

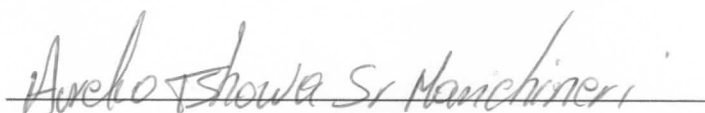
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 0468 MEX/AC e inscrito no CPF sob nº. 963.137.902-78, residente e domiciliado a rua 15 de Junho, nº 1149, bairro Sobral, nesta cidade de Rio Branco – Acre. Telefone: (68) 99937-0823 / 99954-2304

OUTORGADOS: YANNA HENRIQUE GOMES DE SOUZA, advogada inscrita na OAB/AC sob o nº 4.521, e **CAROLINE SANTOS DA COSTA GUIMARÃES**, advogada inscrita na OAB/AC sob o nº 5.328, ambas com escritório na rua Boulevard Augusto Monteiro, nº 802, bairro Triangulo Novo, Rio Branco - AC, e-mail: yannahique@gmail.com/carolinecosta.judicial@gmail.com Fone (68) 99964-2929/99973-9811

PODERES: confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **ad-judicia et extra**, em qualquer juízo, instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, postular nas instâncias administrativa, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe(s), ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, **receber e dar quitação**, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, **independentemente** da menção de outros poderes, por mais especiais que sejam. **Poderes, também, de declarar que a reclamante necessita do benefício da justiça gratuita.**

Rio Branco-AC, 15 de maio de 2019.



OUTORGANTE

99954-2304
99937-0823
Rio Branco

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1303378295

PROIBIDO PLASTIFICAR
1303378295

NOME
AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
0468 MEX AC

CPF
963.137.902-78

DATA NASCIMENTO
04/04/1987

FILIAÇÃO
SEBASTIAO ALVES
RODRIGUES MANCHINERI
MARIA ROSA SALOMAO
MANCHINERI

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
04644345860

VALIDADE
07/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/05/2009

OBSERVAÇÕES
Hab Prod Perigosos
Exerce Ativ Remunerada

Aurelio Tshowa Sr Manchineri

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
07/12/2016

ASSINATURA DO PORTADOR

Pedro Luis Longo
Diretor Geral
Detran / AC

ASSINATURA DO EMISSOR

44880736362
AC407141421

DETRAN - AC (ACRE)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Unica

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0403512-7

Nº da Nota Fiscal: **003709310**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	07/03/2019	99	80,29

AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI
R. 15 DE JULHO 1149 SOBRAL
CPF: 00096313790278
CEP: 69.912-020 - RIO BRANCO

ROT: 10.001.10.22.002910

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2374	Atual:	12/02/2019
Anterior:	2275	Anterior:	16/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/03/2019
Consumo Medido:	99	Emissão:	11/02/2019
Consumo Faturado:	99	FCAM	12/02/2019

Forma de Faturamento: **NORMAL** Código de Irregularidade: Dias de Consumo: **27**

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7254283		1.1.1.1	105

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/19	127	CONSUMO 99 A R\$ 0,612880 =	60,67
DEZ/18	108	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,03
NOV/18	122	COBRANCA DIF ENERGIA 2497ANEEL	13,81
OUT/18	116	COBRANCA DIF ICMS R2497ANEEL	2,66
SET/18	110	COBRANCA DIF PIS R2497ANEEL	0,03
AGO/18	113	COBRANCA DIF COFINS R2497ANEEL	0,09
JUL/18	99		
JUN/18	98		
MAI/18	103		
ABR/18	99		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 99 - 0,612880

COMPREV
COMPREV DE EVIDÊNCIA S/A
23 ABR 2019
PROTOCOLO
AO RIO BRANCO

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
FATURA COM COBRANCA DIFERENCA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/18 C
ONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 1001413-57.2018.4.01.3000
Parabéns! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0A86.DF94.F293.ED82.77F2.B489.651E.3D04

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	22,98	Base de Cálculo:					
Energia:	27,28	Alíquota ICMS:					
Transmissão:	0,71	Valor do ICMS:					
Encargos:	9,70	Valor do PIS:	0,00				
Tributos:	0,00	Valor do COFINS:	0,00				

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		
Limite	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05		
Realizado	0,00			0,00			0,00		

Conjunto **TAQUARI** Período de apuração: **12/2018** EUSD: **34,97**

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190288819

Vítima: AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI

Data do Acidente: 24/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137111/19

Vítima: AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUE

CPF: 963.137.902-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/08/2018

Titular do CPF: SALOMAO RODRIGUES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

compro

AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI : 963.137.902-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/04/2019

Nome: AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI
CPF: 963.137.902-78

ELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHII

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019

Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027731/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/03/2019 08:35 Data/Hora Fim: 27/03/2019 08:49
 Delegado de Polícia: Frederico Pires Tostes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 3ª Regional

Data/Hora do Fato: 24/08/2018 18:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: Rua Boa União X Rua 13 de maio
 Complemento: Próximo ao Espaço Gaby

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Boa União

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FABRICIO SOUZA PESSOA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 17/05/1993

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Acre

Bairro: Aeroporto Velho

Nº: 356

Nome Civil: AURÉLIO TSHOWA SALOMÃO RODRIGUES MANCHINERI (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 04/04/1987

Profissão: Motorista

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Rosa Salomão Manchineri

Nome do Pai: Sebastião Alves Rodrigues Manchineri

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0468

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua 07 setembro

Bairro: João Paulo II

Telefone: (68) 99937-0823 (Celular)

Nº: 259

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 963.137.902-78

Placa MZS9453

Renavam 00213261570

Número do Motor JC41E1A643603

Número do Chassi 9C2JC4110AR643603

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010



Delegado de Polícia Civil: Frederico Pires Tostes
 Impresso por: Débora Oliveira da Cruz Bomfim
 Data de Impressão: 27/03/2019 09:09
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027731/2018-A01

Cor VERMELHA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 27/11/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Aurélio Tshowa Salomão Rodrigues Manchineri	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 708.224.682-04	Placa NAC1383
Renavam 00477176810	Número do Motor JC41E1C501541
Número do Chassi 9C2JC4110CR501541	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor VERMELHA	UF Veículo Acre
Município Veículo Plácido de Castro	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 25/07/2012	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Fabício Souza Pessoa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava indo pela Rua Boa União no sentido centro/bairro, em sua motocicleta placa MZS9453, quando o envolvido Fabrício avançou o cruzamento e bateu na roda da frente da moto deste comunicante, o que causou a fratura do seu braço direito; QUE o envolvido permaneceu no local até a chegada do SAMU, em que esta vítima foi conduzida até o HUERB; QUE a perícia compareceu ao local, bem como o BPTRAN que tomou todas as providências cabíveis confeccionando o BAT nº 1667/2018.

