



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Siunélia Alves da Silva, brasileira, solteira, desempregada, portadora da CI nº. 1057059-4 SSP/AC e inscrita no CPF/MF sob o nº. 001.320.652-40, residente e domiciliada à Rua da Portelinha, nº. 210, Bairro Portelinha, CEP 69927-000, no município de Porto Acre/AC.

OUTORGADOS: GERSEY SILVA DE SOUZA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/AC sob o nº. 3086, integrante da banca **GERSEY SOUZA SOCIEDADE UNIPESSOAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita na OAB/AC sob o nº. 137-ESC e no CNPJ sob o nº. 11.197.072/0001-97, com sede à Travessa 19 de Novembro, nº. 37, Bairro Bosque, CEP 69.900-694, na cidade de Rio Branco – Acre.

PODERES: O OUTORGANTE, por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui o **OUTORGADO** seu advogado e procurador, onde com esta se apresente, outorgando-lhe os poderes necessários para representá-lo em **JUIZO** ou **FORA DELE**, contidos na **CLÁUSULA "AD JUDICIA ET EXTRA"**, em quaisquer ações em que for autor, réu, assistente, litisconsorte, oponente, podendo tudo praticar em seu nome, assinar, requerer, declarar hipossuficiência, transigir, desistir, reconvir, concordar, discordar, ratificar, retirar e receber alvará, receber e descontar cheques, e intimações, dar quitação, acompanhar e interpor recursos e/ou quaisquer processos em todos os termos e instâncias, requerer tudo o que for necessário em qualquer repartição pública municipal, estadual e federal, e ainda, praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral cumprimento do presente mandato, para o que confere os mais amplos poderes, podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas.

Porto Acre – AC, 2 de Abril de 2019.


Siunélia Alves da Silva

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE ESTADO DE POBREZA

Siunélia Alves da Silva, brasileira, solteira, desempregada, portador da CI nº. 1057059-4 SSP/AC e inscrito no CPF/MF sob o nº. 001.320.652-40, residente e domiciliado à Rua da Portelinha, nº. 210, Bairro Portelinha, CEP 69927-000, no município de Porto Acre/AC, desejando obter os benefícios da justiça gratuita, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para suportar as despesas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que nos termos da lei nº. 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Porto Acre - AC, 2 de Abril de 2019.



Siunélia Alves da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO ACRE		REGISTRO GERAL	1057059-4
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL		DATA DE EXPEDIÇÃO	04/09/2017
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO		NOME	STUNÉLIA ALVES DA SILVA
Polegar Direito		FILIAÇÃO	
		ANTONIA ALVES DA SILVA	
		NATURALIDADE	FEIJO - AC
ASSINATURA DO TITULAR		DATA DE NASCIMENTO	11/12/1990
STUNÉLIA ALVES DA SILVA		CC-00000000	
		CERTID WASC 3459 FLS 115 LIV 07	
		PORTO ACRE-AC	
		CPF	001.320.652-40
		3 VIA	
		LEINº 7.116 DE 29/08/83	P 80



79615406102007

Eletrobras
Distribuição Acre

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

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal 003751238

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

SEU CÓDIGO 0269636-3

CONTA MÊS: FEVEREIRO/2019
VENCIMENTO: 25/02/2019
CONSUMO (kWh): 30
TOTAL A PAGAR (R\$): 22,70

ANTONIA ALVES DA SILVA
R. DA PORTELINHA 210 PORTELINHA/VILA DO "
CPF: 00036013544204
CEP: 69.927-000 - PORTO ACRE

ROT: 15.005.15.01.002850

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
	kWh		
Atual:	7733	Atual:	18/02/2019
Anterior:	7733	Anterior:	21/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	19/03/2019
Consumo Medido:	0	Emissão:	14/02/2019
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	18/02/2019

Forma de Faturamento: MINIMO
Código de Irregularidade: 28
Dias de Consumo: 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7163974		1.1.1.1 18

