

## **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**





Eletrobras  
Distribuição Acre

fls. 13  
SEU CÓDIGO

0269636-3

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

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

FEVEREIRO/2019 25/02/2019 30 22,70

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

ROT: 15.005.15.01.002850

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
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 FCAM	Apresentação: 18/02/2019

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste Código Fat. Média 12 meses

RESIDENCIAL MONO 7163974 1.1.1.1 18

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO 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 DIFERENCA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/18 C  
ONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 1001413-57.2018.4.01.3000  
Parabens! Ate o dia 14/02/2019, nao 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	Mensal
Límite	6,27	12,54	25,08	3,92
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

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0269636-3	22,70
MÊS FATURADO	
02/2019	25/02/2019
VENCIMENTO	

8367000000 0 22700045000 6 00000000269 1 63630219008 8



DETRAN  
ACREBOLETIM 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 ALEGRE)

03 MUNICÍPIO

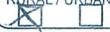
04 UF

AC

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

06 HORA DA  
OCORRÊNCIA

21:52

07 ZONA  
RURAL / URBANA

08 DATA

120818

09 DIA DA SEMANA

Domingo

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

COLISÃO

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

CHOQUE COM OBJETO FIXO

OUTRA (ESPECIFICAR)

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

CONCRETO

PARALELIPÍPEDO

CASCALHO

TERRA

AREIA

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

MOLHADO

OLEOSA

ENLAMEADA

DANIFICADA

OBRAS

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

chuva

NEBLINA

GAROA

14 N.º DE VEÍCULOS

01

15 N.º DE VÍTIMAS

02

SEM VÍTIMAS

COM VÍTIMAS

16 NOME CONDUTOR

FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA

17 SEXO

M  F 

18 NASCIMENTO

10111283

19 ENDEREÇO

RUA SANTA RITA n. 792 B1 BAHTIA VELHA

20 1.ª HABILITAÇÃO

25/04/2008

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

04350317901

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM  NÃO 

25 USAVA CINTO

SIM  NÃO 

26 USAVA CAPACETE

SIM  NÃO 

27 MARCA

PEUGEOT 206 SOLEIL

28 ESPÉCIE

PASSAGÉIRO

29 PLACA

GYZ 6279

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA

33 ENDEREÇO

\_\_\_\_\_

34 CHASSIS

8AD2CNFZ91W006987

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM  NÃO 

36 AVARIAS

Grande monta (Todos os setores)

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

NÃO definido

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Conduzido ao pronto Socorro pelo SAMU

