

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/01/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02840-1

CONTA: 000000012512-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2301201205000000000023702840000000012512236250 PAGO

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2011/442584**
Vítima: **CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA**
Local: **AC-RIO BRANCO**
Data do Acidente: **31/07/2011**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

Membro inferior Esquerdo

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura de perna esquerda=Tratamento cirurgico

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

relata dor e claudicação de marcha.

V.Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
 b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
 b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

mie

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

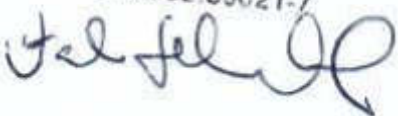
Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 05/01/2012

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM

Médico Revisor: FABIO SELERI FERNANDES CRM: 5263021-7 RJ

Fabio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7


Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares



Solicitação de nova perícia medica

Eu, **Carlos Simão de oliveira**, portador do RG: 02612019075 DT/AC, e CPF: 674680472-00, residente no endereço, Rua Cerejeira, 150- loteamento Altamira- Placas, telefone: **(68) 3223-3905/ (68)3224-1316**.

Venho através desta solicitação há seguradora líder uma nova data de perícia medica para o meu **Sinistro: 2011/442584**, porque eu não pude comparecer na minha pericia no dia marcado, peço a compreensão de todos e desde já obrigado.

Por ser verdade dou fé e assino o presente.

Carlos Simão de Oliveira

Rio Branco-Acre, 14/12/2011

RECEBIDO 23 DEZ 2011

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004089



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

-SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT-

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a de indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras. Para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Carlos Símon De Oliveira PORTADOR / A DO RG 02612019075 DETRAN-AC EM 12/03/2009 CPF 674.680.472-00 CNPJ Nº

Profissão autônomo RENDA MENSAL DE R\$ 545,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA, CARLOS SÍMON DE OLIVEIRA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ CRÉDITO EM ~~CONTA CORRENTE~~ (ACEITAS CONTAS DE TOCOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ CONTA CORRENTE _____

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCONº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA SE EXISTIR) 2849-1Nº CONTA POUPANÇA 012532-1☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO 003 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA POUPANÇA _____☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚNº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Rio Branco, Acre DATA 24/08/2011ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Carlos Símon de Oliveira

ATENÇÃO—O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela superintendência de seguros Privados-SUSEP).

-Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h. —A circular SUSEP nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