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/19	0	CONSUMO	30 A R\$ 0,612880 = 18,38
DEZ/18	0	COBRANCA DIF ENERGIA 2497ANEEL	3,90
NOV/18	0	COBRANCA DIF PIS R2497ANEEL	0,01
OUT/18	0	COBRANCA DIF COFINS R2497ANEEL	0,03
SET/18	0	MULTA POR ATRASO 01/19-00	0,30
AGO/18	0	JUROS DE MORA DE IMPO 01/19-00	0,08
JUL/18	14		
JUN/18	32		
MAI/18	42		
ABR/18	52		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30 - 0,612880			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

FATURA COM COBRANCA DIFERENÇA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/18 CONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 1001413-57.2018.4.01.3000 Parabéns! Até o dia 14/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 1293.90DB.996B.F459.B302.6C18.1ECD.162E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	6,97	Base de Cálculo:	
Energia:	8,26	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	0,21	Valor do ICMS:	
Encargos:	2,94	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	Mensal
Limite	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	SAO FRANCISCO						Período de apuração: 12/2018	EUSD: 10,00

ROT: 15.005.15.01.002850

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46

Nº da Nota Fiscal: 003751238

SEU CÓDIGO 0269636-3

MÊS FATURADO 02/2019

VENCIMENTO 25/02/2019

TOTAL A PAGAR - R\$ 22,70

FCAM

83670000000 0 22700045000 6 00000000269 1 63630219008 8

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSEY SILVA DE SOUZA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 26/04/2019 às 10:51, sob o número 0700060952019010022. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700060-95.2019.8.01.0022 e código 21665FF.

DETRAN
ACRE



Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

1139

NÚMERO FOLHA

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

RODOVIA AC 10 Km 05 (ESTRADA DE PORTO ACRE)

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

06 HORA DA OCORRÊNCIA

21:52

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ RURAL ☐ URBANA

08 DATA

12/08/18

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

MOLHADO ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

01

15 N° DE VÍTIMAS

02

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

10/11/2831

19 ENDEREÇO

RUA SANTA RITA n. 792 B1 BAHIA VELHA

20 1ª HABILITAÇÃO

25/04/2008

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

04350317901

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

PEUGEOT 206 SOLEIL

28 ESPÉCIE

PASSAGEIRO

29 PLACA

GYZ 6279

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

8AD2CNFZ91W 006987

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVARIAS

Grande monta (TODOS OS SETORES)

38 SENTIDO QUE TRÁFEGAVA

NÃO definido

40 AÇÃO DO CONDUTOR

conduzido ao pronto socorro pelo SAMU

PONTOS

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

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

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

CONFERE COM O ORIGINAL

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVARIAS

EM: 13/09/18

64 SENTIDO QUE TRÁFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

klria Assaf da Silva

CPF: 9984386226-87

Coordenadoria de Engenharia de Trânsito

PONTOS

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF



VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSEY SILVA DE SOUZA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 26/04/2019 às 10:51, sob o número 07006969520198010022. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 070060-95.2019.8.01.0022 e código 2166C01.

VÍTIMAS	82 NOME FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA	83 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 01/12/83
	85 ENDEREÇO _____	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº 1
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	90 CONDUZIDA PARA Conduzido ao pronto socorro pelo Samu	
	91 NOME SILVÉLIA ALVES DA SILVA	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO 11/12/90
VÍTIMAS	94 ENDEREÇO _____	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº 1
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	99 CONDUZIDA PARA Conduzido ao pronto socorro pelo Samu	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM **13/09/18**

[Assinatura]
Kirla Assaf da Silva
CPF: 9084386220187
Coordenadoria de Engenharia de Trânsito