42 NOME CONDUTOR

\_\_\_\_\_

43 SEXO

M  F 

44 NASCIMENTO

\_\_\_\_\_

45 ENDEREÇO

\_\_\_\_\_

46 1.ª HABILITAÇÃO

\_\_\_\_\_

47 CATEGORIA

\_\_\_\_\_

48 PRONTUÁRIO

\_\_\_\_\_

49 UF

\_\_\_\_\_

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM  NÃO 

51 USAVA CINTO

SIM  NÃO 

52 USAVA CAPACETE

SIM  NÃO 

53 MARCA

\_\_\_\_\_

54 ESPÉCIE

\_\_\_\_\_

55 PLACA

\_\_\_\_\_

56 MUNICÍPIO

\_\_\_\_\_

57 UF

\_\_\_\_\_

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

CONFERE COM O ORIGINAL

59 ENDEREÇO

\_\_\_\_\_

60 CHASSIS

CONFERE COM O ORIGINAL

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM  NÃO 

62 AVARIAS

EM: 13/10/18

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

\_\_\_\_\_

66 AÇÃO DO CONDUTOR

\_\_\_\_\_

68 NOME

\_\_\_\_\_

71 ENDEREÇO

\_\_\_\_\_

75 NOME

\_\_\_\_\_

78 ENDEREÇO

\_\_\_\_\_

79 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

80 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

81 UF

\_\_\_\_\_

82 NOME

\_\_\_\_\_

85 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

86 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

87 NOME

\_\_\_\_\_

88 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

89 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

90 NOME

\_\_\_\_\_

91 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

92 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

93 NOME

\_\_\_\_\_

94 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

95 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

96 NOME

\_\_\_\_\_

97 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

98 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

99 NOME

\_\_\_\_\_

100 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

101 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

102 NOME

\_\_\_\_\_

103 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

104 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

105 NOME

\_\_\_\_\_

106 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

107 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

108 NOME

\_\_\_\_\_

109 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

110 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

111 NOME

\_\_\_\_\_

112 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

113 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

114 NOME

\_\_\_\_\_

115 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

116 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

117 NOME

\_\_\_\_\_

118 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

119 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

120 NOME

\_\_\_\_\_

121 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

122 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

123 NOME

\_\_\_\_\_

124 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

125 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

126 NOME

\_\_\_\_\_

127 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

128 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

129 NOME

\_\_\_\_\_

130 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

131 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

132 NOME

\_\_\_\_\_

133 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

134 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

135 NOME

\_\_\_\_\_

136 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

137 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

138 NOME

\_\_\_\_\_

139 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

140 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

141 NOME

\_\_\_\_\_

142 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

143 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

144 NOME

\_\_\_\_\_

145 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

146 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

147 NOME

\_\_\_\_\_

148 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

149 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

150 NOME

\_\_\_\_\_

