



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07102698920198010001
Classe do Processo:	Petição
Data/Hora:	18/02/2020 15:28:27

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2695863_CONTESTACAO_0 1 - 1-13.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf
Anexo - Petição:	2695863_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-16.pdf
Anexo - Petição:	2695863_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 17-24.pdf
Anexo - Petição:	2695863_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 25.pdf
Anexo - Petição:	2695863_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	2695863_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	2695863_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07102698920198010001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/02/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 09/03/2017.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que o boletim de ocorrência apresentado está incompleto e que os documentos médicos acostados não comprovam que as lesões alegadas decorreram do acidente em questão.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnano desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Primeiramente, analisando o referido documento, o mesmo encontra-se incompleto, não havendo como se comprovar a dinâmica dos fatos e nem mesmo a autoria do referido documento:

115. 11



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 4ª REGIONAL
Endereço: AV. OESTE, 542 – CONJUNTO TUCUMÃ. FONE: (68) 3229-2802

OCORRÊNCIA OFF-LINE N°1197/2017 – 4ª DRPC

Registrado em quinta-feira, 9 de março de 2017

FATO COMUNICADO

LESAO CORPORAL ACIDENTE DE TRANSITO

LOCAL DO FATO:

Município: Rio Branco-AC
Logradouro: AVENIDA NAÇÕES UNIDAS
Bairro: ESTAÇÃO EXPERIMENTAL

Data/Hora do Fato: 20/02/2017 às 09h15min

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA

Nome: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
Filiação: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA E RAY MARIA ASSIS DE SOUZA
Data de Nascimento: 28/09/1980 Idade: 36: Naturalidade: Benjamim Constant/AM
RG: 362916 SSP/AC CPF: 77013093220
Logradouro: RUA EDMUNDO PINTO, 128 Bairro: MANOEL JULIAO
Profissão: VENDEDOR
Telefone: 99955-7485

ENVOLVIMENTO: AUTOR

SEBASTIAO NOGUEIRA DA CRUZ
ENDEREÇO: RUA LEBLON, 639, BAIRRO IVETE VARGAS.

VEICULOS:

YAMAHA/MT 03, COR PRETA, PLACA JRW 8723

GOL, COR BRANCA, PLACA KDA 2287

HISTÓRICO:

O COMUNICANTE DIZ QUE TRAFEGAVA NO LOCAL ACIMA MENCIONADO QUANDO O AUTOR COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA, FICOU BASTANTE LESIONADO.


Pedro Henrique Ribeiro de Almeida Campos
Delegado de Polícia Civil


Fernanda Moraes de Oliveira
Agente de Polícia Civil


JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
Comunicante

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme demonstrado, observa-se que o boletim de ocorrência apresentado nos autos está incompleto, sem conter a dinâmica dos fatos esmiuçadas a fim de comprovar o nexo causal entre o acidente e as alegadas lesões.

Outrossim, também cumpre salientar que os documentos de atendimento médico não comprovam que a invalidez permanente alegada tenha decorrido do suposto sinistro.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)


⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190096530	Cidade: Rio Branco	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO	Data do acidente: 20/02/2017	Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: Fratura luxação umero proximal esquerdo (cominutiva) Fratura de cabeça radial esquerda				
Descrição do exame físico: deformidade na região do braço, hipotrofia do deltoide, limitação para abdução a 45 graus e rotações do ombro a 15 graus, e redução da força muscular do membro. limitação funcional do cotovelo, e limitação na pronosupinação do antebraço				
Resultados terapêuticos: conservador no ombro e cotovelo esquerdo, e fisioterapia. Alta: janeiro de 2018				
Sequelas permanentes: limitação funcional no cotovelo e ombro esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 14/02/2019				
Conduta mantida:				
Observações: EM CONFORMIDADE COM ANALISE TECNICA, DOCUMENTAL E AVALIAÇÃO REALIZADA PAGO DANO FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO 25% E OMBRO ESQUERDO 75%				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 20/02/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/02/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05779-7

