

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199518

Vítima: SIDINEI MUNIZ DE MENEZES

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDINEI MUNIZ DE MENEZES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: SIDINEI MUNIZ DE MENEZES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000066539-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: _____

Larino

Atento que o Sr. SIDINET MENEZ DE MENEZES sofreu acidente de trânsito no dia 13/12/18 apresentando fratura radiográfica e luxação do punho direito. Sendo submetido a tratamento conservador com redução manual e imobilização com gesso.

Evolveu com dificuldade no uso do punho direito, aumento de volume do punho, limitação para a flexo-extensão punho e redução da força muscular do punho por muito e postado de Apendice de pte no MSD.

DATA: _____

4/4/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE – CNPJ: 04.030.175/0001-05

RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE – RIO BRANCO – ACRE

CEP: 69.909-380 – FONE: 3223-4608

Dr. E. Silva
Médico Ortopedista
CRM 183-AC

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO E SEGURANÇA PÚBLICA - SESP
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR
Endereço: RUA RIO GRANDE DO SUL, S/Nº, AEROPORTO VELHO – 69903-420
Fone: 3225-6220 E-Mail: DRPC3.SEPC@GMAIL.COM

OFF-LINE

OCORRÊNCIA OFF-LINE N.º 0383/2019 - 3ª DPCR

Registrado em 4 de fevereiro de 2019

FATO COMUNICADO

LESÃO CORPORAL/ ACIDENTE DE TRANSITO

Data/Hora do Fato: 13/12/2018 – Hora: 18: 15h

Delegada de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues.

LOCAL

Município: Rio Branco/AC

Logradouro: Rua Santa Rita/ Rua Quinze

Bairro: Sobral

Nº :

Tipo de Local: Via Pública

Referência: Prox. ao Mercantil Knal 10

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

SIDINEI MUNIZ DE MENEZES (31), sexo masculino, brasileiro(a), solteiro, conferente, nascido(a) em 16/05/1987, na cidade do Feijó/AC, RG: 444985 SSP/AC, CPF: 974.814.242-68, filho (a) de ANTONIA MUNIZ DE MENEZES e FRANCISCO BENEDITO TELES DE MENEZES, residente na Rua 13 DE Junho, 149, Bahia Nova, contato: (68) 9 99824703

ENVOLVIMENTO: AUTOR**A APURAR****VEÍCULOS ENVOLVIDOS:-**

- Motocicleta HONDA CG 160 TITAN EX , ano: 2016/2016, placa: NAF9453; CHASSI: 9C2KC2210GR043687; PROPRIETÁRIO: RAYANE ONORIO MELO
CPF: 068.230.303-80

- Motocicleta

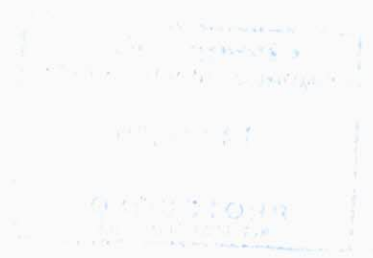
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA INFORMAR O ACIDENTE DE TRANSITO SOFRIDO. DE ACORDO COM O MESMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NA RUA SANTA RITA QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA QUINZE A MOTOCICLETA DO AUTOR COLIDIU , CAUSANDO O ACIDENTE . QUE FAMILIARES ESTIVERAM NO LOCAL E CONDUZIRAM A VITIMA AO PRONTO SOCORRO DE RIO BRANCO, PARA ATENDIMENTO MEDICO, QUE O AUTOR RECUSOU A SER CONDUZIDO TAMBÉM. QUE A VITIMA FRATUROU O BRAÇO DIRETO. DIANTE SOS FATOS PEDE-SE AS PROVIDENCIAS CABÍVEIS.