151 IDENTIDADE Nº

\_\_\_\_\_

152 ÓRGÃO EMISSOR

\_\_\_\_\_

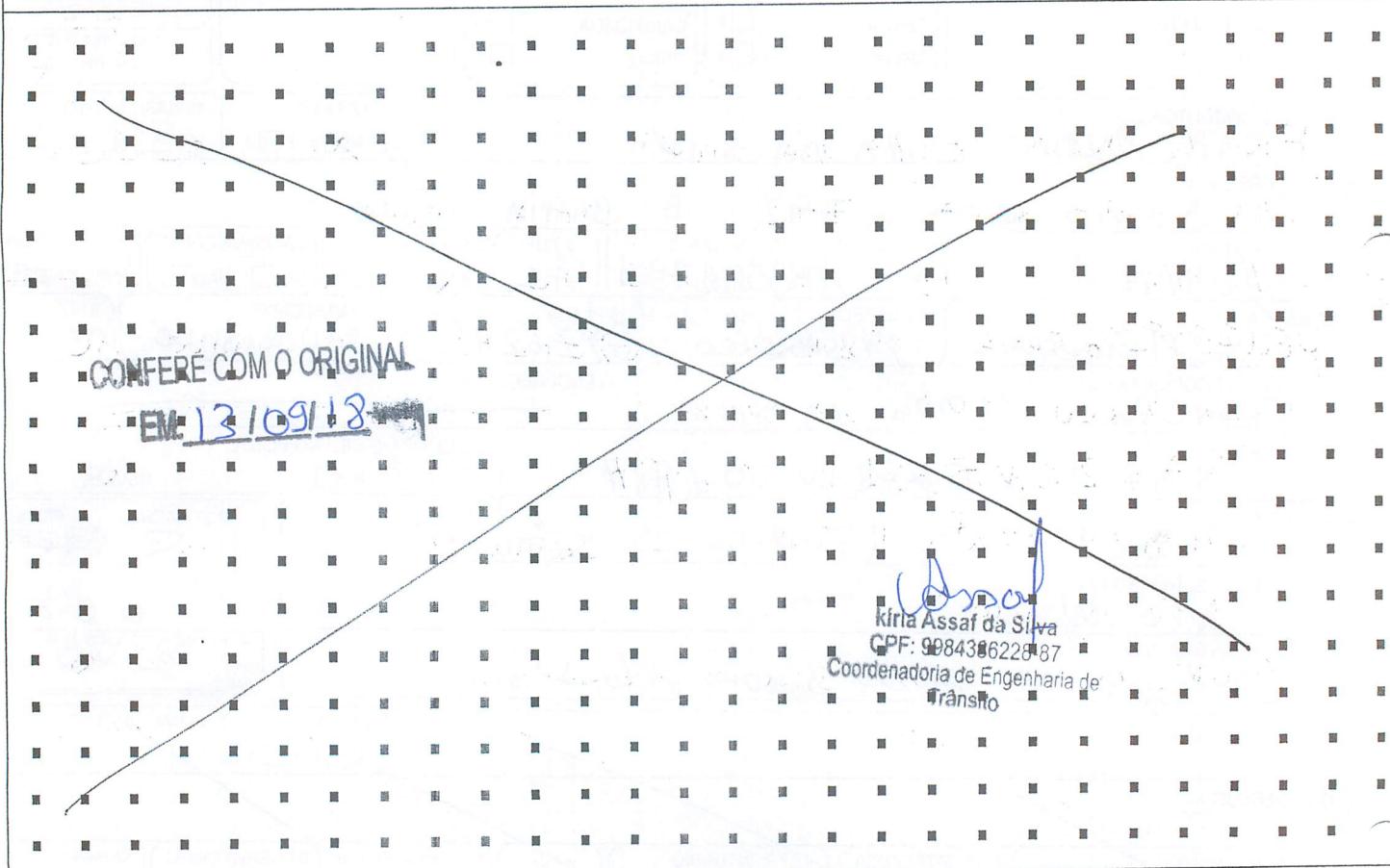
153 NOME

\_\_\_\_\_

154 IDENTIDADE Nº

VITIMAS Nº 01	82 NOME FRANCIVALDO SOUZA DA SILVA	83 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 01/12/1831
	85 ENDEREÇO	86 FERIMENTOS LEVES 1 <input type="checkbox"/> GRAVES 2 <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS 3 <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEÍCULO N° 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
Nº 02	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA Conduzi do ao pronto socorro pelo Samu	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
	91 NOME SILNELIA ALVES DA SILVA	93 NASCIMENTO 01/12/1940	
Nº 03	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES 1 <input type="checkbox"/> GRAVES 2 <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS 3 <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEÍCULO N° 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA Conduzi do ao pronto socorro pelo Samu	97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

## 100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES A Peniticia comprova no local e constata os procedimentos cabíveis. Condutor perdeu o controle do veículo e capotou, vindo a cair dentro do bananeira 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 334
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA R. da Silva
111 LOCAL Mio Branco 14C		112 DATA 12/08/18

comprov  
13/10/3

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
PÓLICIA 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 Luiiza 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 Nº: 762  
 Bairro: BAHIA NOVA  
 Telefone: (68) 99928-1253 (Celular)



## 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  
 Placa GYZ6279  
 Ano/Modelo Fabricação 2001/2000  
 UF Veículo Acre  
 Marca/Modelo I/PEUGEOT 206 SOLEIL  
 Veículo Adulterado? Não  
 Situação Envolvido

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon  
 Número do Chassi \*\*\*\*\*06987  
 Cor Cinza  
 Município Veículo Rio Branco  
 Modelo I/PEUGEOT 206 SOLEIL  
 Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francivaldo Souza da Silva	Proprietário

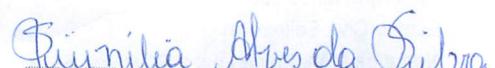
## RELATO/HISTÓRICO

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(a) responsável pelas informações acima assentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Colunosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

No imp. *Vandeli Thomaz*  
 DPC - Port 590/18

Pedro Paulo Silva Buzolin  
 Delegado(a) de Polícia



MS/DATASUS: HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2574743 DATA: 12/08/2018 HORA: 22:50 USUARIO: TAMBORINI  
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SILNELIA ALVES DA SILVA DOC... : NT  
 IDADE: 27 ANOS NASC: 11/12/1990 SEXO... : FEMININO  
 ENDERECO: VILA DO V NUMERO:  
 COMPLEMENTO: VEIO DE SAMU BAIRRO:  
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP... : -  
 NOME PAI/MAE: ND /MARIA ANTONIA ALVES DA SILVA  
 RESPONSAVEL: A MESMA TEL... : NI  
 PROCEDENCIA: VILA DO V  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO  
 CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [128 x 82 mmHg] PULSO [153] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [100]

EXAM. COMPL.  RAIOS X  SANGUE  URINA  TC  LIQUOR  ECG  ULTRASSONOGRAFIA

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

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

## DIAGNOSTICO:

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

- ① Cefazolin 2g
- ② Diprofene 1g
- ③ Zolatil 40-
- ④ AVA ORT 1P

~~SAN~~ CÓPIA CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAÍDA: / /

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

## INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

## HORA DA SAÍDA:

#### TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE):  
OBITTO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APOS 48HS

EDITS: [ ] FILE I/O'S: [ ] MATH I/O'S: [ ]

ASSASSINATION BY TICKET, RESPONSIVE  
TO ANOTHER TICKET, OR ELSE, ETC.