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

A pericia compareceu no local e observou os procedimentos cabíveis. Condutor perdeu o controle do veículo e capotou, vindo a cair dentro do banco na lateral da via.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA	106 NOME	107 NOME / RG CBPM R. da SILVA 394
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA R. da Silva
111 LOCAL Glório Branco / AC	112 DATA 12/08/18	



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 032006/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/10/2018 11:18 Data/Hora Fim: 23/10/2018 11:36
 Origem: Polícia Judiciária
 Delegado de Polícia: Pedro Paulo Silva Buzolin

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 12/08/2018 21:52

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Rural

Logradouro: RODOVIA AC 10, KM 05

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc. 01/12/1983
 Profissão: Mecânico Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Nome da Mãe: Maria Liuiza Souza da Silva Nome do Pai: Mário Ivo da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1003189-8
 CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 531.119.902-49

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: RUA SANTA RITA
 Bairro: BAHIA NOVA
 Telefone: (68) 99928-1253 (Celular)

Nº: 782



Nome Civil: SIUNELIA ALVES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Feijó Sexo: Feminino Nasc. 11/12/1990
 Profissão: Empregada Doméstica Escolaridade: Ensino Médio Completo
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Nome da Mãe: Antonia Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1057059-4
 CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.320.652-40

Endereço

Município: Porto Acre - AC
 Logradouro: RUA DA PERA

Nº: 26



Delegado de Polícia Civil: Pedro Paulo Silva Buzolin
 Impresso por: Adriana Lima Cordeiro
 Data de Impressão: 23/10/2018 11:37
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032006/2018

Bairro: VILA DO V

Telefone: (68) 99918-1480 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Placa GYZ6279

Número do Chassi *****06987

Ano/Modelo Fabricação 2001/2000

Cor Cinza

UF Veículo Acre

Município Veículo Rio Branco

Marca/Modelo I/PEUGEOT 206 SOLEIL

Modelo I/PEUGEOT 206 SOLEIL

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Francivaldo Souza da Silva

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

AS DUAS VÍTIMAS RELATARAM QUE TRAFEGAVAM NO ENDEREÇO SUPRACITADO, NO VEÍCULO ACIMA ESPECIFICADO, VINDO PARA RIO BRANCO, QUANDO O CONDUTOR FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAPOTAR, POR CAUSA DE UMA LOMBADA NA VIA, SENDO QUE O CARRO CAIU NO BARRANCO NA LATERAL DA VIA, QUE A PERÍCIA COMPARECEU NO LOCAL, QUE AS VÍTIMAS FORAM CONDUZIDAS PELO SAMU E LEVADAS AO PRONTO SOCORRO, QUE FOI GERADO O BAT Nº 1139, QUE A VÍTIMA SILNÉLIA ALVES DA SILVA SOFREU FRATURA NOS BRAÇOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE A VÍTIMA FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA TAMBÉM SOFREU FRATURA NO ROSTO (MAXILAR) E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. BOLETIM PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS

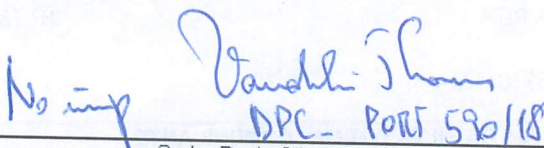


Adriana Lima Cordeiro
Responsável pelo Atendimento



Siunelia Alves da Silva
(Vítima / Comunicante)

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



No imp DPC - PORT 590/18

Pedro Paulo Silva Buzolin
Delegado(a) de Polícia

07. Jul 08:10

Recinto retorne Mrs. [illegible], referindo orelha da [illegible]
Apresenta fraturas na R.T. da M.M.S.S.
R.T. de Tórax silvaginosa
FAST. Negativo.