CONTA: 000000011513-4

Nr. da Autenticação 75F00BA9A418B98E

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 12 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07102698920198010001.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07102698920198010001**, que tramita **2ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190096530

Nome do(a) Examinado(a): JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Angico, 940 - Rio Branco/AC - CEP 69902-717

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 0301862 - SSP AC

Data e Local do Acidente : 20/02/2017

Data e Local do Exame : 14/02/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Diagnostico: Fratura luxação umero proximal esquerdo (cominutiva)
Fratura de cabeça radial esquerda

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: conservador no ombro e cotovelo esquerdo, e fisioterapia.
Alta: janeiro de 2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico: MSE: deformidade na região do braço, hipotrofia do deltoide, limitação para abdução a 45 graus e rotações do ombro a 15 graus, e redução da força muscular do membro.
limitação funcional do cotvело, e limitação na pronosupinação do antebraço.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Funcional: limitação funcional no cotovelo e ombro esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

membro superior esquerdo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: **JOSÉ WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO**

Página 1 de 3

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

[At. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Nº Laudo

16.0283.06.17

Solicitante

Delegacia de Polícia Civil da 4ª
Regional

Informações da Vítima

Nome Completo:

JOSÉ WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

RG:

0301862 SEPC/AC

Endereço Completo:

Residencial Oricuri, nº 139, bairro Placas, cidade de Rio Branco-AC

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3189 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-526





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: JOSÉ WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Página 2 de 3

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Local: Em frente a Casa da Sogra do bairro Estação Experimental, cidade de Rio Branco-AC.

Data do Acidente: 20/02/17

Avaliação do Médico Perito Legista

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoa com o veículo automotor de via terrestre?

a) ☒ Sim b) ☐ Não c) ☐ Prej.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometidas;
Membro superior esquerdo.

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

Fratura acrômio clavicular.

Fratura do cotovelo esquerdo.

Lesão do nervo acrômio clavicular completo.

III) Há indicações de algum tratamento (em curso, prescrito, as ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ Sim b) ☒ Não

Se SIM, descreva(as) medida(s) terapêutica(s) indicadas(s):

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

a) ☐ Disfunções apenas temporárias.

b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

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

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

a) ☐ Sim, em que prazo:
b) ☒ Não.

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-526





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: JOSÉ WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Página 3 de 3

(Em caso de enquadramento na opção "a" do Item IV ou de resposta afirmativa ao Item V, favor **NÃO** preencher os demais campos abaixo assinalados.)

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

Segmento Corporal Acometido: **Membro superior esquerdo.**

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

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

Segmento Anatômico

1ª LESÃO: Fratura acrômio clavicular.

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa.

2ª LESÃO: Fratura do cotovelo esquerdo.

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa.

3ª LESÃO: Lesão do nervo acrômio clavicular completo.

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa.

4ª LESÃO:

R: ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa.

Observações: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

R:


Rio Branco-AC, 08 de junho de 2017.

Dr. Paulo Jesus Cesar
Médico Legista
CRM/AC 795

Digitado e conferido por: Pollana.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041691/19

Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

CPF: 659.196.702-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2017

Titular do CPF: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO : 659.196.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
CPF: 659.196.702-82

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096530 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação umero proximal esquerdo (cominutiva)
Fratura de cabeça radial esquerda

Descrição do exame físico: deformidade na região do braço, hipotrofia do deltoide, limitação para abdução a 45 graus e rotações do ombro a 15 graus, e redução da força muscular do membro. limitação funcional do cotovelo, e limitação na pronosupinação do antebraço

Resultados terapêuticos: conservador no ombro e cotovelo esquerdo, e fisioterapia.
Alta: janeiro de 2018

Sequelas permanentes: limitação funcional no cotovelo e ombro esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM ANÁLISE TÉCNICA, DOCUMENTAL E AVALIAÇÃO REALIZADA PAGO DANO FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO 25% E OMBRO ESQUERDO 75%

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096530 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação umero proximal esquerdo (cominutiva)
Fratura de cabeça radial esquerda