2.50 per day. City newspaper and magazine.

histórica de Coimbra, visto pelo batallão que se achava em exercícios, para  
o gado, com apertos para a ligada, encarregos ao general, desordens, um  
a confusão, e opiniões, com relato de fato falso de ligada alambrada, sol-  
do e campo e outras particularidades, e todos os da estrada a Coimbra, no  
centro de Portugal, em 1868, acima. —

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

as pistilas, folhas  
da Ceraúca, Pau-  
-to, Ocreocinda, Urucu-  
-ba, Alamelica, sal-  
-va e sanguineo  
-civan da Silva Rêgo  
-Tec-em Entremagem  
-COREN-AC 499032

Dr. Geral 00:10

Perito rebaça Mrs. trans, refindo  
 momento preâmico e RXs miss  
 RT de Tórax silenciosamente  
 FASE. Negativa.

AVAL DA ORTOP

e DA Neuro

 Dr. Aloysio Coimbra  
 Cirurgião Geral  
 CRM-AM 6912

13/01/18

# 142 #

Pq, 27 anos, vítima de  
 esgotamento.

Exa (1) (1) (1) (1) (1)  
 exa (1) (1) (1) (1) (1)

Ts de nônia de set  
 Ts de nônia de set

Exa (1) (1) (1) (1) (1)

CRM-AC-1435  
 Dr. Neurcio Souza  
 CRM-AC-1435

Exa (1) (1) (1) (1) (1)  
 Dr. Neurcio Souza  
 CRM-AC-1435

Ducivanda Silva Rêgo  
 Téc. em Enfermagem  
 SORREN-AC 499032

50 Dto entorpecente no ce p/ realizar procedimento. Incidu. oriental  
 p/ncico. PA: 115/65mmg FC: 82bpm SPO2 100% Enf: Régida 222.12.

## HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

## 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 Saída:  
Especialidade:  
Tipo de Saída:  
CID Principal:  
CID Secundário:  
Principal:  
Secundário:  
Outro:

SAME / HUERS  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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



UNIDADE:

NOME: Silmilia Junes da Silva IDADE: 51 B.E.:  OBSERVAÇÃO:  LEITO: M 53

DATA	EVOLUÇÃO	PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
13/08/18	ff fraco, dor nas costas	(a) Lipida 500mg SND (b) Glicofosfato 8184 500mg/dia (c) Dexamet 10mg (d) 8184 10mg 224 (e) Itramol 100mg (f) 8184 10mg 202 not os fracos ex lunna de ómeado	12:20:41	As 07:40 fui na frente em casa mudei a ele- tricidade a ele- tricidade de osteossinte PA = 133x72 mmHg SP02 97% FC 83 6h m - Tos:colh Marca: 100% Enj: 7100
		(g) Lurahuo ecárcio (h) CIV 100		Reabre prot. procedente do Dr. Aranha mehada. Apresenta-se espreira, lírica orientada. AV.P em nse + H.V. relata dor nas descida em massas
		Dr. Vítorino de Mello Magalhães Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 1241		
		SAME / HUERS CÓPIA CONFORME ORIGINAL		

afebril, normo corada,  
diurese espontânea  
PA = 150 x 60 mmHg  
Enf.º Maurice 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