ASSINATURAS

Débora Oliveira da Cruz Bomfim
Responsável pelo Atendimento

Aurélio Tshowa Salomão Rodrigues Manchineri
(Comunicante / Vítima)

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

Delegado de Polícia
Matr. 92919201



Delegado de Polícia Civil: Frederico Pires Tostes
Impresso por: Débora Oliveira da Cruz Bomfim
Data de Impressão: 27/03/2019 09:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre



Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

fls. 14

01 NÚMERO BAT

1667

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

Rua Boa União X Rua 13 de Maio

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

Praça. as Esposas Galaty

06 HORA DA OCORRÊNCIA

28.40

07 ZONA URBANA / RURAL / URBANA

U

08 DATA

24/08/2018

09 DIA DA SEMANA

Segunda

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFAITO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Fabrizio Souza Reisosa

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

17/05/1993

19 ENDEREÇO

Rua Acre, 386 - Aeroporto Velho

20 1ª HABILITAÇÃO

29/06/2012

21 CATEGORIA

A

22 PRONTUÁRIO

08832136847

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

Honda / CG 125 FAN

28 ESPÉCIE

Passeiro

29 PLACA

NAC 1383

30 MUNICÍPIO

P. de Castro

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Antonio Vago da Silva Santiago

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2TC4110CR301341

36 AVÁRIAS

Requeria Marota

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua 13 de Maio → Bairro

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no local

35 COMPARECEU NO POSTO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

NÃO ☒

23 ABR 2019

PROTOCOLO
AS-110-BRANCO

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

42 NOME CONDUTOR

Aurelio Tophnia Salomão Rod. Marchinieri

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

04/10/1987

45 ENDEREÇO

Rua 07 de Setembro 289, João Paulo II

46 1ª HABILITAÇÃO

18/05/2009

47 CATEGORIA

AE

48 PRONTUÁRIO

04644345840

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

Honda / CG 125 FAN

54 ESPÉCIE

Passeiro

55 PLACA

MZ5 9483

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

D. Condutor

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9C2TC4110AR643603

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVÁRIAS

Requeria Marota

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua Boa União → Bairro

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Conduziu a (UPA) HUERB

Alessandra Souza da Silva
Fórmula Administrativa
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

TESTEMUNHAS

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 18/07/18

fls. 15-

82 NOME **Aurelio Totonha Salomão Rod. Marchionni** 83 SEXO **M** 84 NASCIMENTO **04/04/1987**

85 ENDEREÇO **HUERB** 86 FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☐ 2 FATAIS ☐ 3 87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº **12** 88 USAVA CINTO **SIM** ☐ 1 **NÃO** ☐ 2

89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5 90 CONDUZIDA PARA **HUERB**

91 NOME **HUERB** 92 SEXO **M** 93 NASCIMENTO **04/04/1987**

94 ENDEREÇO **HUERB** 95 FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☐ 2 FATAIS ☐ 3 96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº **12** 97 USAVA CINTO **SIM** ☐ 1 **NÃO** ☐ 2

98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5 99 CONDUZIDA PARA **HUERB**

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Alessandra Souza da Silva
Preenche Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 18/05/2019

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que os dois veículos colidiram no cruzamento de uma rua que é V-01, onde se encontra a Prefeitura. Foi visto da a polícia no local. O condutor do V-02 abriu a porta esquerda do veículo. O condutor do V-01 estava com a CNH vencida e o veículo não licenciado, sendo retirado e removido do local, pelos artigos 162, V e 230, V do CTB. O V-02 foi retirado do local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA **V-01** 103 MOTORISTA **V-02** 104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO **BPTRAN**

105 NOME **Fabício Souza Ribeiro** 106 NOME **A. F. S. R. M.** 107 NOME / RG **CB J. Gomes / 13996**

108 ASSINATURA **X** 109 ASSINATURA **X** 110 ASSINATURA **X**

111 LOCAL **Rio Branco - AC** 112 DATA **24/08/2018**

FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192

Data Emissão: 03/09/2018
 Hora emissão: 09:05
 Operador:

Nº da Ocorrência 1308240093	Qtd. Vítimas 1	D/Hr Início: 24/08/2018 18:21 D/Hr Término: 24/08/2018 20:42	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO MOTO X MOTO
---------------------------------------	--------------------------	---	---

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: MIRLANDIA
 End.: R BOA UNIAO 1520 787
 Bairro: BAHIA NOVA
 Cidade: RIO BRANCO
 CEP:
 Ponto de Referência: AO LADO DO ESPAÇO GABI

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 959963635
 Queixa: MOTO X MOTO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23-ABR-2019

PROTOCOLO

Ocorrência: COLISÃO MOTO X MOTO

VÍTIMAS

Vítima	Nome: Paciente 1	Idade:	Sexo:
1	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS Avaliação: EQUIPE NO LOCAL. RELATA PCTE COM DEGRADABILIDADE EM BRAÇO DIREITO. PCTE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.	Data/Hora: 24/08/2018 19:13
Vítima 1	Profissional: DULCILEIA NASCIMENTO DE SOUZA Avaliação: COLISÃO COM 1 VÍTIMA AO SOLO COM POSSÍVEL FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR.	Data/Hora: 24/08/2018 18:23

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 24/08/2018 19:13	Situação
	Profissional: ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO - HUERB	Data/Hora: 24/08/2018 19:13	Situação
	Profissional: ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS Intercorrência:	Data/Hora: 24/08/2018 19:13	Situação
	Observação:		
Vítima	Profissional: ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	Data/Hora: 24/08/2018 19:13	Situação

Decisão: ENVIO DE VEÍCULO

fls. 17

Profissional: ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS

Data/Hora: 24/08/2018 19:13

Situação:

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS

Data/Hora: 24/08/2018 19:13

Situação:

Intercorrência:

Observação:

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEO 1	Veículo: USB 08 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 24/08/2018 18:30
	Dt./Hr. Saída Base: 24/08/2018 18:30	Dt./Hr. Chegada Local: 24/08/2018 18:59
	Dt./Hr. Saída Local: 24/08/2018 19:51	Dt./Hr. Chegada Destino: 24/08/2018 20:04
	Dt./Hr. Saída Destino: 24/08/2018 20:04	Dt./Hr. Chegada Base: 24/08/2018 20:10

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
LILYAN COSTA DA SILVA	24/08/2018 18:21		LILYAN COSTA DA SILVA
LILYAN COSTA DA SILVA	24/08/2018 18:22	LILYAN COSTA DA SILVA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	24/08/2018 18:23	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	24/08/2018 19:13	ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	EM FILA
ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	24/08/2018 19:46	ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	EM FILA
ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	24/08/2018 19:46	ARIEL FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	EM FILA
GABRIELA CORDEIRO	24/08/2018 19:51	GABRIELA CORDEIRO	EM FILA

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

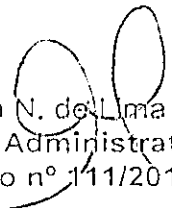
CHAMADO	Nº	DATA				HORA	
	00000000	24/08/2018				19h00min	
MOTIVO	MÉDICO(A) REGULADOR(A) D(ia)	Dra. Arieli					
	CLÍNICO	☐ 4. RESPIRATÓRIO ☐ 8. OBSTÉTRICO ☐ 12. METABÓLICO ☐ 15. COLÍCIA ☐ 19. FAF ☐ 22. AFOGAMENTO ☐ 5. CARDIOVAC. ☐ 9. PSIQUIÁTRICO ☐ 13. PEDIÁTRICO ☐ 16. ATROPELAMENTO ☐ 20. FAF ☐ 23. ELETROPLESSÃO ☐ 6. NEUROLÓGICO ☐ 10. INFECIOSO ☐ 14. OUTRO: ☐ 17. QUEDA ☐ 21. QUEIMADURA ☐ 7. GASTRINTEST. ☐ 11. INTOXICAÇÃO EXOG. ☐ 18. AGRESSÃO ☐ 24. OUTRO:					
PACIENTE	NOME COMPLETO	Cassio T. H. Souza Solomoe					
	ENDEREÇO (ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE) (RUA, N.º, AL. BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)	Rodrigo Monchelli					
EXAME FÍSICO	VIAS AERÉAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	NEUROLÓGICO	EXPOSIÇÃO		
	☐ 28. OBTURADAS ☐ 29. PATC. OBSTR. ☐ 30. LIVRE	☐ 31. NORMAL ☐ 32. ALTERADA ☐ 33. AGÔNICA ☐ 34. APNÉIA	☐ 35. NORMAL ☐ 36. CHOQUE ☐ 37. SANGRAMENTO ☐ 38. PCR	☐ 39. NORMAL ☐ 40. CONVULSÃO ☐ 41. AGITAÇÃO	☐ 42. CONFUSÃO ☐ 43. COMA	☐ 44. SEM ALTERAÇÃO ☐ 45. QUEIMADURA ☐ 46. DEFORMIDADES	
EXAME FÍSICO	HORA	PA.	F.R.	FC	SP02	DESTRO	GLASGOW
	INÍCIO	120/80		80	98%		
EXAME FÍSICO	41. ADX. OXIGÊNIO	53. RCP	57. COLAR CERVICAL	61. DESFIBRILAÇÃO	65. CURATIVO		
	50. GUEDEL	54. PUNÇÃO TORÁCICA	58. FLEBOTOMIA	62. INTRACATH	66. PRANCHA LONGA		
EXAME FÍSICO	51. ASPIRAÇÃO	55. DRENAGEM TORÁCICA	59. PUNÇÃO PERICÁRDICA	63. Sonda VESICAL	67		
	52. INTUBAÇÃO (O2 NT)	56. VEIA PERIFÉRICA	59. Sonda GÁSTRICA	64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	72		
EXAME FÍSICO	AVALIAÇÃO MONITOR ECG:						
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS:						
EXAME FÍSICO	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO			
	☐ 69. SIMPLES ☐ 70. MEDICALIZADO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	PS	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO			
EXAME FÍSICO	71. CANCELADO	73. ÓBITO	75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO	77. OUTRO			
	72. FIM SO	71. RECUSOU ATENDIMENTO	74. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL				
EXAME FÍSICO	OBSERVAÇÕES						
	Homem, 40 anos, vítima de acidente de trânsito, com lesão no membro superior direito, apresentando ferimento no braço direito.						
EXAME FÍSICO	PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE						
	MÉDICO (A) INTERVENIENTISTA Dr. (a)						
EXAME FÍSICO	PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM						
	Téc. Adilberto						



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1808240093, de 24/08/2018, às 18:21 horas, registrada pelo SAMU como: COLISÃO MOTO X MOTO, com 01 vítima, refere-se a vítima AURELIO TSHOWA SALOMÃO RODRIGUES MANCHINERI, 31 anos.

Rio Branco, 03 de setembro de 2018.


Mônica Valéria N. de Lima Santiago
Gerente Administrativa
Decreto nº 111/2015

S/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2577610 DATA: 24/08/2018 HORA: 19:26 USUARIO: RENIS
CNS: 898002913119362 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHIN DOC...
IDADE : 31 ANOS NASC: 04/04/1987 SEXO... : MASCULINO
ENDEREÇO : RUA 7 DE SETEMBRO NUMERO: 259
COMPLEMENTO : VEIO DE SAMU BAIRRO: BOA UNIAO
MUNICIPIO : RIO BRANCO
NOME PAI/MAE : SEBASTIAO ALVES RODRIGUES MANC/MARIA ROSA SAMLOMAO MANCHIN
RESPONSÁVEL : ESPOSA-ANGELA DE MOURA CORREIA
PROCEDENCIA : BOA UNIAO
ATENDIMENTO : ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[] X [] mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

