

DOCUMENTO PESSOAL

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

p d ABR 2019

PROTOCOLO

RS - RIO BRANCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
0327638 SSP AC

CPF
700.288.182-53

DATA NASCIMENTO
11/10/1980

FILIAÇÃO
SEVERINO DOS PRAZERES
DA COSTA
CLEONICE GOMES DA
COSTA

PERMISSÃO
04189877125

VALIDADE
09/04/2023

CAT. HAB.
A2

1ª HABILITAÇÃO
27/08/2007

OBSERVAÇÕES

Cláudia Gomes da Costa

LOCAL
RIO BRANCO, AC

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
10/04/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

78628706202
AC408124180

ACRE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1561525781

PROIBIDO PLASTIFICAR
1561525781

DOCUMENTO DE ATENDIMENTO MÉDICO

Nova Avenida Ceará, 437, Jardim de Alah, Sala 03, CEP. 69.915-522 Rio Branco – AC.
Tel. (68) 9 8419-4176 / 3227-3702 - E-mail: ribeiro227@hotmail.com

0401010015158/0408020172/561

fls. 9

EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2615028 DATA: 01/02/2019 HORA: 16:42 USUARIO: RENIS
CNS: 700006871509105 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLAUDINEIA GOMES DA COSTA DOC.: SUS
IDADE.....: 38 ANOS NASC: 11/10/1980 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: RUA DA SANACRE NUMERO: 511
COMPLEMENTO...: 999006621 JOSIE BAIRRO: SANTA INES
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: SEVERINO DOS PRAZERES DA COSTA/CLEONICE GOMES COSTA
RESPONSAVEL...: JOSIELE DOS SANTOS SILVA FELIX E KELERSON TEL....: 9924-5388P
PROCEDENCIA...: VIA CHICO MENDES RIMO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[100] X 81 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[71] SPO2[100]

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

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

PRINCIPAIS SINTOMAS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 16/02/2019

Victima de colisão moto/carro transpassado pelo carro, com perda consciente, relato de trauma no tórax e abdômen. Hemodinamicamente estável, ventilando espontaneamente.
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

Dipirona 1gr IV - 16:50
Tiludil 20mg IV - 16:50
Rx CG VALIACAO ORTOPEDIA
Rx TCX/Rx MAM (S) Rx TUMOR (R)

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
CID: 84 ABR 2019
HORARIO DA MEDICACAO
PROTOCOLO
RIO BRANCO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

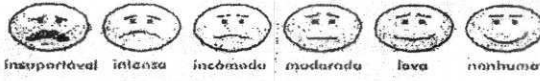
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

At 16:40 h pt deu entrada no trauma, de sexo feminino, portadora de uma lesão. Após colisão moto x carro. Pt de maca, hipotensiva, com lesões traumáticas de tórax e abdômen. SSV PA: 100 x 81 mmHg. RC: 71 bpm - SpO2: 100%.
Euf. Guedes
388.243

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LUCIA MARIA RIBEIRO DE LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 31/07/2019 às 12:03, sob o número 07094063620198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709406-36.2019.8.01.0001 e código 22BB57C.

NOME DO PACIENTE							IDADE			
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:			
FLUXOGRAMA										
DISCRIMINADOR							Peso:			
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm	
	ESCALA DE DOR								Glicemia:	mg/dL
	 () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 1-4 () 0								Glasgow: Alterado () Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos			() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:			HORÁRIO:			
RECLASSIFICAÇÃO										

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____:____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
☐ Medicação Endovenosa – EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____
com () Jelco nº: _____ () Scalp nº: _____
☐ Medicação sublingual;
☐ Medicação subcutânea, local: _____;
☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às ____:____

20:30 Deu entrada no centro de emergência em mau estado de saúde
22:00 Examinado para a sala por ordem da equipe
após procedimento de atendimento

Prado Sousa Moraes
Enfermeiro
CORENAC 49503

Prado Sousa Moraes
Enfermeiro
CORENAC 49503

Prado Sousa Moraes
Enfermeiro
CORENAC 49503

03/08/19 A V. Cutigasho
Lev. o paciente para o bloco 1 e 2 de E
A 11. P. 11.