RECEBIDO 11 NOV 2011


DETRAN
ACRE
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

**BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO**

01 NÚMERO BAT

036047

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA Beco São José, Bairro: SUETE VAREAS		03 MUNICÍPIO RIO BRANCO		04 UF AC	
05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC... em Frente ao Salão de Beleza DEVA Fashion		06 HORARIO DO ACIDENTE 08:10hs		07 ZONA URBANA / RURAL ☐ URBANA ☒ RURAL	
08 DATA 13/07/2011		09 DIA DA SEMANA domingo			
10 NATUREZA DO ACIDENTE ATROPELAMENTO ☐ 1 COLISÃO ☒ 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5 CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7 OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9		11 TIPO DE PAVIMENTO ASFALTO ☒ 1 CONCRETO ☐ 3 PARALELEPÍEDO ☐ 5 CASCALHO ☐ 7 TERRA ☐ 9 AREIA ☐ 2		12 CONDIÇÕES DA VIA SECA ☒ 1 MOLHADA ☐ 3 OLÉOSA ☐ 5 ELAMEADA ☐ 7 DANIFICADA ☐ 9 OBRAS ☐ 2	
13 CONDIÇÕES DO TEMPO BOM ☒ 1 CHUVA ☐ 3 NEBLINA ☐ 5 GAROA ☐ 7		14 N° DE VEÍCULOS 02			
15 N° DE VÍTIMAS SEM VÍTIMAS ☐ COM VÍTIMAS ☒					
16 NOME CONDUTOR MARIEDISON DE OLIVEIRA MOURA		17 SEXO ☒ M ☐ F		18 NASCIMENTO 22/05/1970	
19 ENDEREÇO Rua 16 de julho n° 391, Bairro: BOA União, Tel: 8405-1337					
20 1ª HABILITAÇÃO 10/11/1992		21 CATEGORIA AO		22 PRONTUÁRIO 05436370072	
23 UF AC		24 EX. NÉSCIO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO		25 USAVA CINTO ☒ SIM ☐ NÃO	
26 USAVA CAPROTE ☒ SIM ☐ NÃO		27 MARCA VW GOL 1000		28 ESPÉCIE PAS/Automovel	
29 PLACA MZP3047		30 MUNICÍPIO Rio Branco		31 UF AC	
32 NOME DO PROPRIETÁRIO O mesmo		33 ENDEREÇO			
34 CHASSIS 9 BWZZZ 30ZPT037993		35 COMPARECEU NO POSTO ☒ SIM ☐ NÃO			
36 AVARIAS Setor Angular esquerdo (pequena mont)		37 CARRO		38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA Beco São José - Rua Rio de Janeiro	
39 AÇÃO DO CONDUTOR Permaneceu no local		40 PONTOS 3		41 EXAME ALCOOLICO REALIZADO ☒ SIM ☐ NÃO	
42 NOME CONDUTOR CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA Tel: 9281-0254		43 SEXO ☒ M ☐ F		44 NASCIMENTO 21/10/1979	
45 ENDEREÇO Rua de Davi n° 386, Bairro: Jardim Eldorado					
46 1ª HABILITAÇÃO 13/11/2002		47 CATEGORIA AB		48 PRONTUÁRIO 0262019079	
49 UF AC		50 EX. NÉSCIO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO		51 USAVA CINTO ☒ SIM ☐ NÃO	
52 USAVA CAPROTE ☒ SIM ☐ NÃO		53 MARCA HONDA CG 150 TITANKS		54 ESPÉCIE PAS/Motociclo	
55 PLACA NCB5044		56 MUNICÍPIO Rio Branco		57 UF AC	
58 NOME DO PROPRIETÁRIO O mesmo		59 ENDEREÇO			
60 CHASSIS 9C2KC08105R096358		61 COMPARECEU NO POSTO ☒ SIM ☐ NÃO			
62 AVARIAS Pequena mont		63 CARRO		64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA Beco São José	
65 AÇÃO DO CONDUTOR Condizido pelo SAMU ao pronto socorro		66 PONTOS 5		67 EXAME ALCOOLICO REALIZADO ☒ SIM ☐ NÃO	
68 NOME		69 SEXO ☐ M ☐ F		70 NASCIMENTO	
71 ENDEREÇO		72 IDENTIDADE N°		73 ORGÃO EMISSOR	
74 UF		75 NOME		76 SEXO ☐ M ☐ F	
77 NASCIMENTO		78 IDENTIDADE N°		79 ORGÃO EMISSOR	
80 UF					

Compare com o Original
 Em: 02/10/11
 Hilda Lima de Souza
 Mat: 6300252
 DETRAN/AC

RECEBIDO 11 NOV 2011

VÍTIMAS	82 NOME	Condutor do V-02			83 SEXO	☒ M ☐ F	84 NASCIMENTO			
	85 ENDEREÇO				86 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☒ FATAIS ☐	87 VALIAVA NO VEÍCULO N°	☒ 1 ☐ 2	88 USAVA CINTO	SIM ☐ NÃO ☒ 2
VÍTIMAS	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR ☒ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA							
	91 NOME									
VÍTIMAS	92 SEXO	☐ M ☐ F	93 NASCIMENTO							
	94 ENDEREÇO									
VÍTIMAS	95 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR ☐ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐ 5	96 CONDUZIDA PARA							
	97 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	98 VALIAVA NO VEÍCULO N°	☐ 1 ☐ 2	99 USAVA CINTO	SIM ☐ NÃO ☐ 2				

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Confere com o Original
Em 05/08/14

Hilda Lima de Souza
Mat 9306252
DETRAN/AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que a Perícia compareceu no local e tomou as devidas providências. Segundo o condutor do V-01, o Condutor do V-02 foi conduzido ao P.S. Apontamento com fratura na perna esquerda. Informo que o V-02 ficou sob a responsabilidade do Sr. ELANDRO VIGARA DA SILVA N.R. 05084825411 CPF: 484.314.312-68. Id: 2218-8804. Amigo do condutor, também foi entregue os seus documentos CNH e CRLV bem como a sua carteira e o seu celular para o Sr. ELANDRO VIGARA DA SILVA. O Sr. ELANDRO VIGARA DA SILVA é o responsável na delegacia da Polícia Regional.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V-01	103 MOTORISTA	V-02	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME	MARCELISSON DE OLIVEIRA MOURA	106 NOME	CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA	107 NOME / RG
108 ASSINATURA	Marcelisson D. Moura	109 ASSINATURA		Srs R. da Silva 3946-0
110 ASSINATURA		111 LOCAL	Rio Branco - AC	112 DATA
				31/07/2014



