

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

CEZAR FERREIRA ALVES brasileiro, Solteiro, serviço geral inscrito no CPF sob o nº021.416.022-03e no RG sob o nº10500049SSP/AC, residente e domiciliado na Rua Ipê Branco, nº1521, Bairro: Vila do Incra, CEP:69927-000, porto Acre, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906, com endereço profissional na Via Chico Mendes, n.º 3570, sala 05 (Auto Posto Amapá), Corrente, CEP 69906-119, na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 04 De Fevereiro 2019.

Cezar Ferreira Alves

DECLARAÇÃO

CEZAR FERREIRA ALVES brasileiro, Solteiro, serviço geral inscrito no CPF sob o nº021.416.022-03e no RG sob o nº10500049SSP/AC, residente e domiciliado na Rua Ipê Branco, nº1521, Bairro: Vila do Incra, CEP:69927-000, porto Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

Por ser expressão da verdade firma o presente na forma e termos da lei.

Rio Branco – Acre, 04 de Fevereiro 2019.

Cezar Ferreira Alves

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1423418471



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME

CEZAR FERREIRA ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

10500049 SEPC AC

CPF

021.416.022-03

DATA NASCIMENTO

29/10/1990

FILIAÇÃO

JOSE FERREIRA ALVES

**MARIA APARECIDA
FERREIRA TORRES**

PERMISSÃO

PERMISSÃO

ACC

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06046195565

VALIDADE

22/05/2018

1ª HABILITAÇÃO

22/05/2017

OBSERVAÇÕES

Cezar Ferreira Alves

LOCAL

RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO

22/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

[Signature]

65404061534
AC407301100

ACRE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1423418471

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2537755 DATA: 22/03/2018 HORA: 02:09 USUARIO: OTERVAL

CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

M 2

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CEZAR FERREIRA ALVES DOC...: 10500049*-A

IDADE.....: 27 ANOS NASC: 29/10/1990 SEXO...: MASCULINO

ENDereco.....: RUA IPE BRANCO NUMERO: 1521

COMPLEMENTO...: BAIRRO: VILA DO INCRA

MUNICIPIO.....: PORTO ACRE UF: AC CEP....: -

NOME PAI/MAE...: JOSE FERREIRA ALVES /MARIA APARECIDA FERREIRA GOME

RESPONSAVEL...: ACOMP. JOAO BATISTA TEL....: 9992-2866

PROCEDENCIA...: VILA DO INCRA

ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM

ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[137 X 48 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[44] SPO2[99]

EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA[]

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

paciente admitido do Pronto Socorro, vítima de acidente de trânsito com trauma como consequência de queda de altura de 15 metros.

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

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

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
① Dilatador 1ml @	SANGUE / URINA
② Dilatador 2ml @	
③ Dilatador 1g @	

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

As 02:25 PT admitido no SET, vindo com 3ª vítima de acidente de trânsito, apresentando escoriações em MSE, TFC e MTP, lucido orientado, comunicativo, sendo avaliado e medicado.

Dr. Romar

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justicado Estado do Acre, protocolado em 12/02/2019 às 14:14, sob o número 07018187520198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701818-75.2019.8.01.0001 e código 209A311.

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
=====

439.832

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

N.º Registro.: 439832

Nome.....: CESAR FERREIRA ALVES

Documento.....: 1050004-9

Tipo: IDENTIDADE

Data de Nascimento....: 29/10/1990

Estado Civil.:

Idade.....: 27 - ANOS

Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: PADRASTO

Nome da Mãe...: MARIA APARECIDA F TORRES

Endereço.....: VILA DO INCRA, 00000 CEP: 69921.000

Telefone.....: 0000000999103007

Município.....: ZONA RURAL

UF.....: 1200807 - PORTO ACRE - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Município: ACRE

Data de Nascimento: 2/04/2018

CONFERE COM ORIGINAL
Heloisa Amoras da Silveira Távora 27/04/18
Gerente do SAME - R.C.