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA _____ SALA Req. pra DATA 03/02/19
 NOME DO PACIENTE Cláudia Gomes da Costa ID 38 anos
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 20:50 TÉRMINO DA ANESTESIA 22:00
 PROCEDIMENTO REALIZADO Limpeza e esurgimento e regularização de amputação 25. dolo m
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 20:55 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 21:30
 CIRURGIÃO Carlos AUXILIAR(ES) Felipe R2
 ANESTESISTA O. Nuno INSTRUMENTADOR _____
 CIRCULANTE Andréia ENF Raulo

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
PIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 1	FIO VICRYL
PIVACAÍNA SI/ VASO .1	ÁLCOOL 70% 20ml	FIO ALGODÃO
PIVACAÍNA CI/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
LAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
LAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
MINID	ASPIRADOR	GAZES 50 cm
IRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
ZEPA	ATADURA DE CREPON	GORRO 11
UENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
PAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
INEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 1
NTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 1
ROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
DROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
FLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 11 1
TALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 23 * 1
DOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
DOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 11
AN 2L	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
ETRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 04	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
ORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
VULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
POPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
ASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ 11
OSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
IFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
DRO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
DRO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
DRO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
OPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 1
AMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML 1
ATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
OLUVEN 6%	FIO MONONYLON 101	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE Departamento de Assistência Médico-Hospitalar Unidade: <u>ACERB</u>		RELATORIO DE CIRÚRGIA	
NOME DO PACIENTE: <u>Claudia Regina Gomes</u>			
IDADE: <u>38 A</u>		OBSERVAÇÃO:	
DIAGNÓSTICO: <u>1º e 2º grau de prolapso retal 3 de 4</u> <u>nos (E)</u>			
CIRURGIA PROPOSTA: <u>L.C. + Regulagem</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O mesmo</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>A mesma</u>			DATA: <u>05/02/19</u>
CIRURGIÃO: <u>Carlos Mangues</u>		1º AUXILIAR: <u>Felipe A.</u>	
2º AUXILIAR: _____		INSTRUMENTADOR (A): _____	
ANESTESISTA: _____		ANESTESIA: <u>Local 24</u>	
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM (X) NÃO			
DESCRIÇÃO: _____			
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM (X) NÃO			
DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO			
(X) ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA <u>1º Pêlve PP A</u> <u>2º Soo Osguin Austeros</u>			

3) Amegrio + Antineuro + Isotocaps de
Lampas, stercus

4) L. C. + Regulonifera Cmo

5) Surturo de Cella

6) Luratus stercus

7) Alho + Resiliuitor + Curitafes

COPIA
ORIGINAL

25100179

Luiza Henrique de M. Dutra
CRM/AC 200

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 19/02/2019 Hora emissão: 08:51 Operador:	
Nº da Ocorrência 1902010054	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 01/02/2019 15:27 Dt/Hr Término: 01/02/2019 16:24	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO		

DADOS DA OCORRÊNCIA	
Nome Solicitante: CACIO	
End: R VIA CHICO MENDES	
Bairro: ABRAHAO ALAB	
Cidade: RIO BRANCO	
CEP:	
Ponto de Referência: EM FRENTE AO MOTEL C QUE SABE	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS		09 ABR 2019
Telefone do Solicitante: (68) 998092850		
Queixa:		
Origem da Ligação: VIA PÚBLICA		

VÍTIMAS				PROTOCOLO AO RIO BRANCO
Vítima 1	Nome: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA	Idade: 40 ANO(s)	Sexo: FEMININO	
	Classificação:	CNS:	Documento:	
	Endereço:			

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA	
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Data/Hora: 01/02/2019 16:01 Avaliação: PCT COM LESÃO EM MMSS E LOTE G-15 COM LUXAÇÃO EM MMII E PA-140/80 SPO2 99% FC 90 BPM
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Data/Hora: 01/02/2019 15:29 Avaliação: PCT VITIMA DE COLISÃO COM POSSIVEL AMPUTATAO DO 3º DEDO DO MMDD E

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA			
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RB-3 - HUERB		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Destino: UPA 24 HORAS DO 2 DISTRITO		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:02	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:01	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEICULO		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:01	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 01/02/2019 16:01	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

http://172.16.244.201/esussamu/Monitoramento/ficha-ocor.