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL

Maria Lúcia Barbosa Jaccoud,
Delegada de Polícia Civil da Delegacia de
Polícia da 5ª Regional de Rio
Branco Acre.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML
1004029



Tendo sido uma constante nesta Delegacia de Polícia da 5ª Regional, o pedido por diversas pessoas da população local o encaminhamento a exame de lesões corporais para aquisição de seguro DPVAT. Tal pedido, como regra, está relacionado a fatos que ultrapassam o prazo legal para que seja possível o encaminhamento ao Instituto Médico Legal.

A lei 6.194/74, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causado por veículos automotores da via terrestre, em seu art. 5º, parágrafo quinto, com redação dada pela lei 11.945 de 2009, determina que o prazo limite de 90 (noventa) dias da data do fato para que o Instituto Médico Legal possa verificar a existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais.

Em razão do exposto, tendo o fato ocorrido em tempo superior aos 90 dias citados, o pleito para o encaminhamento a exame de lesões corporais será indeferido. Não pode o Instituto Médico Legal ser mobilizado se inexistir fundamento legal para tanto.

Ademais, para os fatos ocorridos em tempo superior aos 90 (noventa dias), ressalta-se que o caput do art. 5º da referida lei determina que "o pagamento será efetuado mediante simples prova do acidente e dano decorrente", sendo possível, portanto, a utilização de outros meios de prova para fundamentar o pedido do DPVAT.

Rio Branco - Acre, 9 de maio de 2011

Maria Lúcia Barbosa Jaccoud
Delegada de Polícia.

Ari Celio de Oliveira Rege
Delegado de Polícia

Rua Anara, nº 212, Conjunto Adalberto Sena, CEP 68.000-000
Fone: (063) 3228-2357

3ª Tabelionato de Notas de Rio Branco - AC
Control. 080016310-5F44 Selo AA - 7818372
AUTENTICAÇÃO

Confere com o Documento Original Apresentado. Dou Fe
Rio Branco - AC, 08 de Novembro de 2011. Total: 25,20
Em tesl^a da verdade
Tatiana Gomes dos Passos
Escritor de Autenticação



RECEBIDO 11 NOV 2011

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA
1004040



Por este instrumento particular de declaração, eu, abaixo assinado, Sr(a) Carlos Simão De Oliveira, brasileiro(a), divorciado, portador (a) do RG: 02612019075 DETRAN-AC em 12/05/2009 e CPF : 674.680.472-00, declaro, para os devidos fins, e repetirei em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na Rua cerejeira, nº150, loteamento Altamira, Bairro placas, no município de Rio Branco Acre.

Código de Endereço Postal (CEP) nº 69.900-000.

Declaro, ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora possa ter, no presente e no futuro, face as informações acima prestadas.

Pôr ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

RIO BRANCO -AC, 24 de Agosto de 2011

ASS:

Carlos Simão De Oliveira

(68) 3223.3905

RECEBIDO 11 NOV 2011

Rio Branco 03 de novembro de 2011

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR
1004031



O Sr. Carlos Simão de Oliveira, sofreu acidente de trânsito no dia 31-07-2011 sendo atendido no HUEB, conforme a ficha N 1752014.

Na ocasião apresentou fratura exposta da perna esquerda sendo submetido a cirurgia ortopédica com fixação externa.

Atualmente refere dor crônica, e inchaço discreto na perna esquerda que dificulta a marcha.

Ao exame físico do membro inferior esquerdo apresenta cicatriz da lesão traumática na perna, hipotrofia do membro, tumefação da perna e limitação para a mobilidade de joelho e tornozelo em 30%.

Como consequência apresenta lesão irreversível na perna esquerda



José L. Silveiro C.
Médico Ortopedista
CRM 483 - AC

RECEBIDO 11 NOV 2011

5.760

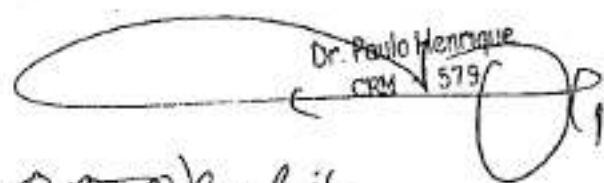
RECEBIDO 11 NOV 2011

31/07/2011 (10:15h) CLÍNICO CIRÚRGICO

- Rx's (sem imagens radiológicas), sem evidências de anormalidades reacionais do fêmur, exceto o Rx do peroneo esquerdo que evidenciam fratura de fíbula e tibia.