Descrição do exame físico: deformidade na região do braço, hipotrofia do deltoide, limitação para abdução a 45 graus e rotações do ombro a 15 graus, e redução da força muscular do membro. limitação funcional do cotovelo, e limitação na pronosupinação do antebraço

Resultados terapêuticos: conservador no ombro e cotovelo esquerdo, e fisioterapia.
Alta: janeiro de 2018

Sequelas permanentes: limitação funcional no cotovelo e ombro esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM ANÁLISE TÉCNICA, DOCUMENTAL E AVALIAÇÃO REALIZADA PAGO DANO FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO 25% E OMBRO ESQUERDO 75%

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096530 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # SINISTRO OCORRIDO EM 20/02/2017.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096530 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041691/19

Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

CPF: 659.196.702-82

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/02/2017

Titular do CPF: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO : 659.196.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
CPF: 659.196.702-82

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190096530 Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 20/02/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190096530

Vítima: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 20/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000005779-7

Conta: 0000011513-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ **DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE**

Nome completo da vítima: **Jose Wagner Gomes de Souza Filho**
CPF da vítima: **659.196.702.82**

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

Nome completo: **Jose Wagner Gomes de Souza Filho** CPF: **659.196.702.82**
Renda mensal: **reclusão** Endereço: **Rua Antigo Chão - Mendes** Número: **340** Complemento: **case**
Cidade: **Chão - Mendes** Estado: **Alagoas** CEP: **59.902-717**
Tel (DDD): **(68) 3301-6472**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). **599.65-7485**

Renda Mensal: ☒ **Até R\$1.000,00** ☐ **R\$1.001,00 até R\$3.000,00** ☐ **R\$3.001,00 até R\$5.000,00** ☐ **R\$5.001,00 até R\$7.000,00** ☐ **R\$7.001,00 até R\$10.000,00** ☐ **Acima de R\$10.000,00**
59918-3322

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (somente para 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: **Brasil**

AGÊNCIA: **5779** **7** CONTA: **11.313** **4**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Declaro, para todos os fins de direito, a veracidade das informações acima informadas, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e a exclusão de qualquer outro 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 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Situação civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Se a vítima deixou pais/avós vivos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou pais/avós vivos, informar o nome completo: _____

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Local e Data: _____

Nome: _____

(Assinatura)

(Assinatura) da quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rua Branco IAE 23-01-2019



DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

12622

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA
AV. NAÇÕES UNIDAS

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...
C/ RUA PROJETAÇA FUMBESA