Aline C. Rodrigues
Inspetor Especial de Polícia Civil


Sidinei Muniz De Menezes
Comunicante/Vítima





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CAIXA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME

SIDINEI MUNIZ DE MENEZES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

444985 SSP AC

CPF

974.814.242-68

DATA NASCIMENTO

16/05/1987

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENEDITO
TELES DE MENEZES
ANTONIA MUNIZ DE
MENEZES

PERMISSÃO

00000000000000000000

ACC

00000000000000000000

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

04744779490

VALIDADE

28/09/2023

1ª HABILITAÇÃO

02/09/2009

OBSERVAÇÕES

EAR



Sidnei Muniz de Menezes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO

30/10/2018

Sidnei Muniz de Menezes
SINISTRO
Emissão de Seguro
Emissão de Seguro

ASSINATURA DO EMISSOR

65746840166
AC400456337

ACRE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1680973901

PROIBIDO PLASTIFICAR
1680973901



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 01.004.747/001-46)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0064303-3

Nº da Nota Fiscal 003122493

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\$)
DEZEMBRO/2018	13/01/2019	1145	859,68

FRANCISCO BENEDITO TELES DE MENEZES
R. 13 DE JUNHO 149 BAHIA NOVA
CPF: 00035988860206
CEP: 69.911-633 - RIO BRANCO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
	kWh		
Atual	25778	Atual	11/12/2018
Anterior	24633	Anterior	09/11/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	10/01/2019
Consumo Medido	1145	Emissão	09/12/2018
Consumo Faturado	1145	Apresentação	20/12/2018

Consumo Faturado: 1145 FEMP

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL BI

Ligação: 8045275

Número Medidor: 8045275

Poste: 1.1.1.2

Código Fat: 285

Média 12 meses: 285

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
NOV/18	CONSUMO	1145 A R\$ 0,714669 - 818,29
OUT/18	CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP)	41,39
SET/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	7,51
AGO/18		
JUL/18		
JUN/18		
MAI/18		
ABR/18		
MAR/18		
FEV/18		

TARIFA SOCIAL TELEFONIA
0 h 1145 - 0,516430

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

A PARTIR DE 12/12 CEE REN2407/18 ANEEL REAL TARIF. MEDIO 21,29%
LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 17 13 15 25 28
Parabéns! Até o dia 09/12/2018, não constatamos faturas em atraso
na sua Unidade Consumidora.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 MAR 2019

PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

RESERVADO AO FISCO 8A3B.8B73 44A1.1213.F534.E569.5510 DOEB			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	264,14	Base de Cálculo	818,29
Energia	212,54	Alíquota ICMS	25,00%
Transmissão	7,09	Valor do ICMS	204,57
Encargos	105,86	Valor do PIS	4,00
Tributos	226,89	Valor do COFINS	18,32
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMIC	DICRI
Limite	9,24 18,49 36,99 4,83 9,66 19,32	4,99	
Realizado	0,00	0,00	
Conjunto TANGARA		Período de apuração	10/2018 EUROS: 70,44

Im 100% 17 17

Im 100%

Im

Im





RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Larino

Atento que o Sr. SINDINEI MENEZES DE MENEZES sofreu
Acidente de Trabalho no dia 13/12/18 apresentando
Fratura radiográfica e luxação do Acromioclavicular
do punho direito. Sendo submetido a
tratamento conservador com Redução manual
e Imobilização com gesso.

Evitar com disponibilidade os casos de punho
direito, aumento de volume do punho, limitação
para a flexo-extensão punho e redução
da força muscular do punho
por tanto o protocolo de Atividade de punho
no MSD.

DATA: 4/4/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.730.184/01-05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE.
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199518

Vítima: SIDINEI MUNIZ DE MENEZES

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDINEI MUNIZ DE MENEZES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SIDINEI MUNIZ DE MENEZES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000066539-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA AD NEGOTIA"

OUTORGANTE: **SIDINEI MUNIZ DE MENEZES**, brasileiro, convivente, entregador, portador do RG n. 444985 SSP/AC, CPF n. 974.814.242-68, residente e domiciliado na Rua 13 de junho, nº149, bairro Bahia Nova, Rio Branco-Acre, não possui e-mail.

OUTORGADOS: FAÍMA JINKINS GOMES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/AC sob o nº 3.021, com endereço profissional no rodapé, onde recebe intimações.