AVAZ DA ORTOP e DA Neuro

Dr. Aloysio Coelho
Cirurgião Geral
CRM-AM 6912



13/01/18

1424

Pq. 27 anos, vítima de
laprobando.

q. quina de unhas,
em 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1

T. de nôm. p. set
si. nôm. p. set

10:10:10

Dr. Tommy Saboia
Neurocirurgia
CRM-AC - 1435

Dr. [illegible] p. [illegible] [illegible] a [illegible]
Cirurgião [illegible]

Ducivan da Silva Rêgo
Téc. em Enfermagem
COREN-AC 499032

50 de entrada no cc p/ realizar procedimento. Lucida, orientada
gênica. PA: 115/65 mmHg FC: 82 bpm SpO2 100%. Enf: Rogilene 232.138

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 91769
Numero do CNS.....: 702501361868534
Nome.....: SILNELIA ALVES DA SILVA
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 11/12/1990 Idade: 27 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: ND
Nome da Mae.....: MARIA ANTONIA ALVES DA SILVA
Endereco.....: VILA DO V 00000 VEIO DE SAMU
Bairro.....: CENTRO Cep.: 99999-999
Telefone.....: 0000000000000000
Município.....: 1200807 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2574743
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0036
Data da Internacao: 12/08/2018
Hora da Internacao: 22:59
Medico Solicitante: 875.452.412-15 - ALOYSIO IKARO MARTINS COELHO COSTA
Proced. Solicitado: 04.15.03.001-3
Diagnostico.....: Y85.0
Identif. Operador.: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Novo Acre
Governo parceiro, povo empreendedor.



UNIDADE:

NOME: Silvânia Alves da Silva IDADE: B.E.: OBSERVAÇÃO LEITO: m 53

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
13/08/18	# úmido, # onchaçado	(1) Gripe leve SND (2) SDC 500/4 (C) 8184 500/500/500 (3) Colchona 10 (C) 8164 500/500 (4) Dexamet 10 (C) 8164 15 22 4 (5) Toradol 100mg (C) 8184 15 20 4 (6) Masil 10mg (C) 8184 15 20 4 (7) Espartina 10 (C) 8184 12 20 4 (8) Dexametazona 10mg (C) 8184 (9) Luvahuo eciano (10) ZUICG	500/500/500 15 22 4 15 20 4 15 20 4 12 20 4	As 07:40 h na leite escuro m. h. a. a. eli- meo. Pericardio aproximado 1001 de osteossinte PA = 133 x 77 mmHg SP02 94% FC 83 66mm - 108:00h Recibo pet. precedente do r. Aram pa nhada. Apresenta-se empírica, lúcida orientada, AUP em m. e. + H.V. relata dor na devida em m. e.

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1241

Marcos Antônio
Enfermeiro
CRP-EN: 71208

afebril, normocorada,
diurese espontânea
PA = 150 x 60 mmHg
Enferma n.º 523843.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 13/08/2018 às 13:17:56

fls. 23

HUERB
Hospital de Urgência e Emergência
Hospital de Referência

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

LEITO

SILNELIA ALVES DA SILVA

27

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

M13

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT 12/08/2018

FRATURA EXPOSTA UMEROS
ESQUERDA
FRATURA RADIO E ULNA DIREITA

CD: OSTEOSINTESE

PACIENTE COM EDEMA PALPEBRAL
SONOLENTA
FERIDA OPERATORIA COM ESCASA
SECRECAO SANGUINOLENTA

NEUROLOGICO NAO AVALIADO

1. DIETA VO LIVRE SND
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H 500 500
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 18 36 22 04
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12 HRS 18 06
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 HRS 18 06
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 01 18 06
8. CUIDADOS GERAIS x
9. SINAIS VITAIS x
10. CURATIVO DIARIO x
11. CEFAZOLINA 1 GR 8/8 HRS 12 36 04
12. GENTAMICINA 240 MG EV + SF 0,9% 250 ML EV 24/24 HRS 16

Dra Fátima Hamude
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1870

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

8h- Realiza do
banho de
copper ao seu
Trocar de Reclus
de cama e
nizio 16h-
acutem cu
diefeis func-
f presentes
pt. 120x40 mm g
Tce. Resolvi de
cabe 431660