06 HORA DA OCORRÊNCIA

09:55

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

20/02/14

09 DIA DA SEMANA

SEXTA-FEIRA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

COLISÃO

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

CHOQUE COM OBJETO FIXO

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 1

☒ 3

☐ 5

☐ 7

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

CONCRETO

PARALELEPÍEDO

CASCALHO

TERRA

AREIA

☒ 1

☐ 3

☐ 5

☐ 7

☐ 9

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

MOLHADO

OLEOSA

ENLAMEADA

DANIFICADA

OBRAS

☒ 1

☐ 3

☐ 5

☐ 7

☐ 9

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

CHUVA

NEBLINA

GAROA

☒ 1

☐ 3

☐ 5

☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

02

15 N° DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

09/09/48

16 NOME CONDUTOR

SEBASTIÃO NOGUEIRA DA SILVA

19 ENDEREÇO

R. LERION Nº 639 - BAIRRO IZETE VARGAS

20 1ª HABILITAÇÃO

04/04/1959

21 CATEGORIA

AD

22 PRONTUÁRIO

04428513980

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

WOLVO

28 ESPÉCIE

PAS / AUTOMÓVEL

29 PLACA

WDA 2287

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

GRACIELA NOGUEIRA DA SILVA

34 CHASSIS

93WETZ371 TT 100404

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVÁRIAS

SETOR AVARIA TRASEIRO DIREITO - PARACHUTE - AEROMOTRIZ

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

RUA PROJETAÇA -

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

42 NOME CONDUTOR

JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

28/09/80

45 ENDEREÇO

R. BOIVOTA II Nº 339 - RESIDENCIAL - ARIQUI

46 1ª HABILITAÇÃO

07/07/2003

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

02945106722

49 UF

AC

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

YAMAHA MT-03

54 ESPÉCIE

PAS / MOTOCICLO

55 PLACA

36W8723

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

O MESMO

59 ENDEREÇO

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

60 CHASSIS

9CGRM026080001383

62 AVÁRIAS

SETOR FRONTAL - SETOR LATERAL DIREITO - PED. MONTA -

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO - SAÍDA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONTINUOU AO PS PELA SINAL

68 NOME

SATIA

69 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

70 NASCIMENTO

12/05/81

71 ENDEREÇO

CONFERE COM O ORIGINAL

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

EM: 05/03/14

69 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

72 NASCIMENTO

12/05/81

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

klia Assaf da Silva
CPF: 9984386228-97
Coordenadora de Engenharia de Trânsito

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05779-7

CONTA: 000000011513-4

Nr. da Autenticação 75F00BA9A418B98E

**SEU CÓDIGO**

0400354-3

003338672

* En el mes de diciembre de 1991, el Ayuntamiento de Valencia, a través de la Oficina de Estudios e Investigación, elaboró un estudio sobre el uso del agua en la ciudad de Valencia, en el que se determinó que el consumo medio diario de agua en la ciudad de Valencia era de 16,5 litros por persona y día.

CONSUMO MES	VENCIMENTO	CONSUMO (L/100L)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	14/01/2019	264	192,55

MAIANE DA COSTA LIMA
R. ANGICO 940 CHICO MENDES
CPF: 00097463175200
CEP: 69.902-717 - RIO BRANCO

ROT: 2.001,02.18.003600

NO	DATE	TIME	LOCATION	STATUS
17300	07/01/2019	00:00	FCAM	OK
17036	06/12/2018	00:00	FCAM	OK
1,000	04/02/2019	00:00	FCAM	OK
264	03/01/2019	00:00	FCAM	OK
264	07/01/2019	00:00	FCAM	OK

NORMAL

Univariate Analysis

32 de 32

CARGA EXISTENTE EN EL INVENTARIO				
DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	VALOR POR M2
RESIDENCIAL	B1	8038355	1.1.1.2	739

RECEITA DO MUNICÍPIO		DESCRIÇÃO DA CONT.		
DEZ/18	246	CONSUMO	264 A R\$ 0,685113 =	180,86
NOV/18	284	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSP)		4,07
OUT/18	284	CONTRACAO MONETARIA IG 12/18-00		0,05
SET/18	229	MULTA POR ATRASO 12/18-00		3,52
AGO/18	234	JUROS DE MORA DE 12/18-00		0,05
JUL/18	229			
JUN/18	240			
MAI/18	247			
ABR/18	231			
MAR/18	208			

$$b = 2.24 - 0.50493a$$

UNRECORDED IMPRINTS OF READING BEYOND 1500

CPJ LINHAR JUDICIAL FOI SUSPENSO O REAJUSTE TARIFARIO DE 21,29%
LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPGAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 03/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

00EE.52C7.A4A2.6FCE.D905.A5F1.1088.98A5

COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$		IMPOSTOS/REBATES R\$	
Aluguel	50,96	Imposto de Renda	180,86
Energia	60,55	Imposto de Renda	25,00%
Transporte	1,58	Valor de Cessão	45,21
Taxa de Selos	21,53	Valor de Cessão	0,18
Outros	46,24	Valor de Cessão	0,85

FBI			FBI			Total		Grand	
Amount	Category	Value	Amount	Category	Value	Amount	Category	Value	Amount
6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71			
0,00			0,00			0,00			

SAC FRANCISCO

11/2018 90.93

C.C.

