIRONA 500 MG/ML 2 ML - 18 ML AD IV 8/8H
PACIENTE EVOLUI COM SINDROME	5. TRAVAL 100MG + 100 ML 5F0,9% EV 8/8H, EM 1H
COMPARTIMENTAL EM PERNA.	6. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2 ML + 18 ML IV 8/8H, SE VOMITO OU NUSEAS
# REALIZADO FASCIOTOMIA +	7. OMEPRAZOL 20 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA
FIXADOR EXTERNO BIPLANAR.	8. DEXTRO
ATUALMENTE COM QUEIXAS DE DOR	11. TR SC DE ACORDO DEXTRO
EM MI	150-200 2 UI / 20-750 4UI / 25-300 8UI / 30-350 8 UI / 35-400 10 UI -
AO EE.	ACIMA DE 400 COMUNICAR PLANTONISTA
BEG. A FEBRIL APRESENTAR	13. GH 50% 30 ML IV BOLUS SE DEXTRO < 60 MG/DL
MELHORIA DA CLINICA	15. CUIDADOS GERAIS
COM NEURO VASCULAR	16. CLEAXANE 40 UI SC 1 X DIA
PRESERVADO SEM EDEMA	17. OLEO MINERAL 10 ML 1 X DIA
CD.	
ANALGESIA	
REALIZADO RAPIA DE FASCIOTOMIA	
NO DIA 15/04/19	

1104/2024-PROJ. DO RECURSO EXTRAORDINÁRIO,
LÍCIDO, SEMUNIFICATIVO, COM IMPARFIDÃO DE
INFORMAÇÃO SOBRE EXTENSÃO

Carlos Roberto de Almeida Silva
Enfermeiro
COREN-AC 395.715

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

LAUDO MÉDICO

NOME: Reichleto Anulo do Siba

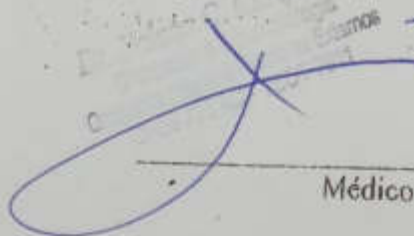
O paciente supracitado apresenta Ruptura do Tíbio ②
a partir de 11/04/2013

ou há _____, tendo sido tratado com Harb. @ Tíbio Oste

No momento, encontra-se PO Tíbio y fíbula
Carilolaki - Siba Sente
Difere

CIP: 713

T93-1


Médico

07.06.2014

Rio Branco AC

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

CONTRAN

DETTRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 014720939925

VA 01 COD RENAVAM 0018051652 EXERCICIO 2019

NOME KEDIVALDO RELODO SILVA

PLACA ANT / UF NAD068Y AC

CPF / CNPJ 747.036.252-53

CHASSI 9C2KC1550AR021062

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO PLICA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ES1

ANO FAB 2009

CATEGORIA 2P/0149CC/ PAR 1100

VENO / COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO PRE R\$40.32

PREMIO TOTAL (R\$) R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO 27/07/2019

AL. FID. ADM DE EDICAO NACIONAL HONDA LTD *

BEN. TRIBUTARIO *

CONTRAN

DETTRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 014720939925

VA 01 COD RENAVAM 0018051652 EXERCICIO 2019

NOME KEDIVALDO RELODO SILVA

PLACA ANT / UF NAD068Y AC

CPF / CNPJ 747.036.252-53

CHASSI 9C2KC1550AR021062

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO PLICA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ES1

ANO FAB 2009

CATEGORIA 2P/0149CC/ PAR 1100

VENO / COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO PRE R\$40.32

PREMIO TOTAL (R\$) R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO 27/07/2019

AL. FID. ADM DE EDICAO NACIONAL HONDA LTD *

BEN. TRIBUTARIO *

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

AC Nº 014720939925 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2019 DATA EMISSAO 30/07/2019

PLACA NAD068Y

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ES1

Nº CHASSI 9C2KC1550AR021062

ANO FAB 2009

PREMIO TARIFARIO

PREMIO PRE R\$36.05

PREMIO TOTAL (R\$) R\$40.01

DATA DE OUTRAGO 27/07/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$84.58

PREMIO TOTAL (R\$) R\$40.32

PREMIO TOTAL (R\$) R\$40.32

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.345.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063890/20

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2019

Titular do CPF: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REDIVALDO MELO DA SILVA : 747.036.252-53

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: 17/02/2020
Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA
CPF: 747.036.252-53

REDIVALDO MELO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063890/20

Número do Sinistro: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2019

Titular do CPF: REDIVALDO MELO DA SILVA

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: 08/06/2021
Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA
CPF: 747.036.252-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

REDIVALDO MELO DA SILVA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079022 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 4/11/18/19/23/27/28

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 18/02/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079022 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 4/11/18/19/23/27/28

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079022 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 4/11/18/19/23/27/28

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079022 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 4/11/18/19/23/27/28

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 18/02/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063890/20

Número do Sinistro: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REDIVALDO MELO DA SILVA

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: 08/06/2021
Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA
CPF: 747.036.252-53

REDIVALDO MELO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2021
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-0063890/20

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REDIVALDO MELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REDIVALDO MELO DA SILVA : 747.036.252-53

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: 17/02/2020
Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA
CPF: 747.036.252-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

REDIVALDO MELO DA SILVA

Thayane Pinheiro Fernandes Felix