CONCLUSÃO: 1) ALTA DO PONTO DE VISTA DO CIRÚRGICO GERAL

2) DORRÊNCIA E CONDIÇÕES ORTOPÉDICAS.


Dr. Paulo Henrique
CRM 579

ORTOPÉDICO:

10: FMM. ELP + (BIA) (E)

11: MO C-C para Pto Est


Jose V. Almeida
Médico Ortopedista
CRM 453 - AC





HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 57604

Nome.....: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

Documento.....: N.T

Tipo :

Data de Nascimento: 27/05/1970

Idade: 41 anos

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel.....: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA

Nome da Mae.....: ZELIA TEOTONIA SIMAO

Endereco.....: LOTEAMENTO ALTAMIRA - RUA CEREJEIRA 00150

Bairro.....: PLACAS

Cep.: 99999-999

Telefone.....: 000000092810254

Município.....: 1200401 - - AC

Nacionalidade.....: BRASILEIRO

Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1752014
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 041.0157
Data da Internacao: 31/07/2011
Hora da Internacao: 10:00
Medico Solicitante: 352.897.245-91 - PAULO HENRIQUE SAMPAIO VALADARES
Proced. Solicitado: 04.08.02.039-3
Diagnostico.....: S42.3
Identif. Operador.: ROSE

C O P I A
Confirmação Original

C O P Y

Conforme o Original

EUGENE W.

RECEBIDO 11 NOV 2011



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. CRES

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4. CRES

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE

Carlos Simão de Oliveira

6. Nº DO PRONTUÁRIO

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8. DATA DE NASCIMENTO

9. SEXO

MASC. ☒ 1

FEM. ☐ 2

10. NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11. TELEFONE DE CONTATO

12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Localamento de Lamira - Rua Zoroastrica nº 150 A

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14. COT. IBGE MUNICÍPIO

15. UF

16. CEP

TA 69900000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

vitium de acidente de trânsito espontâneo
ferida cc 20 cm na 1/2 superior perna
esquerda e deformidade da perna

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatismo cirúrgico

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

Rx: FRAT. 1/3 meto fíbula fémur

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA EXP. 1/3 FIBULA E FEMUR

21. CID 10 PRINCIPAL

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSA ASSOCIADA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

limpeza cirúrgica + fixação

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26. CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. DOCUMENTO

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

30. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Silveira

31. DATA DA SOLICITAÇÃO

3/12/11

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33. () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34. () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35. () ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

36. CNPJ DA SEGURADORA

39. CNPJ DA EMPRESA

37. Nº DO SINISTRO

38. SÉRIE

40. CNIE EMPRESA

41. CBOR

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO ASSEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44. Cód. Órgão Emissor

45. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

46. DOCUMENTO

() CNS () CPF

47. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

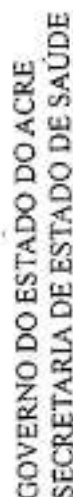
48. DATA DA AUTORIZAÇÃO

49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COPIA

Conforme o Original

RECEBIDO 11 NOV 2011



NOME:

Carlos Simón de Ovando

DADE: 4/11. REGISTRO:

ENFERMARIA

CEB LEITO: 157

LEITO: _____

[illegible]

RECEBIDO 11 NOV 2011

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

REGISTRO PACIENTE
CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

IDADE ENFERMARIA
41 CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA - A

02/08/11

05:54

LEITO
157

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT = DI = 31/07/11

DH

CEFALOTINA D

GENTAMICINA D

FX EXPOSTA DE TÍBIA E

PO LC + F.E.