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	SIUNELIA ALVES DA SILVA	27	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	160

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT 12/08/2018 FRATURA EXPOSTA UMEROSQUERDA FRATURA RADIO E ULNA DIREITA CD: OSTEOSINTESE PACIENTE COM EDEMA PALPEBRAL MELHORA DO ESTADO MENTAL FERIDA OPERATORIA COM ESCASSASECRECAO SANGUINOLENTA RX CONTROLE OK ALTA ORIENTADA PELO DR MAGALHAES CURATIVO DIARIO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12 HRS 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 HRS 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS 9. SINAIS VITAIS 10. CURATIVO DIARIO 11. CEFAZOLINA 1 GR 8/8 HRS 12. GENTAMICINA 240 MG EV + SF 0,9% 250 ML EV 24/24 HRS ALTA		Às 09:52h. Paciente Alta Hospitalar, Alucida, Orientada, Comunicação, acom- panhada. Carlos Roberto de Abreu e Silva Enfermeiro COREN - AC 393.715

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B
15/08/2018

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SINA 5 VITAIS:

HORÁRIO: 02:15:15	HORÁRIO: 02:30	HORÁRIO: 03:15
PA: 70 x 65 mmHg	PA: 115 x 70 mmHg	PA: 110 x 61 mmHg
FC: 100 bpm	FC: 97 bpm	FC: 94 bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%
HORÁRIO: 03:30	HORÁRIO: 4:00	HORÁRIO: 04:30
PA: 93 x 49 mmHg	PA: 114 x 65 mmHg	PA: 101 x 52 mmHg
FC: 63 bpm	FC: 85 bpm	FC: 78 bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%
HORÁRIO: 05:00	HORÁRIO: 05:30	HORÁRIO: 07:45h
PA: 131 x 75 mmHg	PA: 124 x 69 mmHg	PA: 133 x 72 mmHg
FC: 92 bpm	FC: 81 bpm	FC: 83 bpm
SPO2: 99%	SPO2: 100%	SPO2: 97%
HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 092645 Código: F08 7 203
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX TÍBIA T
250 - ESTÉRIL

Fabric.: 22/11/2017 Val.:11/2022
Registro ANVISA Nº:80083650031
Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 091920 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T

Fabric.: 06/11/2017 Val.:11/2022
Registro ANVISA Nº:80083650026
Material: Aço Inox F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br

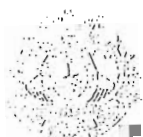
Fixador Externo 350

02 Placa DCP com 6 furos

06 Parafuso cortical nº 4,6

05 parafuso cortical nº 18

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERRB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 04:30 SALA 04 DATA 13/08/2018

NOME DO PACIENTE Silvânia Alves da Silva ID 270

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (X) AMBULATÓRIO () OUTROS ()

ANESTÉSIA: GERAL (X) RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()

INÍCIO DA ANESTESIA 02:15h TÉRMINO DA ANESTESIA

PROCEDIMENTO REALIZADO Ex. Extensão cuneiforme + descompressão articular articular

INÍCIO DA CIRÚRGIA 08:36 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 05:20

CIRURGIÃO Dr. Vinícius AUXILIAR(ES) -

ANESTESISTA Dr. George INSTRUMENTADOR Vilene

CIRCULANTE Luízia + Elisângela ENF Rosilene

Elizabete + Celina MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO (2-0)
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 300
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 15cm	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMACO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C/ TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 14
MANITOL	C/ ENDOTRAQUEAL Nº 17,5	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 30	PANO P/ PACOTE (OB)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMAN
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO 20cm	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO (250)	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER 17,0	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
SC0,9% Lave 0,75	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
	Choncedine 0,27 - 100ml	TELA DE MALEX
	Choncedine 5% - 100ml	

SANITIZADO
CONFIRMADO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSEY SILVA DE SOUZA e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 26/04/2019 às 10:51, sob o número 07000609520198010022. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700060-95.2019.8.01.0022 e código 2166C03.