FINALIDADE: Por este instrumento de procuração e na melhor forma de direito, confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, outorgar procurações à terceiros e nomear prepostos, podendo agir em Juízo ou fora dele, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo sua procuradora usar dos poderes contidos na cláusula "ad-judicia et extra & ad-negotia", bem como os poderes especiais dispostos no artigo 105 da Lei 13.105/2015, quais sejam: reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e firmar compromisso bem como agir administrativamente perante aos órgãos públicos competentes para o bom desempenho desse mandato, inclusive de requerer certidões negativas ou positivas nas fazendas federais, estaduais e municipais, bem como informações sobre sua situação no SPC, SERASA, CADIN, CDL, Prefeitura Municipal de Rio Branco, SEFAZ, Receita Federal do Brasil, Cartórios em geral, delegacias de polícia, administração pública direta e indireta, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, dando tudo por bom, firme e valioso.

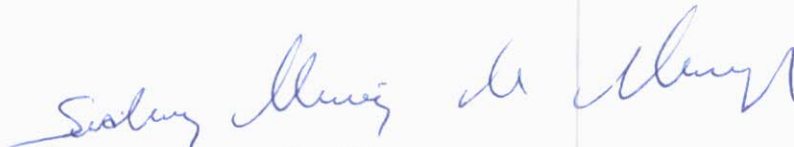
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARO que sua situação econômica não permite pagar à custa do processo, tampouco honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família, razão porque necessita dos benefícios da ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA.

DOS HONORÁRIOS CONTRATADOS

O Outorgante assume ainda o compromisso contratual de pagar aos outorgados, o valor de 30%(trinta por cento) sobre o proveito econômico que obtiver com a demanda judicial, inclusive quantias decorrentes de sucumbência, se houver.

Rio Branco – AC, 30 de maio de 2019.


SIDINEI MUNIZ DE MENEZES



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: 974.814.242-68 Nome completo da vítima: Sidinei Muniz de Menezes

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

Nome completo: Sidinei Muniz de Menezes CPF: 974.814.242-68

Profissão: Empregado Endereço: Rua 13 de Junho Número: 149 Complemento: Santa

Bairro: Bahia Nova Cidade: Rio Branco Estado: Acre CE: 69.911-683

E-mail: _____ Tel (DDD): (68) 99982-4703

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2278 CONTA: 66539 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

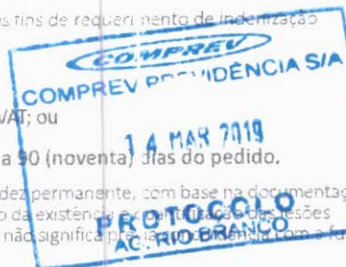
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa a entrega de qualquer documento com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Rio Branco - Acre, 04/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sidinei Muniz de Menezes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | 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.

0401010015

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2601706
CNS:DATA: 13/12/2018 HORA: 18:15 USUARIO: KHERLLY
SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SIDINEI MUNIZ DE MENEZES
 IDADE.....: 31 ANOS NASC: 16/05/1987
 ENDERECO.....: RUA 13 DE JUNHO
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: BAHIA NOVA
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC
 NOME PAI/MAE...: /ANTONIA MUNIZ DE MENEZES
 RESPONSAVEL....: A MAE
 PROCEDENCIA...: BOA UNIAO
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: NT
 SEXO...: MASCULINO
 NUMERO: 149
 CEP....: -
 TEL....: 99982-4703

TRAUMA: SIM

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:

Paciente refere acidente de motocicleta, evoluindo
 com dor e obformidade em punho (D), edema
 Luxação semilunar (D)

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

- Tramadol 100mg
 - Paracetamol 10mg
 - Dipirona 2g
 - SF 0.9% 100ml



Eu passo
 Letra

18:20

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

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

[] DESISTENCIA

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

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL





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

original e impresso em: 14/12/2019 às 03:40:14



HUEB
Hospital de Emergência
Unidade de Pronto Socorro

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	sidiney muniz	31	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	M01