01- DIETA ORAL LIVRE

02- SRL 500ML IV 8/8H

03- TRANAL 100MG + SF 0,9% IV 8/8H S/N

04- DAPIRONA 1G IV 4/4H

05- TILATIL 20MG IV 12/12H

06- PLASIL 10MG IV 8/8H S/N

07- AMITRIPTILINA 25MG VO 12/12H

08- DIAZEPAM 5MG VO 12/12H

09- OMEPRAZOL 20MG VO 1X/DIA

10- RANITIDINA 1 CP VO 12/12H SE NÃO
TIVER O OMEPRAZOL (ÍTEM 09)

11- MANTER MEMBRO ELEVADO

12- CURATIVO DIÁRIO

13- FST RESPIRATÓRIA E MOTORA

14- CSV + DG

15- CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

16- LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H SE NÃO
TIVER O CLEXANE

17- CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU
PAD > 110 mmHg

18- CEFALOTINA 1G IV 6/6H

19- GENTAMICINA 240MG + 300ML 0,5% IV
LENTO 1X/DIA

*San do Alta Médico
Alta + Ortopedia
San do supermagnum
inf- Glau*

C O P I A

Conforme o Original
HUEB

RECEBIDO 11 NOV 2011

ASSISTENTE SOCIAL
BULLER
AUTOR: OLIVEIRA
BULLER

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

UNIDADE: _____

Nome do Paciente CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA Registro _____Idade: 41A Observação: _____Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXP. PORT. TÍBIA ESQ.Cirurgia proposta: LIMPZA CÍRURG. + FIO. EXT.

Diagnóstico definitivo: _____

Cirurgia realizada: _____

Data

31/7/11

Cirurgião

Dr. Silveira

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesista

Dr. Pedro

Anestesia

Razul

Acidentes durante o ato cirúrgico

() Sim

() Não

Descrição: _____

Bópsia de congelação

() Sim

() Não

COPIA
Conforme o Original
HUEB

Diagnóstico patológico: _____

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

() Enfermaria

() CTI

() Residência

() Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- Ferida co na 1/2 superior perna.
- LIMPZA
- Lavagem c/ SF abundante
- redução da fratura + FIO. EXT.
- Ponto

RECEBIDO 11 NOV 2011



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

HOSPITAL
URGENCIAS E EMERGENCIAS

FICHA DE ANESTESIA

FICHA DE ANESTESIA									
Paciente: Carlos Roberto de Oliveira				Idade: 44	Sexo: M.	Cor: Branco	Registro / BE: 352.17		
Setor proc: ☒ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI									
Id	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (rpm)	Tem (°C)	Sal O ₂ (%)	Grupo Sangu:	Fator Rh	
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP	
Diagnóstico Pré-Operatório: Febre Aguda de Origem Inconhecida									
Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite				MV: 2 x 12			Complacência: normal		
ACV:				ECG: R-S-T			Alergias: não		
Ap. Digestivo/Dentes: prótese				Pescoço: normal			Peças Dent: normal		
Ap. Urinário:				Drogas em Uso: não					
Estado Mental: alerta e cooperante									
Anestesias Anteriores: não				ASA: 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐			Risco		
Medicação Pré-anestésica: MORF + FEN 10mg				Hora: 13:20			Efeito:		
HORA: 11:15				12:15					
GASES	O ₂ NO ₂								
	HALOG								
Líquidos	GLB								
	MSE								
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / ● Pulso / --- Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂								
	240								
	220								
	200								
	180								
	160								
	140								
	120								
	100								
	80								
60									
40									
20									

DROGAS ADMINISTRADAS

- 1º Biquadrado 0,54 parábola - 12,5g
- 2º ~~unif~~ - 100 mg
- 3º ~~Desativa~~ 100 (52)
- 4º ~~Desativa~~ 2g (40)
- 5º
- 6º
- 7º
- 8º
- 9º

Técnica: Regim. med. Lactar 13-14 g/l
doença = Agalxia 256 cl/mil ...
Cirurgia:
T.C. de fratura do T. em Cíngulo
Cirurgião Auxiliar:
Dr. Ruy... Teo. Zi
OBS: RECEBIDO 11

Monitorização:
 EcG + PA + S₂ + S₃
 Ap. Resp:
 S₂ + S₃
 Ap. CV:
 EcG + PA + S₂

RECEBIDO 11 NOV 2011

Anestesiologo (assinatura CRM e campo):

Pedro Caputo
Anestesiologista

Delcio Damasceno
1995

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

vitim de acidente de trânsito
apresentando feridas na perna e
e deslocadas

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

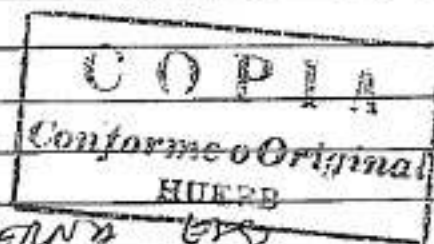
Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

FMT - Exp - PERNA ETS

Motivo da Cobrança: _____

12



RECEBIDO 11 NOV 2011

- 11-ALTA CURADA
- 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/ FISIOLÓGIA
- 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