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

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

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

Paciente vítima de acidente de moto. Refere dor em Dorso e antebraço direito. Dor no dorso de caráter. Nega perda de consciência. Alta clínicos. Antecedentes: A: dor aguda no dorso e antebraço direito. B: dor aguda no dorso e antebraço direito. C: dor aguda no dorso e antebraço direito. D: dor aguda no dorso e antebraço direito. E: dor aguda no dorso e antebraço direito. F: dor aguda no dorso e antebraço direito. G: dor aguda no dorso e antebraço direito. H: dor aguda no dorso e antebraço direito. I: dor aguda no dorso e antebraço direito. J: dor aguda no dorso e antebraço direito. K: dor aguda no dorso e antebraço direito. L: dor aguda no dorso e antebraço direito. M: dor aguda no dorso e antebraço direito. N: dor aguda no dorso e antebraço direito. O: dor aguda no dorso e antebraço direito. P: dor aguda no dorso e antebraço direito. Q: dor aguda no dorso e antebraço direito. R: dor aguda no dorso e antebraço direito. S: dor aguda no dorso e antebraço direito. T: dor aguda no dorso e antebraço direito. U: dor aguda no dorso e antebraço direito. V: dor aguda no dorso e antebraço direito. W: dor aguda no dorso e antebraço direito. X: dor aguda no dorso e antebraço direito. Y: dor aguda no dorso e antebraço direito. Z: dor aguda no dorso e antebraço direito. OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVÉ] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

(1) Dorso do Trauma (radolgia);
(2) Dorso do Trauma (radolgia);
(3) Dorso do Trauma (radolgia);
(4) Dorso do Trauma (radolgia);
(5) Dorso do Trauma (radolgia);
(6) Dorso do Trauma (radolgia);
(7) Dorso do Trauma (radolgia);
(8) Dorso do Trauma (radolgia);
(9) Dorso do Trauma (radolgia);
(10) Dorso do Trauma (radolgia);
(11) Dorso do Trauma (radolgia);
(12) Dorso do Trauma (radolgia);
(13) Dorso do Trauma (radolgia);
(14) Dorso do Trauma (radolgia);
(15) Dorso do Trauma (radolgia);
(16) Dorso do Trauma (radolgia);
(17) Dorso do Trauma (radolgia);
(18) Dorso do Trauma (radolgia);
(19) Dorso do Trauma (radolgia);
(20) Dorso do Trauma (radolgia);
(21) Dorso do Trauma (radolgia);
(22) Dorso do Trauma (radolgia);
(23) Dorso do Trauma (radolgia);
(24) Dorso do Trauma (radolgia);
(25) Dorso do Trauma (radolgia);
(26) Dorso do Trauma (radolgia);
(27) Dorso do Trauma (radolgia);
(28) Dorso do Trauma (radolgia);
(29) Dorso do Trauma (radolgia);
(30) Dorso do Trauma (radolgia);
(31) Dorso do Trauma (radolgia);
(32) Dorso do Trauma (radolgia);
(33) Dorso do Trauma (radolgia);
(34) Dorso do Trauma (radolgia);
(35) Dorso do Trauma (radolgia);
(36) Dorso do Trauma (radolgia);
(37) Dorso do Trauma (radolgia);
(38) Dorso do Trauma (radolgia);
(39) Dorso do Trauma (radolgia);
(40) Dorso do Trauma (radolgia);
(41) Dorso do Trauma (radolgia);
(42) Dorso do Trauma (radolgia);
(43) Dorso do Trauma (radolgia);
(44) Dorso do Trauma (radolgia);
(45) Dorso do Trauma (radolgia);
(46) Dorso do Trauma (radolgia);
(47) Dorso do Trauma (radolgia);
(48) Dorso do Trauma (radolgia);
(49) Dorso do Trauma (radolgia);
(50) Dorso do Trauma (radolgia);
(51) Dorso do Trauma (radolgia);
(52) Dorso do Trauma (radolgia);
(53) Dorso do Trauma (radolgia);
(54) Dorso do Trauma (radolgia);
(55) Dorso do Trauma (radolgia);
(56) Dorso do Trauma (radolgia);
(57) Dorso do Trauma (radolgia);
(58) Dorso do Trauma (radolgia);
(59) Dorso do Trauma (radolgia);
(60) Dorso do Trauma (radolgia);
(61) Dorso do Trauma (radolgia);
(62) Dorso do Trauma (radolgia);
(63) Dorso do Trauma (radolgia);
(64) Dorso do Trauma (radolgia);
(65) Dorso do Trauma (radolgia);
(66) Dorso do Trauma (radolgia);
(67) Dorso do Trauma (radolgia);
(68) Dorso do Trauma (radolgia);
(69) Dorso do Trauma (radolgia);
(70) Dorso do Trauma (radolgia);
(71) Dorso do Trauma (radolgia);
(72) Dorso do Trauma (radolgia);
(73) Dorso do Trauma (radolgia);
(74) Dorso do Trauma (radolgia);
(75) Dorso do Trauma (radolgia);
(76) Dorso do Trauma (radolgia);
(77) Dorso do Trauma (radolgia);
(78) Dorso do Trauma (radolgia);
(79) Dorso do Trauma (radolgia);
(80) Dorso do Trauma (radolgia);
(81) Dorso do Trauma (radolgia);
(82) Dorso do Trauma (radolgia);
(83) Dorso do Trauma (radolgia);
(84) Dorso do Trauma (radolgia);
(85) Dorso do Trauma (radolgia);
(86) Dorso do Trauma (radolgia);
(87) Dorso do Trauma (radolgia);
(88) Dorso do Trauma (radolgia);
(89) Dorso do Trauma (radolgia);
(90) Dorso do Trauma (radolgia);
(91) Dorso do Trauma (radolgia);
(92) Dorso do Trauma (radolgia);
(93) Dorso do Trauma (radolgia);
(94) Dorso do Trauma (radolgia);
(95) Dorso do Trauma (radolgia);
(96) Dorso do Trauma (radolgia);
(97) Dorso do Trauma (radolgia);
(98) Dorso do Trauma (radolgia);
(99) Dorso do Trauma (radolgia);
(100) Dorso do Trauma (radolgia);

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. PAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