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ
1

Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 01/02/2019 16:02	
Dt./Hr. Saída Base: 01/02/2019 16:02	Dt./Hr. Chegada Local: 01/02/2019 16:02	
Dt./Hr. Saída Local: 01/02/2019 16:04	Dt./Hr. Chegada Destino: 01/02/2019 16:21	
Dt./Hr. Saída Destino: 01/02/2019 16:21	Dt./Hr. Chegada Base: 01/02/2019 16:21	

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetivado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	01/02/2019 15:27		SULY MICHERLANE NASCIMENTO
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	01/02/2019 15:28	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	01/02/2019 16:02	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	01/02/2019 16:02	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

Condicionio de

Uso Interno:

- 1) Fluprednide 600mg - 158
Tenor 058 @ 0405, por 15 dias.
- 2) Dipirona 500mg - 408
Tenor 058 @ 0405, por 15 dias.
- 3) Luprofloraxina 500mg - 388
Tenor 058 @ 02/10/19, por 15 dias.

05/02/19

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

Dr. Henrique de M. Dutra
CRM/AC 2163



UPA 24h

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H 2º DISTRITO
CNPJ 04.034.526/0031-69 / CNES 643

RECEITUÁRIO MEDICO

NOME DO PACIENTE: Clandmeingões

1) Simplicora 120g — 1CX
1cp 4/4h por 2 dias

2) Lactulose — 1fr
30 cl 1x dia

3) Buscopan composto — 10cp
1cp 6/6h se dor

4) Ciclesonida 10g — 1X
1cp 12/12h

Dr. Thiago Silva
Médico
CRM-AC 1735

04/02/19

ASSINATURA DO MEDICO COM CRM



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB

NOME: Claudineia Sousa Costa

LAUDO MÉDICO

Paciente com lesão articular de punho direito
2 dedos do MÃO (E)
tratada cirurgia ortopédica
Data do trauma: 01/02 2019.
CID: S682

Solicito avaliação pericial para afastamento de atividades laborativas.

Atenciosamente,

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2106 AC

31/05/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO

Nº CONSELHO

Av. Nações Unidas, 700 - Bosque Rio Branco-Ac CNPJ: 04034526000224 CNES: 2001578

**DECLARAÇÃO DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO
E
BOLETIM DE Ocorrência**

Nova Avenida Ceará, 437, Jardim de Alah, Sala 03, CEP. 69.915-522 Rio Branco – AC.
Tel. (68) 9 8419-4176 / 3227-3702 - E-mail: ribeiro227@hotmail.com



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
POLÍCIA MILITAR
DECLARAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



Declaração de Acidente de Trânsito Nº23/2019

COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 01/02/2019	HORA: 16:00	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
LOGRADOURO: ROD. AC-40		
BAIRRO: CORRENTE	CIDADE: RIO BRANCO	UF: AC
REFERÊNCIA: EM FRENTE A ROTA DO MDF		

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NAF 3642	MARCA: HONDA	MODELO: CG150 FAN	ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLO
RENAVAM: 00462190560	CHASSI: 9C2KC1670CR445853	COR: PRETA	UF: AC
PROPRIETÁRIO: CLEONICE GOMES DA COSTA	CPF: 217.366.422-00		
ENDEREÇO: RUA DA SANACRE N 511 BAIRRO: SANTA INÊS	CIDADE: RIO BRANCO		

3. DADOS DA VÍTIMA

☒ (X) CONDUTOR		☐ () PASSAGEIRO		☐ () CICLISTA		☐ () PEDESTRE	
NOME: CLAUDINÉIA GOMES DA COSTA				ESTADO CIVIL: SOLTEIRA			
SEXO: FEMININO	NASCIMENTO: 11/10/1980	PROFISSÃO: CABELEIREIRA					
CPF: 700.288.182-53	RG: 0327638	ORG.: SSP/AC					
NATURALIDADE: BOCA DO ACRE		NACIONALIDADE: BRASILEIRA					
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO							
REGISTRO DA CNH: 04189877128				CATEGORIA: AB	VALIDADE: 09/04/2023	UF: AC	
ENDEREÇO: RUA DA SANACRE N 511 BAIRRO: SANTA INÊS				CIDADE: RIO BRANCO			

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito – BPTRAN, a Sra CLAUDINÉIA GOMES DA COSTA, ela relata que no dia, local e horário supramencionados a mesma trafegava na referida motocicleta quando em dado momento um veículo colidiu contra o guidão da motocicleta, fazendo com que a vítima perdesse o equilíbrio e caísse fraturando as costelas e quebrando o dedo, nesse momento ela foi socorrida pelo agente causador do acidente que acionou o SAMU que a conduziu ao PS, de acordo com BE n 2615028.