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 88882
 Numero do CNS.....: 000000-0000000000 704000363022385
 Nome.....: CEZAR FERREIRA ALVES
 Documento.....: 105000497-A Tipo :
 Data de Nascimento: 29/10/1990 Idade: 27 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: JOSE FERREIRA ALVES
 Nome da Mae.....: MARIA APARECIDA FERREIRA GOMES
 Endereco.....: RUA IPE BRANCO 1521
 Bairro.....: VILA DO ENCRA Cep.: 00000-000
 Telefone.....: 9922-2866
 Municipio.....: 1200807 - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2537755
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0017
 Data da Internacao: 22/03/2018
 Hora da Internacao: 02:30
 Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA
 Proced. Solicitado: 04.08.02.020-2
 Diagnostico.....: S52.3
 Identif. Operador.: DE PAULA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SANE / HUE
 COPIA

CONFIRME O 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

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Acidente automobilístico,
trauma com fratura em joelho (E) e braço (E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ex. Tisio 1 Rx.

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ex. diagnóstico de fratura (E)
Ex. do cotovelo 5 - fratura (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA

Dr. Marco Aurélio

Dr. Edina Copara Hamude
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 1870

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ/EMPRESA

42 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

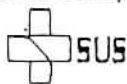
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

SAME / HUEB
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Med. Rui Pinto



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

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETHIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ/EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Fátima Hamude
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 1870

CONFORME ORIGINAL

Deben Foreign Affs.

LEITO M2

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
DIAGNÓSTICO: TX retina atirpiscar (E) TX olho cego (E) Neftaten (E) Dr. Edina Copara Hamill PRM Oftalmologia e Traumatologia CRM-AC 15 Solista: Heu you Co-piloto: you.	1. DIETA VO LIVRE. 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 - SN 6. OMEPRAZOL 40MG DILUIDO 7. Captopril 25mg VO se PAS > 140 ou PAD > 90 8. CUIDADOS GERAIS 9. SINAIS VITAIS (10) Neftaten. 1 gr EV 6/6 h	SN/D 500 500 10 16 22 04 SN SN 04 atenção retina retina 10 16 22 04	08:15h - paciente admitido de ma ccs, orientado supino, sinais vitais normais. PA: 130 x 70 mmHg. SO2: 98% P: 69 bpm. As 17:40 paciente segue em alta hospitalar com encaminhamento para o agendamento A.C. Inf. Bruno Silva Tatiane de Lima Benites Enfermeira COREN. 15.565.744

6
W
O
5

LEITO M2

24.03

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: CEZAR FERREIRA ALVES (EME)
Requisicao: 18.PC.2.004196
Num. do BE: 02537755

Idade...: 27A
Requis.: 22/03/2019

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	5,46	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	15,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	46,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,70	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	84	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	49	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.116	mm3	
Linfocitos:.....	44	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	3.696	mm3	
Monocitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	504	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 22/03/18 as 17:22 Coleta: 22/03/18 as 16:49-1a. Via Impressa: 22/03/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	2 MINUTOS E-15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	8 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	230.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 22/03/18 as 17:22 Coleta: 22/03/18 as 16:49-1a. Via Impressa: 22/03/18

Rosemeiry M. Riveros
Biomédica
CRM - 4.200.000

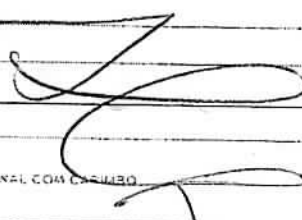
SAME / HUERB
CÓPIA

CONFORT ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente	Cezar Viana ALVA			Idade	Leito	Registro/SE
Sector	☐ PSA	☐ PSI	☐ CCA	☐ CCS	☐ CMA	☐ CMS
	☐ CC	☐ UTI				
☐ Rato x	DE COTOCALO (C)			☐ USG		
☐	PR e PARI			☐ UCG		
☐	MÃE E DUNAN PR e PARI			☐ Ecocardiograma		
☐ Outros	PR e DUNAN PR e			☐ ECG		
Indicação:	PARI.					
Hipótese Diagnóstica:						
						
Data	ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CASSINO					
Dr. Victor Judias Lages MÉDICO CRM AM 9597						
Laudo:						