As 20:40 # Cirurgia geral #
Paciente movido para o momento sem queixa de dor.
Antes de ser movido. B: MVEs/PA C: dor aguda no dorso e antebraço direito. D: dor aguda no dorso e antebraço direito. E: dor aguda no dorso e antebraço direito. F: dor aguda no dorso e antebraço direito. G: dor aguda no dorso e antebraço direito. H: dor aguda no dorso e antebraço direito. I: dor aguda no dorso e antebraço direito. J: dor aguda no dorso e antebraço direito. K: dor aguda no dorso e antebraço direito. L: dor aguda no dorso e antebraço direito. M: dor aguda no dorso e antebraço direito. N: dor aguda no dorso e antebraço direito. O: dor aguda no dorso e antebraço direito. P: dor aguda no dorso e antebraço direito. Q: dor aguda no dorso e antebraço direito. R: dor aguda no dorso e antebraço direito. S: dor aguda no dorso e antebraço direito. T: dor aguda no dorso e antebraço direito. U: dor aguda no dorso e antebraço direito. V: dor aguda no dorso e antebraço direito. W: dor aguda no dorso e antebraço direito. X: dor aguda no dorso e antebraço direito. Y: dor aguda no dorso e antebraço direito. Z: dor aguda no dorso e antebraço direito. OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVÉ] [MODERADA] [INTENSA]

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 91974
 Numero do CNS.....: 898002913119362
 Nome.....: AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHIN
 Documento.....: Tipo :
 Data de Nascimento: 4/04/1987 Idade: 31 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: SEBASTIAO ALVES RODRIGUES MANC
 Nome da Mae.....: MARIA ROSA SAMLOMAO MANCHINERI
 Endereco.....: RUA 7 DE SETEMBRO 259 VEIO DE SAMU
 Bairro.....: BOA UNIAO Cep.: 00000-000
 Telefone.....: 99954-2304ESPOS
 Municipio.....: 1200401 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2577610
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0014
 Data da Internacao: 24/08/2018
 Hora da Internacao: 20:00
 Medico Solicitante: 811.222.412-91 - ALUIZIO ALVES PEREIRA JUNIOR
 Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
 Diagnostico.....: Y85.0
 Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUEP
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

 SUS 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
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - CEP
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18 - CDD. IDGE MUNICÍPIO
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor + dificuldade para mobilizar os membros SAME		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Cirurgia CONFORME		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame físico + Ressonância		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de fêmur		
24 - CID 10 PRINCIPAL S72.0		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO S72.0		
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS S72.0		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - DATA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
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 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNIE DA EMPRESA	44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGAO EMISSOR
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

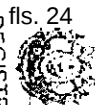
OBSERVAÇÃO ADULTO - LEITO: 111

TA: 24 / 08 / 18

[illegible]

CONFIDENTIAL

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



REGISTRO **PACIENTE** **AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES** IDADE **31** CLINICA **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** LEITO **155**

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 24/07/2018				
FRATURA E LUXACAO DE MONTEGGIA DIREITA		1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 h 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8 H 4. TRAMMAL 100MG + 100ML SFO 9% EV 24/24 HRS S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 24/24 HRS S/N 7. CUIDADOS GERAIS		paciente em boas condições de saúde, sem sinais de infecção, com boa evolução clínica. Prescrever analgésico e anti-inflamatório conforme prescrição médica. Manter hidratação adequada. Realizar curativos e cuidados gerais de acordo com o protocolo de enfermagem.
PACIENTE REFERE DOR EM ANTEBRACO DIREITO				
PULSOS E NEUROLÓGICOS PRESERVADOS				
SOLICITO LABORATORIO				

[Signature]
Dra. Fátima Almeida
Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional
CRM/AC 18719

digitado e impresso em: 26/08/2018 às 10:59:44



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

REGISTRO

PACIENTE

AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES

IDADE

31

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

155

HUERR

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 24/0/2018 FRATURA E LUXACAO DE MONTEGGIA DIREITA PACIENTE REFERE DOR EM ANTEBRACO DIREITO PULSOS E NEUROLOGICOS PRESERVADOS SOLICITO LABORATORIO	1. DIETA VO LIVRE SNI 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 h 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8 H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 24/24 HRS S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 24/24 HRS S/N 7. CUIDADOS GERAIS Paulo Marcelino S. Jr PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2217		Do 08:45 as 16:45 paciente encontra-se no leito, calma, consciente, orientada, com queixa de dor no antebraço direito, avaliada com 4 pontos de dor. Não há sinais de infecção local. Sinais vitais estáveis. F.F.P. sem alterações. Evolução satisfatória. 27/08/18 O paciente recebeu medicação analgésica e anti-inflamatória conforme prescrição médica. A dor foi avaliada e encontra-se controlada. O paciente está bem hidratado e sem sinais de desidratação. A evolução é satisfatória. 28/08/18 O paciente continua com a mesma evolução. A dor permanece controlada. O paciente está bem hidratado e sem sinais de desidratação. A evolução é satisfatória.

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHIN (EME) Idade...: 31A
Requisicao: 18.PC.2.011956
Num. do BE: 02577610

Requis.: 25/08/2019

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4.43	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	37,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	35,40	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.600	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	6	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	576	mm3	
Neutrocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	4	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	384	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	6.720	mm3	
Linfocitos:.....	15	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.440	mm3	
Monocitos:.....	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	480	mm3	
Plastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

Rosemary M. Riveros
Biomedica
CRBM - 4 N° 759

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 25/08/18 as 16:23 Coleta: 25/08/18 as 14:37-1a. Via Impressa: 25/08/18 as 14:37-1a.

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 MINUTO E 30 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	05 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	231.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 25/08/18 as 16:24 Coleta: 25/08/18 as 14:37-1a. Via Impressa: 25/08/18 as 14:37-1a.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

Don no antebraço D.

História da Doença Atual: _____

*Per vítima de acidente
motox moto. Refere dor no cotovelo e na
mão*

História da Doença Anterior: _____

SARF

Exame Físico: _____

EDEMA 1+/4+, dor e polpaço. Deformidade

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Fx/Lx de NOOTALGIA

Motivo da Cobrança: _____

17.

- 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/ 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.