REGISTRO

PACIENTE

SILNELIA ALVES DA SILVA

IDADE

27

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

M13

HUERB

Hospital Universitário  
Centro de Referência em Reabilitação

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT 12/08/2018</p> <p>FRATURA EXPOSTA UMERO ESQUERDA</p> <p>FRATURA RADIO E URNA DIREITA</p> <p>CD: OSTEOSINTSE</p> <p>PACIENTE COM EDEMA PALPEBRAL, SONOLENTA</p> <p>FERIDA OPERATORIA COM ESCASA SECRECAO SANGUINOLENTA</p> <p>NEUROLOGICO NAO AVALIADO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SND</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>500 500</i></p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H <i>10/16 22/08</i></p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12 HRS <i>15/06</i></p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 HRS <i>18/06</i></p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <i>04</i></p> <p>8. CUIDADOS GERAIS <i>✓</i></p> <p>9. SINAIS VITais <i>✓</i></p> <p>10. CURATIVO DIARIO <i>✓</i></p> <p>11. CEFAZOLINA 1 GR 8/8 HRS <i>12/20/08</i></p> <p>12. GENTAMICINA 240 MG EV + SF 0,9% 250 ML EV 24/24 HRS <i>16</i></p> <p><i>Dra Fátima Hamude PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 1879</i></p>		<p>8h - Realiza do banho de espera de seu Tutor de Reagis de cura e rigio 16h - acidez cura diefus ame - f presentes pat.: 120x80 mm of Tec. Roseli de escritor 437660</p>

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT 12/08/2018</p> <p>FRATURA EXPOSTA UMERO ESQUERDA</p> <p>FRATURA RADIO E URNA DIREITA</p> <p>CD: OSTEOSÍTESE</p> <p>PACIENTE COM EDEMA PALPEBRAL, MELHORA DO ESTADO MENTAL</p> <p>FERIDA OPERATORIA COM ESCASA SECREÇÃO SANGUINOLENTA</p> <p>RX CONTROLE OK ALTA ORIENTADA PELO DR MAGALHÃES CURATIVO DIARIO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12 HRS</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 HRS</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. SINAIS VITAIS</p> <p>10. CURATIVO DIARIO</p> <p>11. CEFAZOLINA 1 GR 8/8 HRS</p> <p>12. GENTAMICINA 240 MG EV + SF 0,9% 250 ML EV 24/24 HRS</p> <p>ALTA</p>		<p>Ás 09:52h. Paciente alta hospitalar, clínica, orientada comunicativa, acom- panhada.</p> <p>Carlos Roberto de Abreu e Silva Enfermeiro COREN - AC 393.715</p>

2018-08-12 09:52:52  
SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

## SINA 5 VITAIS:

HORÁRIO: 02:05:15hs	HORÁRIO: 02:05:30	HORÁRIO: 03:05
PA: 70 $\times$ 65 mmHg	PA: 115 $\times$ 70 mmHg	PA: 110 $\times$ 61 mmHg
FC: 70 bpm	FC: 97 bpm	FC: 94 bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 03:30	HORÁRIO: 14:00	HORÁRIO: 04:30
PA: 93 $\times$ 49 mmHg	PA: 144 $\times$ 65 mmHg	PA: 101 $\times$ 52 mmHg
FC: 63 bpm	FC: 85 bpm	FC: 78 bpm

HORÁRIO: 05:05	HORÁRIO: 05:30	HORÁRIO: 07:45h
PA: 131 $\times$ 75 mmHg	PA: 124 $\times$ 69 mmHg	PA: 133 $\times$ 72 mmHg
FC: 87 bpm	FC: 84 bpm	FC: 83,5 pm

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 092645 Código: FOB 7 203  
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIAL  
250 - ESTERIL

Fabric.: 22/11/2017 Val.: 11/2022

Registro ANVISA Nº: 80083650031

Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Gulherme 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 - RX CX 4,5 X 200 XT

Fabric.: 06/11/2017 Val.: 11/2022

Registro ANVISA Nº: 80083650026

Material: Aço Inox F138

Luiz Gulherme 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

01 Placa DCP com 6 Furos

06 Parafuso cortical nº 6

05 parafuso cortical nº 18

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

## CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 06:50' SALA 04 DATA 13/08/2018

ID 27080

NOME DO PACIENTE Silmélia Alves da Silva

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (x) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS ( )

ANESTESIA: GERAL (x) RAQUEANESTESIA ( ) LOCAL ( ) OUTROS ( )