Claudinéia Gomes da Costa

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: B ANDRADE	RG: 3491
POSTO/GRAD: SGT/PM	MATRÍCULA: 9121480-1
DATA: 01/03/2019	HORA: 10:32
ASSINATURA:	

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

compuv
09/04



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 007899/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/03/2019 11:36 Data/Hora Fim: 07/03/2019 11:57
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional
Data/Hora do Fato: 01/02/2019 16:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC) Bairro: Corrente
Logradouro: Rod AC-40
Tipo do Local: Via Pública

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: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Boca do Acre Sexo: Feminino Nasc: 11/10/1980
Profissão: Cabeleireiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Severino dos Prazeres da Costa Nome do Pai: Cleonice Gomes da Costa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0327638
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 700.288.182-53

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA DA SANACRE
Bairro: SANTA INÊS
Telefone: (68) 99991-9200 (Celular)

Nº: 511



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 217.366.422-00	Placa NAF3642
Renavam 00462190560	Número do Motor KC16E7C445853
Número do Chassi 9C2KC1670CR445853	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo Acre

Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Impresso por: Cinthia Silveira Santana Dantas
Data de Impressão: 07/03/2019 11:57
Protocolo nº: Não disponível





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

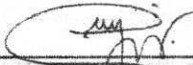
Nº: 007899/2019

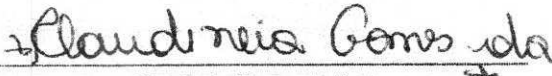
Município Veículo	Rio Branco	Marca/Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Aduferado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	18/04/2012	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Claudineia Gomes da Costa	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A Sra. CLAUDINEIA GOMES DA COSTA, que na data e horário acima mencionados, trafegava na motocicleta placa NAF3642, de propriedade da Sra. Cleonice Gomes da Costa, quando em um dado momento um veículo colidiu contra o guidão da motocicleta, fazendo com que a mesma perdesse o equilíbrio e caísse. Conforme Declaração de Acidente de Trânsito nº 23/2019. Diante do fato veio registrar a ocorrência.

ASSINATURAS


Cinthia Silveira Santana Dantas
Responsável pelo Atendimento


Claudineia Gomes da Costa
(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Impresso por: Cinthia Silveira Santana Dantas
Data de Impressão: 07/03/2019 11:57
Protocolo nº: Não disponível

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Nova Avenida Ceará, 437, Jardim de Alah, Sala 03, CEP. 69.915-522 Rio Branco – AC.
Tel. (68) 9 8419-4176 / 3227-3702 - E-mail: ribeiro227@hotmail.com



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 700.288.182-53 Nome completo da vítima: Claudineia Gomes da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Claudineia Gomes da Costa CPF: 700.288.182-53
Profissão: Cabeleireira Endereço: R. da Sanacre Número: 511 Complemento:
Bairro: Santa Inês Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69907-731
E-mail: Tel.(DDD): 68 99991-9200

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0534 CONTA: 013.00112079 AGÊNCIA: CONTA: (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
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Líder 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 autorização 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, Rio Branco - AC, 09/09/2019.
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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

(*) 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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122372/19

Vítima: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

CPF: 700.288.182-53

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/02/2019

Titular do CPF: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CLAUDINEIA GOMES DA COSTA : 700.288.182-53

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

comprova

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: 09/04/2019
Nome: CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
CPF: 700.288.182-53

CLAUDINEIA GOMES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

SINISTRO 3190268855 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Vida e Previdência S/A-Filial Rio Branco-AC
BENEFICIÁRIO CLAUDINEIA GOMES DA COSTA
CPF/CNPJ: 70028818253

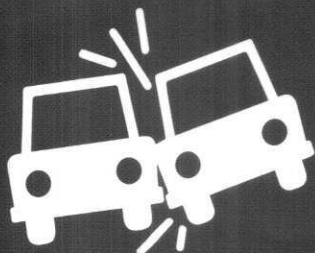
Posição em 06-05-2019 12:18:30

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/05/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/04/2019	Aviso de Sinistro	



ATENDIMENTO GRATUITO AO DPVAT. A COMPREV TEM.