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: dores e olepormagão no pé e antebraço (E)

História da Doença Atual: Acidente automobilístico

História da Doença Anterior: —

Exame Físico: dores, pou vol no antebraço (E)

Diagnóstico Provisório: —

Diagnóstico Definitivo: fx olepormagão no antebraço (E)
fx olepormagão no 5º metatarsiano (E)

Motivo da Cobrança: —

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISILOGIA
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 INTERNAÇÃO
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/PERMAM. 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

Dr. Fátima Copara Hamade
Pneumologia e Traumatologia
CRM - AC 1870

Dr. MARCELO PIMENTA

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1.791-AC / TEOT 15.217

Membro da



fls. 21

CEZAR FERREIRA ALVES

LAUDO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que se fizerem necessários, junto ao DPVAT que o paciente acima, atendido por mim, foi submetido a cirurgia em antebraço esquerdo (não dominante) com osteossíntese em ulna diafisária, e tratamento conservador em pé esquerdo, por fratura com desvio aceitável em colo do 5º metatarso esquerdo, fato este devido a acidente de motocicleta no dia 22/03/2018. Encontra-se de alta ambulatorial.

Evolui com dor residual no antebraço esquerdo e edema no pé esquerdo, sem déficit neuromotor.

CID 10: **S 92.4 / S 52.4**

Rio Branco-AC, 13/07/2018.

Clínica SABIN – Rua Hugo Carneiro, 401, bairro Bosque, Rio Branco-AC.

Tel 68 3224.1291 / 68 98405.0053

3301-7338

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1791 - AC



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

LAUDO MÉDICO

NOME: Leiza Ferreira Silva

() paciente supracitado apresenta fratura de perone distal
sem deslocamento + Fratura de 4^o e 5^o metacarpo
na mão esquerda. a partir de 19/10/2018
Ocorrência em 19/10/2018, tendo sido tratado com placa de fixação
na fratura de ulna e em metacarpo
na mão esquerda.
No momento, encontra-se em repouso
com curativo na mão esquerda
sem dor e sem limitação de movimento.

592.4
CID: 552.4

Italo Maia Vieira
Médico
CRM/AC 1500



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013353/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2018 12:32 Data/Hora Fim: 07/05/2018 12:48
 Origem: Polícia Judiciária
 Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Departamento de Investigação Criminal
 Data/Hora do Fato: 22/03/2018 01:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: est. de PORTO ACRE KM 29 LINHA 1 KM 03

Bairro: Rural

Ponto de Referência: VILA DO INCRA
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Não Houve da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

ENVOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome: CEZAR FERREIRA ALVES (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 29/10/1990

Nome da Mãe: Maria Aparecida Ferreira Torres

Nome do Pai: Jose Ferreira Alves

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.416.022-03

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: RUA IPE BRANCO
 Bairro: Rural
 Telefone: (68) 9995-8085 (Celular)

Nº: 1521

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa MZV6295	Número do Chassi 71017
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007	Cor PRETA
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN	Modelo HONDA/CG 125 FAN
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Odilon Vinhadelli Neto
 Impresso por: Leandro Ayache Rocha
 Data de Impressão: 07/05/2018 12:48
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013353/2018

Nome Envolvido	Envolvimentos
Cezar Ferreira Alves	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NA ESTRADA DE PORTO ACRE QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO. O NOTICIANTE NÃO TEVE OPORTUNIDADE DE IDENTIFICAR O VEÍCULO E NÃO FOI PRESTADO SOCORRO. O CUNHADO DO NOTICIANTE (MARCOS) O LEVOU PARA SER ATENDIDO NA HUERB DE RIO BRANCO

ASSINATURAS

Leandro Ayache Rocha
Responsável pelo Atendimento

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

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Carta nº: 13201928

A/C: CEZAR FERREIRA ALVES

Nº Sinistro: 3180234090
Vitima: CEZAR FERREIRA ALVES
Data do Acidente: 22/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CEZAR FERREIRA ALVES

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000003423

Conta: 000002577-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