- 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/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



HOSPITAL SANTA JULIANA

Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36

Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsj@hsj.org.br



FICHA DE INTERNACAO

Prontuário: 164712 - 2 Entrada: 10/09/2018 Hora: 1402 Apto/Leito: 102 A
Paciente: **AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI**
Reg. Geral: 0468 Orgão Emissor: SSP AC Data Expedição:
CPF: 96313790278 Raca/Cor: Parda Cartão SUS: 898002913119362 Sexo: M
Dt. Nasc.: 04/04/1987 Est. Civil: SOLTEIRO(A) Natur.: SENA MADUREIRA AC Idade: 31 Anos
Conjuge:

Nacionalidade: BRASIL End.: RUA 15 DE JULHO Nro.: 1149
Bairro: LOTEA SAO SEBASTIAO CEP: 69900970 Cidade: Rio Branco Estado: AC

Fone: 68 Cel.: 999542304 Fone Contato: 68 999370823
Local de Trabalho: Profissão: MOTORISTA
PAI: SEBASTIAO ALVES RODRIGUES MAE: MARIA ROSA SALOMAO MANCHINERI

Resp.: AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES
MANCHIN
Nro.: 1149 Cidade: Rio Branco

End.: RUA 15 DE JULHO
UF: AC

03.02.05.003-5
308.439.792-91
Q=10

e Res.: Fone Com.:

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

Médico (a): FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

COMPREV PREVIDENCIA S/A

Observação: FICHA DE REF EM REGULAÇÃO AIH EM ANEXO SOLICITAÇÃO NUMERO 256116301
COPIA EM ANEXO

Atendente: Savio Silva do Nascimento

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 10 de setembro de 2018.

Aurelio Tshowa Salomao Rodrigues
AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES
MANCHIN

AVISO

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 10 de setembro de 2018

Aurelio Tshowa Salomao Rodrigues
AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES
MANCHIN



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque – CEP: 69.900-631
Rio Branco-AC – Tel.: (68) 3212-4700 – Fax: (68) 3224-9129

RELATORIO DE CIRURGIAS

NOME: <i>AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINGUI</i>		PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO:	PESO:	DATA: <i>11/09/2018</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>FRATURA DO UINA</i>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>IDEM</i>			
CIRURGIAS REALIZADAS:		<i>TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DO UINA</i>	
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO: ☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA			
TIPO DE CIRURGIA <i>UIN GOREIN</i>		ANESTESISTA <i>BLOQUEIO DE PERIGO</i>	
EQUIPE CIRURGICA:			
CIRURGIÃO: <i>Franca</i>			
1º AUXILIAR: <i>L. Contreiras</i>			
2º AUXILIAR: _____			
ANESTESISTA: <i>Ney</i>			
CIRCULANTE: _____			
Hora Inicio: _____ Hora Término: _____ Duração: _____			
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)			

Doutor



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - Cep: 69.901-380 - Rio Branco - Acre
Fone: (66) 3212-4700 / Fax: 3224-9129
www.hsj.org.br

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA FICHA DE ANESTESIA

Nº PRONTUÁRIO

DATA 22.05.18	NOME AURELIO TSHOLIA SALOMÃO RODRIGUES MANCHINER						Apil/Ent.		Conv.																																				
IDADE 31	SEXO M	COR P	ALTURA 1,70	PESO 70	GRUPO SANG. -	PA 130x80mm	PULSO 100bpm	TEMP -	RESP 16bpm																																				
HORA 9:30 - 10:00 - 10:20 - 10:35 - 11:00 - 11:05																																													
GASES O ₂ Gelado																																													
ECG																																													
SÃO (%) 98 100 100 100 100 100																																													
C.O ₂ exp																																													
LÍQUIDOS																																													
CÓDIGO P Arterial O Pulso O - Respiração X Anestesia O Operação																																													
V A																																													
Ventilação Espontânea Assistida 45bpm Controlada																																													
Oxigenização																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NAO</th> <th></th> <th>SIM</th> <th>NAO</th> <th>OUTROS:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cardioscópio</td> <td>(X)</td> <td>()</td> <td>Analizador de gases</td> <td>()</td> <td>(X)</td> <td>S/Análise</td> </tr> <tr> <td>Oxímetro</td> <td>(X)</td> <td>()</td> <td>T. O. F</td> <td>()</td> <td>(X)</td> <td>S/Análise</td> </tr> <tr> <td>Pani</td> <td>(X)</td> <td>()</td> <td>Estetoscópio</td> <td>()</td> <td>(X)</td> <td>S/Análise</td> </tr> <tr> <td>Capnógrafo</td> <td>()</td> <td>(X)</td> <td>P. A. I.</td> <td>()</td> <td>(X)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												SIM	NAO		SIM	NAO	OUTROS:	Cardioscópio	(X)	()	Analizador de gases	()	(X)	S/Análise	Oxímetro	(X)	()	T. O. F	()	(X)	S/Análise	Pani	(X)	()	Estetoscópio	()	(X)	S/Análise	Capnógrafo	()	(X)	P. A. I.	()	(X)	
	SIM	NAO		SIM	NAO	OUTROS:																																							
Cardioscópio	(X)	()	Analizador de gases	()	(X)	S/Análise																																							
Oxímetro	(X)	()	T. O. F	()	(X)	S/Análise																																							
Pani	(X)	()	Estetoscópio	()	(X)	S/Análise																																							
Capnógrafo	()	(X)	P. A. I.	()	(X)																																								
TÉCNICA Plexo + Torção																																													
CIRURGIA Ext. Antebraço @ -> pro cingulo																																													
CIRURGIÕES Furcetti + Contreiras																																													
RAQUIANESTESIA: M																																													
OUTROS:																																													
Bloqueios																																													
X monitorização + ☐ revisão de venoclise venoclise 1 - antissepsia + assepsia; 2 - punção subaracnóidea ☐ mediana ☐ paramediana em agulha G Quinke, descartável, saída de líquido ☐ claro ☐ turvo, aparentemente ☐ normotenso ☐ hipotenso ☐ hipertenso, ☐ ausência ☐ presença de parestesia, tentativa + injeção de mg de bupivacaína ☐ hiperbárica 0,5% ☐ isobárica 0,5% + morfina mg. 3 - ☐ Cefazolina 2g IV; ☐ Dipiridna 2g IV; ☐ Tenoxicam 40mg IV; ☐ Ondansetrona 4 mg IV; ☐ Oxitocina 20 UI no soro; ☐ Dexametasona 10 mg IV; detros.																																													
Anestesia 5. 7hhl 40mg @ 6. Oxibutol 10mg + morfina 5mg @ 7. rocurijon 20mg @ 12 ml, 10ml, 5ml, 10ml, 10ml																																													