INÍCIO DA ANESTESIA 02:15h TÉRMINO DA ANESTESIAPROCEDIMENTO REALIZADO Ex. Externo: úmido e descolamento antebraçoINÍCIO DA CIRURGIA 03:36 TÉRMINO DA CIRURGIA 05:20CIRURGÃO Dr. Vinícius AUXILIAR(ES)ANESTESISTA Dr. Gonçal INSTRUMENTADOR VilmaCIRCULANTE Silvia + Elizabeth ENF RosileneCirculante Elizabeth + Elizângela MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N°	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA SI VASO	ÁLCOOL 70% 100ML	FIO ALGODÃO (8-0)
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PÉRIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 300
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 75cmx17	GORRO
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
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	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMA N°	MÁSCARA 1/1
MANITOL	CENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 30	PANO P/ PACOTE (OB)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMAN
PAVULON	ELETRODOS 11	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO 1	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 11	PROPÉ
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO 90cm	SCALP N°
SUFADIAZINA DÉ P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO 125011	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA 1	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO 1	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER 14x100	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
50.3% Laran 0.25	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
	Clomectoline 0.2% - 100ml	TELA DE MAELEX
	Clomectoline 5% - 100ml	

- (7) Implante de placa (E) Fixador  
SPD, g. 51
- (8) Redutor metálico e ferro estanca. Fixador  
el Fivader 250 mm
- (9) Fuso ósseo do rodízio, ósseo por  
nártex abr. fechado
- (10) Redutor cervical e artroscopia do fóco de  
6 furos 3.5mm e parafuso 16-18mm
- (11) Ferro abr. metálico, mantido por furos abr.  
500 da placa
- (12) Redutor cervical e artroscopia do fóco de  
DCP 6 furos 3.5mm e parafuso 18-10mm
- (13) Ilustração 10.
- (14) Ligação da placa e fixador
- (15) Encerrado. E.P. 11.

Obs: Forma de quinhadaria da parafuso  
16-18-20 incompatível.

Dr. Vinícius de Mello Ribeiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/AC 1941

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE  
Departamento de Assistência Médico Hospitalar  
Unidade:

RELATÓRIO  
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

Silvana M. da C. S. Silva

IDADE:

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

retinoblastoma unico (R) + ptalmoma  
onchocercas (L)

CIRURGIA PROPOSTA

ret. r. ex. extr. óculo + oftalmoma

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGÃO:

Dr. M. da C. S. Silva

2º AUXILIAR

ANESTESISTA:

Dra. George

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

( ) SIM

( ) NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO

( ) SIM

( ) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA

( ) CT

( ) RESIDÊNCIA

( ) ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Ret. r. ex. extr. óculo  
ret. r. ex. extr. óculo

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Silmara Alves da Silva</i>		6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
		11/11	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - NOME DA MÃE		10 - RACA/COR	10.1 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - FONE DE CONTATO DDD: 65 N.º DO FONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		14 - FONE DE CONTATO DDD: 65 N.º DO FONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
		19 - CEP	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
<i>Fractura vítreo (2) &gt; Retinopatia p/c Fractura osteomai (3) acidente de trânsito</i>			
<b>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>			
<i>Fratura colo das</i>			
<b>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>			
<i>Fractura óssea e crânio facial</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CÓD. PRINCIPAL	25 - CÓD. SECUNDÁRIO
<i>Fractura óssea</i>			
26 - CÓD. CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação / Ortopedia e Traumatologia</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
		31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	
32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		<i>13102118</i>	
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<i>10/04/2019</i>		<i>Dr. Mário de Mello Magalhães</i>	
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - ( ) CNPJ DA SEGURADORA	
40 - ( ) CÓD. DA MATRIZ		41 - ( ) SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>17.037.623/955-0001</i>	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	



## FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	<i>Silmettin Silveira</i>		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	<i>1,70</i>	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O <sub>2</sub> (%)	Grupo Sgneo:				
Hm	<i>1,70</i>	Ht.	Leuc.	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP				
Diagnóstico Pré-Operatório:												
Ap. Resp:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	Complacência:								
ACV:	<i>Trag. ECG: S. 4-5</i>					Alergias:	<i>+</i>					
Ap. Digestivo/Dentes	Pescoço					Peças Dent.						
Ap. Urinário:	Drogas em Uso:											
Estado Mental:	<i>20/20</i>											
Anestesias Anteriores:	<i>2-1-1-2</i>					ASA:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	Risco:	
Medicação Pré-anestésica:	<i>03/08/08</i>					Horário:	<i>03/08/08</i>					Efeitos:
HORA:												
GASES	<i>CO<sub>2</sub> NO<sub>2</sub> HALOCS</i>											
Líquidos	<i>1500 1500 1500</i>											
SÍMBOLOS	     											
V Pressão Arterial / O Pulo / X Anestesia / O Cirurgia												
DROGAS ADMINISTRADAS									Técnica:	<i>Geral balanceados</i>		
1º	<i>Cefotaxima 2 gr</i>		Cirurgia:	<i>Floriano Gómez Velloso</i>		Monitorização:	<i>ECG, SpO2, T</i>					
2º	<i>Propofol 100 mg</i>		Cirurgião/Auxiliar:	<i>Dr. Vitor Tavares / Equipe</i>		Ap. Resp.:	<i>Endotraqueal</i>					
3º	<i>Metocarbamol 1500 mg</i>		OBS.:			Ap. CV:						
4º	<i>Metocarbamol 1500 mg</i>											
5º	<i>Metocarbamol 1500 mg</i>											
6º	<i>Paracetamol 1000 mg</i>											
7º	<i>Paracetamol 1000 mg</i>											
8º	<i>Propofol 100 mg</i>											
9º	<i>Propofol 100 mg</i>											
10º	<i>Metocarbamol 1500 mg</i>											
11º	<i>Metocarbamol 1500 mg</i>											
Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):									<i>Dr. George Alvaro</i>			



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

NOME: Silverson Alves da Silva

IDADE: 27 ANOS

**RELATÓRIO ABDOMINAL**

Fígado: \_\_\_\_\_

Vesícula Biliar: \_\_\_\_\_

Pâncreas: Normal

Rins: Alargados Sonoceiros

5 23:00 h.

Aorta: \_\_\_\_\_

Baço: \_\_\_\_\_

Bexiga: \_\_\_\_\_

Conclusão: \_\_\_\_\_

Dr. J. A. Cunha Filho  
Clinic. Uro. Endoscopia  
Alta. Sonoceira CRMAC. 200

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  
 IDADE.....: 28 ANOS NASC: 11/12/1990  
 ENDERECO....: RUA DA PERA  
 COMPLEMENTO...:  
 MUNICIPIO....: PORTO ACRE  
 NOME PAI/MAE.: ND  
 RESPONSAVEL...: A MESMA  
 PROCEDENCIA...: VILA DO V  
 ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...:  
 SEXO...: FEMININO  
 NUMERO: 026

BAIRRO: VILA DO V  
 UF: AC CEP...: 99999-999  
 /MARIA ANTONIA ALVES DA SILVA  
 TEL...: 99918-148

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

EXAM.COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TCI [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ORS. 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/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



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

LAUDO MÉDICO

NOME:

Flávia Alves da Silva

O paciente supracitado apresenta

fratura exposta de fíbula a partir de 12/10/2009

ou há \_\_\_\_\_, tendo sido tratado com Ortopsiologia

fixação interna, fixação externa

No momento, encontra-se em tratamento conservador

com evolução regular. Definitivamente  
seja o resultado final favorável. Condic-  
ções de seguirem tratamento e acompanhamento.  
Encaminhar ao perito para desfecho.

CID: T 92.8

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

552-2  
562-3  
254-0

Médico

Rio Branco - AC

01/02/2010

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

fls. 34

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:
	003320652-40	Guinilia Alves da Silveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF: 00332065240	
Profissão:	Endereço:	Número: 210
Recurso	Rua do portulinho Vila do U	Complemento:
Bairro:	Cidade: Rio Branco	Estado: Acre
E-mail:		CEP: 69927-000
		Tel.(DDD): 68999533051

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 68.9994925244

## RENDIMENTO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0534  CONTA: 00339280 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:

(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 pagamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou   |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou      |
| <input type="checkbox"/> 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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 MAR 2019

PROTÓCOLO

## 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: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 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 - 35/03/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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				
29/03/2019	000001	CRED TED	3.375,00 C	3.375,00 C