- (7) Implante do fêmur (E) Ligamento
- (8) Redução interna e fixação externa da fratura de Fêmur 250mm
- (9) Redução do pé do pé, dividido por
- (10) Redução externa e osteossíntese de pé de
- (11) Redução de pé, dividido por pé de
- (12) Redução de pé, dividido por pé de
- (13) Redução de pé, dividido por pé de
- (14) Redução de pé, dividido por pé de
- (15) Redução de pé, dividido por pé de
- (16) Redução de pé, dividido por pé de
- (17) Redução de pé, dividido por pé de
- (18) Redução de pé, dividido por pé de
- (19) Redução de pé, dividido por pé de
- (20) Redução de pé, dividido por pé de

Obs. Como a quantidade de parafusos
18-18-20 incompleta

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1941

SAME/HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE Departamento de Assistência Médico Hospitalar Unidade: _____		RELATORIO DE CIRÚRGIA	
NOME DO PACIENTE: <u>Silvana Maria da Silva</u>			
IDADE: _____		OBSERVAÇÃO: _____	
DIAGNÓSTICO: <u>Prolapso esportivo útero (G) + prolapso</u> <u>antropo (G)</u>			
CIRURGIA PROPOSTA <u>PPs fix externa útero + antropo</u> <u>fix ali antropo</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Útero</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>Útero</u>			DATA: <u>17/08/2019</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Vinícius Fagundes</u>		1º AUXILIAR: _____	
2º AUXILIAR: _____		INSTRUMENTADOR (A) <u>V. L. M.</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. George</u>		ANESTESIA: <u>Local</u>	
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM (/) NÃO			
DESCRIÇÃO: _____			
BIOPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM (/) NÃO			
DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO			
<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA <u>Q. abd. alta rob. antrolia</u> <u>degradação, antropo e canylo</u>			

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
Governo para todos, para sempre.

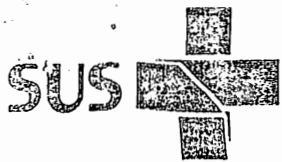
Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5.1 - NOME DO PACIENTE <i>Silvia Maria da Silva</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
19 - CEP		20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura humero úmero (D) 7 Pol. úmero de fratura ombro (D) acidente de trânsito</i>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Severa e dolorosa</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ampliação de Crânio Fino</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Pol. úmero</i>			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação / Ortopedia</i>			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Vinícius de Macedo Magalhães</i>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>13/08/18</i>	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Vinícius de Macedo Magalhães</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 1241		36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - CNPJ DA EMPRESA	
41 - CNAE DA EMPRESA		42 - CBOE	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
44 - AUTORIZAÇÃO 45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>1710376238550001</i>	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

SAME / HUERO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Silmeia Silva</u>		Idade		Sexo		Cor		Registro / BE	
Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI									
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh	
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP	
Diagnóstico Pré-Operatório:									
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite		MV:		Alogrias:		Complacência:			
ACV:					Pescoço		Peças Dent.		
Ap. Digestivo/Dentes					Drogas em Uso:				
Ap. Urinário:									
Estado Mental: <u>rote</u>									
Anestesias Anteriores: <u>2:15h</u> <u>03:15h</u>					ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		Risco		
Medicação Pré-anestésica: <u>atropina</u>					Feito: <u>atropina</u>				
HORA:									
GASES	<u>NO₂</u>								
	<u>HALOTG</u>								
Liquidos	<u>Seroflo</u>								
	<u>15ml</u> <u>15ml</u> <u>15ml</u>								
SIMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂	97	100	100	100	100	100	100	100
	ETCO ₂	40	36	34	35	35	39	40	40
	240								
	220								
	200								
	180								
	160								
	140								
	120								
	100								
80									
60									
40									
20									
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:			Monitorização				
1º	<u>Atropina 2/100</u>	<u>Gerar traqueostomia</u>			<u>oxímetro e</u>				
2º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Cirurgia:</u>			<u>Ap. Resp.: <u>propofol</u></u>				
3º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Propofol 100mg/10ml</u>			<u>Cap. CV:</u>				
4º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Propofol 100mg/10ml</u>							
5º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Propofol 100mg/10ml</u>							
6º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Propofol 100mg/10ml</u>							
7º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Propofol 100mg/10ml</u>							
8º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Propofol 100mg/10ml</u>							
9º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Propofol 100mg/10ml</u>							
10º	<u>Propofol 100mg/10ml</u>	<u>Propofol 100mg/10ml</u>							
		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):			<u>D^o George Alvaro</u> <u>CR-16386</u>				