Conferido por
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

HOSPITAL SANTA JULIANA

Fone: 0xx68-3212-4700 / fax: 0xx68-3224-9129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *Aurelio Tshoma Salomão Rodrigues Manchineri*Nº Apt.: *102A*Data: *11/09/18*Cirurgia: *T.C. Fratura antebraço D*Início: *9:50*Término: *10:10*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Dr. Francisco*Enfermeiro (o) *Jeane*Anestesista: *Dr. Anderson*Tipo de Anestesia: *Plexo + Sedação*

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração:					
- Capacidade de respirar profundamente e tossi	2				
- Esforço respiratório limitado	1	<i>2</i>	<i>2</i>		
- Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica:					
- >80% do nível pré-anestésico	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- 50 à 80% do nível pré-anestésico	1				
- <50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência					
- Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço)	2		<i>2</i>		
- Acorda quando chamado pelo nome	1	<i>1</i>			
- Não responde o comando	0				
Coloração:					
- Coloração e aparência normais da pele	2		<i>2</i>		
- coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterico	1	<i>2</i>			
- cianose evidente:	0				
Atividade muscular:					
- Capacidade de movimentar todas extremidades:	2				
- Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1	<i>1</i>			
- Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				

Total

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

* Horário de liberação.

Silmara Silva de Paula

* Assinatura do Enfermeiro

COREN - AC 454.800

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

Assinatura
 Confirmação
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

fls. 33

Pag.

PACIENTE: 164712 - 2

AURELIO TSHOWA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI

LEITO: 102

DATA: 11/09/2018

HORA: 07:45

NRO PRESCRIÇÃO: 227563

NRO REQ. FARM: 1310501

PRESCRIÇÃO MÉDICA

QTD VIA

FREQUENCIA

HORARIO

01	DIETA LIVRE	UN	1				
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	6 X 6		
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	6 X 6		
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	6 X 6		
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	1	EV	6 X 6		
04	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	8 X 8		
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8		
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	8 X 8		
05	SORO RINGER CLACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	12 X 12		
07	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8		
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	8 X 8		
08	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	FA	1	EV	6 X 6		
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6		
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	6 X 6		
09	CURATIVO	UN	1				

EVOLUÇÃO

POI de observação do internado (ULNA)

[Handwritten signature]
Francisco de Assis Freitas
AC-751

[Handwritten signature]
12/09/2018
M.T.

**HOSPITAL SANTA JULIANA****OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO****CNPJ: 00.529.443/0003-36**

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 – Rio Branco – AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

REQUERIMENTOEu, Aurélio Tshowa Salomão Rodrigues Manchineri

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

Venho REQUERER:

- ☒ Prontuário de atendimento neste Hospital,
☐ Relatório da cirurgia realizada,
☐ Exames que eventualmente estejam em seu poder,
☐ 2ª Via da Carteira de Vacina
☐ Declaração para Planejamento Familiar,
☐ Outros:

Obs. _____

Prontuário: 164712 Médico: Dr. FrancisleiEntrada: 10 / 09 / 18 Saída: 12 / 09 / 18Convênio: SUS Telefone: () 99937-0823Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DPUATNome do Paciente: O mesmo

Parentesco com Paciente: _____

x Aurélio Tshowa S. Manchineri
Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco – Ac, 03 / 04 / 19 Hora: 11h

BE: 25 77610

SOS: 8980029/3119362

fls. 35

Sistema Unico do Estado		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				3 - CNES	
4 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Identificação do Paciente				10 - RAÇA/COR	
5 - NOME DO PACIENTE: <i>Amelia Tshowa Sulamoo Rodrigues</i>				10.1 - ETNIA	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
8 - DATA DE NASCIMENTO				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3				17 - CID 10 DESEMPREGADO	
11 - NOME DA MÃE				18 - UF	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				19 - CEP	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
22 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>Doença de origem infecciosa</i> <i>Material</i> <i>baixe baixo</i> <i>3.5</i>				<i>Diagnóstico a ser realizado para a Francisca no dia 11/09/18</i> <i>no HSS. Deve Internar 20/09/18</i>	
24 - CID 10 PRINCIPAL				25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				27 - PROCEDIMENTO SOLICITADO	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - CLÍNICA				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
32 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				35 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - CID 10 ACIDENTE DE TRÂNSITO				37 - Nº DO BILHETE	
38 - CID 10 ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				39 - SÉRIE	
39 - CID 10 ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				40 - Nº DO BILHETE	
41 - CNPJ DA SEGURADORA				42 - CNPJ EMPRESA	
43 - CNPJ DA EMPRESA				44 - CBOE	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - EMPREGADO				48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - EMPREGADOR				49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - AUTÔNOMO				51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - DESEMPREGADO				52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
53 - APOSENTADO				53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
54 - NÃO SEGURADO				54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
56 - CID 10 ORGÃO EMISSOR				56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
57 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
58 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
60 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
61 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
62 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
64 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
65 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
66 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				66 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
67 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
68 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				68 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
69 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
70 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
72 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				72 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
73 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
74 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				74 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
75 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
76 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
77 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
78 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				78 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
79 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
80 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				80 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
81 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
82 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
84 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				84 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
85 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
86 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				86 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
87 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
88 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
89 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
90 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				90 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
92 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				92 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
93 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
94 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
95 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
96 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				96 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
97 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
98 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				98 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
99 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
100 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário 164712-2	Convênio Sus	Data 11.09.18	Apt/Leito 102 A	Sala 05
Paciente Aurelio TSHolla Salomão Rodrigues Manchineri		Circulante Talina		
Cirurgia T.C. Fract. umbilical D.	Cirurg. Francislee	Aux. Coentrinas	Instrum. Romildo	
Anestesiista Arleson	Tipo Anestesia Plexo + sed.	Hora Entrada S. O. 9:15	Hora Saída S. O. 9:20	9:50