- 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. COMENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓ PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓ PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA DE 72 HS AF A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/ OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/ RECÉM-

RECEBIDO 11 NOV 2011

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

SECRETARIA DE SEGURANCIA PUBLICA

NOME: CARLOS, SINAO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFICACAO: 618811-8

CITY: 674-360-471-00

DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1970

PERFIL: SERGIO LUIZ DE OLIVEIRA

END. RESIDENCIAL: SINAO DE OLIVEIRA

PROFISSAO: ADVOGADO

AC: 674-360-471-00

COL. N.º: 674-360-471-00

0261201967508

06/04/2014

13/11/2002

032836147

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



LOT 18

1550

SECRETARIA DE SEGURANCIA PUBLICA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

13/06/2009

13/06/2009

13/06/2009

RECEBIDO 11 NOV 2011

RECEB. 30 11 NOV 2011

DUT
1004032



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

923471304

674.680.472-00 Nº 923471304
NCB5044 RD 9028008105096358

CAS/MOTOCLIC/NAU APLICADA CASO LINA
HONDA CG 150 TITAN 2002
007P/0149CC/

1. XPAQUY
P. 1.000.000
V. 1.000.000
A. 1.000.000

BENEFICIÁRIO
FELIPE SILVA DE LIMA

[Handwritten signature]
Assessor Jurídico - Defesa

BILHETE DE SEGURO DPVAT

AC Nº 9234703940
01 674.680.472-00 NCB5044

001122529 HONDA CG 150 TITAN 2002
0028008105096358

PRÊMIO TAFARIÁRIO
R\$ 123,33 R\$ 13,27
R\$ 423,03 R\$ 279,27

28/04/2011

Seguradora Líder em Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

Constituição que o presente documento
confere com o original. E por ser
adequado

[Handwritten signature]
Roberto Carlos Silva de Souza
Escrivão de Polícia
Matrícula - 9014357-1

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente

Vítima: Carlos Simão De Oliveira

CPF 674.680.472-00

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

☒ Vítima
 ☐ Representante Legal

Nome: Carlos Simão De Oliveira

Endereço para Correspondência: Rua cecília; loteamento

Nº: 150

Complemento:

Bairro: placas

Cidade: Rio Branco

UF: AC

CEP: 69.900-000

Telefone para contato: (68) 3223.3905

Preencha com ☒

para documentação entregue

para documentação faltante

UUIHUS

1004054

DOCUMENTOS BÁSICOS

☐ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
 ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
 ☐ CPF da vítima
 ☐ Comprovante de residência da vítima
 ☐ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
 ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
 ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
 ☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do Internamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
 ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
 ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

☐ Procuração
 ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
 ☐ CPF
 ☐ 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.dpvatsseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 24/08/2011

Nome Carlos Simão de Oliveira

Identidade CNH: 02612013075 DETRAN-AC

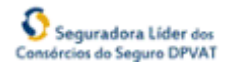
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida sem conferência

Nome _____

RECEBIDO 11 NOV 2011

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011442584**Cidade:** RIO BRANCO**Natureza:** Invalidez**Vítima:** CARLOS SIMAO
DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 31/07/2011**Emissor do
parecer:** André de
Oliveira Leal**Seguradora:** FEDERAL DE
SEGUROS S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS
SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 52643610

PARECER

Data da análise: 29/11/2011**Valoração do
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA**Resultados
terapêuticos:****Sequelas
permanentes:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL**Sequelas:** Sem sequela**Conduta mantida:** Não**Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** ANDRE**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano**% Dimensão Graduação**

Danos não definidos.

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011442584**Cidade:** RIO BRANCO**Natureza:** Invalidez**Vítima:** CARLOS SIMAO
DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 31/07/2011**Emissor do parecer:** Flavio Reis da
Fonseca**Seguradora:** FEDERAL DE
SEGUROS S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços**CRM do médico:** 2678

PARECER

Diagnóstico: Fratura de perna esquerda**Descrição do exame médico pericial:** relata dor e claudicação de marcha.**Resultados terapêuticos:** Fratura de perna esquerda=Tratamento cirurgico**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**Sequelas :** Não definido**Data da perícia:** 05/01/2012**Conduta mantida:** Não**Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ**UF do CRM do médico:** AM

DANOS

Dano

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

% Dimensão Graduação

70 1 25

Valor avaliado: 2.362,50