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSEY SILVA DE SOUZA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 26/04/2019 às 10:54, sob o número 07000609520198010022. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700060-95.2019.8.01.0022 e código 2166C03.



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

NOME: SILVIA MUES DA SILVA

IDADE: 87 ANOS

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: _____

Vesícula Biliar: _____

Pâncreas: _____

Rins: _____

Aorta: _____

Baço: _____

Bexiga: _____

Conclusão: _____

Exame Sem

Affirmar Sondagem
23:00h.

Dr. Gersey Silva
Clínica Médica - Emergência
AJUR - Serviço de Urgência - 216

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2603006 DATA: 21/12/2018 HORA: 11:43 USUARIO: OTERVAL
 CNS: 702501361868534 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: SILNELIA ALVES DA SILVA DOC...:
 IDADE: 28 ANOS NASC: 11/12/1990 SEXO...: FEMININO
 ENDEREÇO: RUA DA PERA NUMERO: 026
 COMPLEMENTO: BAIRRO: VILA DO V
 MUNICIPIO: PORTO ACRE UF: AC CEP...: 99999-999
 NOME PAI/MAE: ND /MARIA ANTONIA ALVES DA SILVA
 RESPONSÁVEL: A MESMA TEL...: 99918-148
 PROCEDENCIA: VILA DO V
 ATENDIMENTO: CONSULTA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

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

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

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



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

LAUDO MÉDICO

NOME:

Giordana Alves da Silva

O paciente supracitado apresenta

fratura exposta da

unidade radio (D)

a partir de 12/08/19

ou há

tendo sido tratado com

placa e parafusos

fixação interna, fixação externa

No momento, encontra-se

em boas condições

sem dor, sem edema, sem hematoma
no membro (sem ferida). Condi-
ção de seguimento para alta.
Exame físico normal.

CID: T 92.3

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1241

552.2
542.3
254.0

Médico

Rio Branco - AC

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:	
	00320652-40	Guimília Alves da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Guimília Alves da Silva		0032065240	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recusom	Rua do pontalinho Vela do U	210	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
	Petropolis	Ac	69927-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	6899531051		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 68.999492524

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0534	CONTA: 0039280	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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
- ☒ 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 15/03/19	TESTEMUNHAS
Nome:	CPF:	1ª Nome: _____
CPF:		CPF: _____
		Assinatura _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: _____
		Assinatura _____

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.



SIHEX
Sistema de Histórico de Extratos

Data: 08/04/2019
Página: 1 de 1

Cliente: SIUNELIA ALVES DA SILVA
Agência: 534 - RIO BRANCO, AC Operação: 013 - Conta: 00139280 - 3
Período de solicitação do Extrato: 03/2019 à 03/2019

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
SALDO ANTERIOR				0,00 D
29/03/2019	000001	CRED TED	3.375,00 C	3.375,00 C

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSEY SILVA DE SOUZA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 26/04/2019 às 10:51 , sob o número 07000609520198010022. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700060-95.2019.8.01.0022 e código 2166C08.