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant	Taxas	Quant.
ABOCATH nº		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 40X12	1	ABD 10 ML	1	ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº		ABD 500 ML		BECO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm 15	1	ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm 100	1	ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm		ÁLCOOL A 70%	100ml	BIST. MONOPOLAR	
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNÓGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
TESSER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CAT. R P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	sem
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGÊNIO	sem
COMPRESSA	1	DOLANTINA		OXÍMETRO	sem
COTTONÓIDE		DORMONID	1	R.P.A	sem
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS nº	12	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL	2,0	força Smarch	sem
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM	1	Respirador	sem
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON nº 30	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO			
FIO VICRIL nº		KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE	1	MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
TRACATH		METRONIDAZOL			
BISTURI nº 24	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO nº		NAUSEDRON	1		
LUVA ESTÉRIL nº 80	12	NEOCAINA ISOBARICA 0,6%			
LUVA PROCEDIMENTO	12	OCITOCINA			
MALHA TUBULAR	1 metro	OXACILINA 500MG			
METILCELOULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE		PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	1	ROCEFIM			
SERINGA 20 ML	1	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML		SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML	1	pt lavar	
SONDA ASPIRAÇÃO nº		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº		THIOPENTAL 1GR			
agulha nº 7x30	1	TILATIL	1		
luva nº 5	1	XILOCAINA 2% CN			
luva nº 7,0	1	XILOCAINA 2% SN	30ml		
clorox talco	100ml	XILOCAINA GEL	1		
clorox degermante	100ml	Cifa 30ml	1		

DIAGNOSTICO:	1. DIETA ZERO APOS 00:00 - <i>até zero</i>	10/09/2018 - <i>pm 16:30h - 18h</i>
<i>Fla Penteste</i>	2. SF 0.9% 1000 ML N 24H	<i>U abocorh m 18 + 01.5g urpo</i>
<i>Adrenalite</i>	3. DIPIRONA 1G EV DE UDO 6/6H	<i>mauro ^{Sessão} Vistal Sandoz</i>
DATA DO TRATAMENTO:	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H SN	<i>Tec. Enfermagem</i>
<i>24/08/18</i>	5. PLASIL 10MG EV DE UDO 8/8H SN	<i>ORA. AND. COREN-AC 750302</i>
		<i>10/09/2018 - Adm Jo: 10h, =</i>
		<i>Realização AND em 1456</i>
		<i>pm abocorh m 18, mda</i>

[illegible]

99954-2304
99937-0823
Rio Branco

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
	NOME AURELIO TSHONA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 0468. MEX AC		
	CPF 963.137.902-78	DATA NASCIMENTO 04/04/1987	
	FILIAÇÃO SEBASTIAO ALVES RODRIGUES MANCHINERI MARIA ROSA SALOMAO MANCHINERI		
PERMISSÃO HAB. PROD. PERIGOSOS		ACC HAB. PROD. PERIGOSOS	CAT. HAB. AC
Nº REGISTRO 04544345860		VALIDADE 07/12/2021	HABILITAÇÃO 18/05/2009
OBSERVAÇÕES Hab Prod Perigosos Exerce Ativ Remunerada			
Assinatura do Portador Aurelio Tshona Sr Manchineri			
LOCAL RIO BRANCO - ACRE		DATA EMISSÃO 07/12/2016	
Assinatura do Emissor Pedro Luis Londo Diretor Geral Detran / AC		44880736362 AC407141421	
DETAN - AC - ACRE			

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR 2019
PROTOCOLO
AC - RIO BRANCO

RECIBO CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

15/06/2018

RECIBO AC Nº 014123098505

DE _____ DE _____

ASSINATURA

014123098505

00213261370

00213261370

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	963.137.902-78	Aurelio Tshoua Salomão Rodrigues Manchineri	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Aurelio Tshoua Salomão Rodrigues Manchineri		963.137.902-78	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Motorista	R. 15 de Julho	1149	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Soltral	Rio Branco	Ac	69912-020
E-mail:	Tel. (DDD):		
	6894937-0823		

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3022 8 CONTA: 22935 0
 (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou **23 ABR 2019**
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, Rio Branco - Ac, 23/04/2019.
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0403512-7

COMPANHIA DE ENERGIA DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosques - Rio Branco - AC
CEP: 01.055.033/0001-75 Fone: (067) 01.004.141/001-46
E-mail: atendimento@energiaac.gov.br

Nº da Nota Fiscal 003709310

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

FEVEREIRO/2019 07/03/2019 99 80,29

AURELIO TSHOMA SALOMAO RODRIGUES MANCHINERI

R. 15 DE JULHO 1149 SOBRAL

CPF: 00096313790278

CEP: 69.912-020 - RIO BRANCO

ROT: 10.001.10.22.002910

Atend:	2374	Atend:	12/02/2019
Anterior:	2275	Anterior:	16/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Letra:	14/03/2019
Categoria de Serviço:	99	Exatidão:	11/02/2019
Categoria de Serviço:	99	Apresentação:	12/02/2019
	FCAM		

Forma de Pagamento: NORMAL

Código de Regulação:

Dias de Consumo: 27

Classe/Subclasse	Tipo de	Número Medidor	Posto	Código Est.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7254283		1.1.1.1	105

Mês/ano consumo	CONSUMO	99 A R1	0,612880 =	60,67
JAN/19	127			
FEV/19	108			3,03
NOV/18	122			13,81
OUT/18	116			2,66
SET/18	110			0,03
AGO/18	113			0,00
JUL/18	99			
JUN/18	98			
MAI/18	103			
ABR/18	99			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
B A 99 - 0,612880				

COMPREV DE EVIDÊNCIA S/A

23 ABR 2019

PROTOCOLO
AO RIO BRANCO

FATURA COM COBRANÇA DIFERENÇA DA TARIFA-RESOLUÇÃO ANEEL 2497/18 C
ONFORME DECISÃO JUDICIAL NO PROCESSO 1001413-57.2018.4.01.3000
Parabéns! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0A86.DF94.F293.ED82.77F2.B489.651E.3D04

Descrição	Valor	Impostos/Tributos R\$
Energia	22,98	
Energia	27,26	
Transmissão	0,71	
Energia	9,70	
Tributos	0,00	

Desc.	Valor	Imposto	Tributo
Normal	11,72	23,44	46,89
Normal	5,54	11,09	22,18
Normal	6,05		
Normal	0,00		
Normal	0,00		

Resumo TAQUARI

Período de
apuração: 12/2018 Valor 34,97