Há momentos em que receber a ajuda certa na hora certa faz toda a diferença. A Comprev atende gratuitamente os casos de DPVAT aqui, na sua cidade. Temos equipe especializada. Venha, estamos prontos a te atender.

AGÊNCIA RIO BRANCO (AC)

Av. Epaminondas Jacome, nº 2792 - Loja 232
Galeria Meta - Centro - CEP: 69.900-056
Tel: (68) 3222-6926 | E-mail: griobranco@comprev.com.br

Somos um posto autorizado a prestar
atendimento ao SEGURO DPVAT.



DOCUMENTO DO VEÍCULO

COMPREV PREVIDENCIA S/A



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0402-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Cleonice Gomes da Costa

RG nº 15.47.76, data de expedição / /

Órgão , portador do CPF nº 217.366.422.00

com domicílio na cidade de , no Estado de

 , onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Bairro Santa Inês Rua da Sanação, nº 511

complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Claudemira Gomes da Costa

Claudemira Gomes da Costa

, cujo o condutor era

Veículo: Moto Modelo: FAN 150 Ano: 2011-2012

Placa: NAF.3642 Chassi: 902KG1670CR445833

Data do Acidente: 01/02/2019

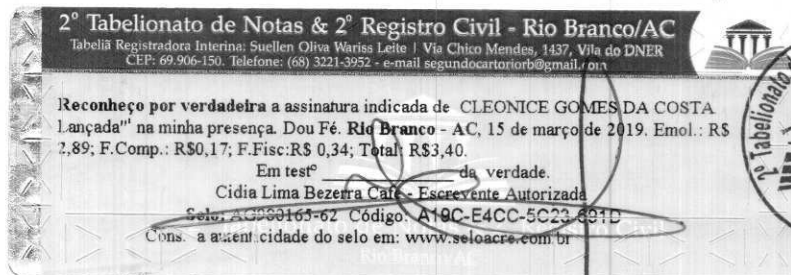
Local e Data: Rio Branco 15.03.2019

Cleonice Gomes da Costa

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Lúcia Ribeiro
Advocacia & Consultoria Jurídica

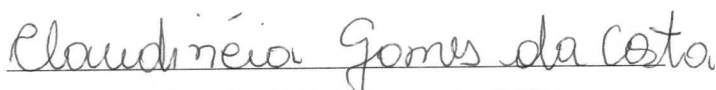
PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: **CLAUDINEIA GOMES DA COSTA**, brasileira, solteira, cabeleireira, nascido em 11/10/1980, portador do RG 327638, SSP/AC, inscrita no CPF 700.288.182-53, residente e domiciliada na Rua Francisco Pinheiro, 861, Bairro Santo Afonso, CEP.: 69.908-890, Rio Branco-Acre, telefone (68) 9 99991-9200 / 98425-0655.

OUTORGADA: **LÚCIA MARIA RIBEIRO DE LIMA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/AC 3648, com escritório profissional na Nova Avenida Ceará, 437, Jardim de Alah, Sala 03, CEP. 69.915-522 - Rio Branco/Acre. Telefones: (68) 9 8419-4176 / 3227-3702.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui sua Bastante procuradora, a advogada **LÚCIA MARIA RIBEIRO DE LIMA**, acima qualificada, a quem confere os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, especialmente para atuar no processo contra a Seguradora Líder / DPVAT até o final da decisão, para o foro em geral, independentemente da ordem de nomeação, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, órgão da Administração Pública direta e indireta, federal, estadual e municipal, usando dos recursos legais e acompanhando-o, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para, desistir, receber citação e intimação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, requerer documentos, ação ordinária, procedimento sumário, ação rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo usar dos poderes conferidos pelo CPC, substabelecer esta a *outrem*, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Rio Branco-Acre, 25 de julho de 2019


CLAUDINEIA GOMES DA COSTA