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI : 13/12 x de semulunar redu??o beg, sem queixas. sol? pre op e aguardando agendamento.	1. DIETA VO LIVRE SND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 500-500-500 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10-16-22-04 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN x 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 04 7. CUIDADOS GERAIS Noturna 8. SINAIS VITAIS Noturna 9. CURATIVO DIARIO 08 10. diclofenaco uma amp im uma vez ao dia... 16 orientado pelo Dr Francisco - Alto co de Ambulatório Dr. Italo Maia Vieira CRM/AC 1500 sem		As 13:50h Paciente de alta transferido para Enfermagem END. ENFERMAGEM COCCO

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUEB

DR Italo Maia Vieira
CRM/AC 1500
PRM Ortopedia Traumatologia

DR Italo Maia Vieira
CRM/AC 1500
PRM Ortopedia Traumatologia

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

SANIE / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

Ex de modo detalhado
+ 12 meses
+ 12 meses

11-ALTA CURA

12-ALTA MELHORADA

13-ALTA INALTERADA

14-ALTA PEDIDO

15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO

16-ALTA ADMINISTRATIVA

17-ALTA POR INDISCIPLINA

18-ALTA POR EVASÃO

19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL

21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA

22-PERMANÊNCIA POR INTERFERÊNCIA

23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL

24-POR DOENÇA CRÔNICA

25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. FAMILIAR

31-TRANSFERENCE P/ FISIOTERAPIA

32-TRANSFERENCE P/ PSQUIATRIA

33-TRANSFERENCE P/ CLÍNICA MÉDICA

34-TRANSFERENCE P/ CLÍNICA CIRÚRGICA

35-TRANSFERENCE P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA

36-TRANSFERENCE P/ BERCÁRIO

37-TRANSFERENCE P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA

38-TRANSFERENCE P/ ISOLAMENTO

39-TRANSFERENCE P/ OUTROS

41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO

42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO

43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO

44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

fls. 32

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.

52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.

53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.

54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO

RECÉM-NASCIDO

61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS

DA PRIMEIRA CIRURGIA

62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS

APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA

63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS

APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA

64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS

APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA

65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA

COM MENOS DE 24 HS

66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA

24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA

67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA

48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA

68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA

ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA

69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO

RECÉM-NASCIDO

71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM

NASCIDO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDO

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDO

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr.^aFAÍMA JINKINS GOMES
Advogada OAB (AC) 3.021

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO 1º VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/ACRE.

SIDINEI MUNIZ DE MENEZES, já devidamente qualificado nos autos, em epígrafe, por intermédio de sua advogada, vem à presença de Vossa Excelência, requerer juntada do documento em anexo.

Neste termos,

Pede e espera deferimento.

Rio Branco (AC) 24 de junho de 2019.

Faíma Jinkins Gomes
OAB/AC 3.021

AUTO-ATENDIMENTO - AG RIO BRANCO

DATA: 13/06/2019

HORA: 16:32:13

TERMINAL: 05341033

CONTROLE: 053410330215

AGENCIA: 2278 - AQUIRI

CONTA : 013.0006539-8

CLIENTE: SIDINEI MUNIZ DE MENEZES

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUÇANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
25/05	188,20C
05/06	17,25C

RESUMO EM 12/06

SALDO 205,45

RESUMO DO DIA

SALDO COM LIMITE

205,45C

SALDO TOTAL

205,45C

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

CAIXA: 0800-725 7474

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1º VARA
CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO – AC.**

SIDINEI MUNIZ DE MENEZES, já qualificado nos autos, por intermédio de sua advogada, vem a presença de Vossa Excelência, informar que o laudo que o Autor tem, é o laudo do médico que acompanhou em sua recuperação.

O procedimento normal do exame para requerer o seguro DPVAT, era o jurisdicionado ir até a delegacia, pegar uma requisição assinada pelo delegado, para então ir ao IML, marcar a pericia.

Acontece Excelência, que esse procedimento acabou, e o IML atualmente, só agenda exames para DPVAT mediante determinação judicial. Por este motivo a parte Autora não fez juntada do laudo do IML.

Em detrimento, da não possibilidade da produção dessa prova, requer a parte que o juízo oficie o IML, para marcar pericia para lavratura de laudo.

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Rio Branco (AC), 18 de julho de 2019.

Faíma Jinkins Gomes

OAB/AC 3021