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 83751
 Numero do CNS.....: 0000001000000000
 Nome.....: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO
 Documento.....: RG 311162 Tipo :
 Data de Nascimento: 28/03/1980 Idade: 35 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA
 Nome da Mãe.....: RAY MARIA ASSIS DE SOUZA
 Endereço.....: RUA EDUARDO PUNTO - CONJUNTO MANCER 168
 Bairro.....: ESTACAO EXPERIMENTAL Cep.: 69900-000
 Telefone.....: 99557415
 Municipio.....: 1201001 - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2428459
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 047.3112
 Data da Internacao: 20/03/2017
 Hora da Internacao: 10:00
 Medico Solicitante: 509.704.452-50 - LUIZ GUILHERME HIDALGO OKIMURA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO 0408020440A
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO S. 51-6
 Identif. Operador.: ADELINO



INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

2023302
 12120008881-8

Unidade:

ANEXO 1

Ministério da Saúde
SUS
Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

2 0 0 1 5 7 8

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dr. Wagner Gomes S. Filho

6 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE

28091980

7 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

8 - RAÇA/COR

9 - ETNIA

83752

10 - NOME DA MÃE

Ray Maria Assis de Souza

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDI

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDI

13 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua. Edmundo Pinto - conj. Manoel 168 Est. Exp.

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

AC

18 - CEP

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pcte vítima de queda de moto, com dor e edema membro superior Esq.

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trat. único

SAÚDE / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIENTAÇÃO

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

Aus - esse + Ex. físico + Rx

22 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - MEDICAMENTO

28 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

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

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

20/2/17

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

33 - TIPO DE ACIDENTE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREENCHER EM CASO DE SAÍDA EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - CID 10 DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - CID 10 DA EMPRESA

40 - CID 10 DA EMPRESA

41 - SEXO

42 - CID 10

43 - EMPREGADO

44 - FIMEMPREGADO

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURADO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

50 - CID 10 ORÇÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

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

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 33.752

No. DO BE: 2428459 DATA: 20/02/2017 HORA: 09:39 USUARIO: RUI
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO DOC.: RG 301862
 IDADE: 36 ANOS NASC: 28/09/1980 SEXO: MASCULINO
 ENDEREÇO: RUA EDMUNDO PINTO - CONJUNTO MANOEL JULI NUMERO: 168
 COMPLEMENTO: BAIRRO: ESTACAO EXPERIMENTAL
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-000
 NOME PAI/MAE: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA /RAY MARIA ASSIS DE SOUZA
 RESPONSÁVEL: O MESMO TEL.: 99557485
 PROCEDENCIA: ESTACAO EXPERIMENTAL
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA 126 X 76 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC 93] SPO2 96%

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

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

DADOS CLINICOS: *Acidente automobilístico com lesões múltiplas e dor no dorso superior*
 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *19/02/2017*

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

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

DIAGNOSTICO: *Lesão Ombro esquerdo*

Reu X Ombro esquerdo
cefaleia (irradia)
ulnar 1, 2, 3, 4, 5
SAZ 10
lembra de um joelho
inibido pelo dorso

PRESCRIÇÃO

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. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO

CÓPIA

CRM - AC 483

CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Now Acre**Unidade**

NOME:

Jose Wagner G. Filho

10/10/20

REGISTRO

ENFERMARIA:

LEITO

172

[illegible]



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

HUERB
Médico Assistente
Médico de Família

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO

PX DE ÚLTIMO PROXIMAL E
CABECA DO RÁDIO ESQ

DT 20/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE
NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS
DISTAIS PRESERVADOS.

SOLICITO RX E EXAMES PRE
OPERATORIO

1. DIETA LIVRE

2. SFO 9% 500ML - EV - 8/8 H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H 3X

4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6H

5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H 3X

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 8/8H

8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TELA ELEVADO

9. CEFALOTINA 1 G IV 8/8H

João Paulo 25g 26 Agono.

500 + 500 + 500

18.18.28.04

18.18.26

18.18.22.04

18

Rua Rondon dos Santos
195
Jardim Santa Helena
195

SECRETARIA DE SAÚDE
COPIA

SECRETARIA DE SAÚDE

Dois dias de jejum
potente, exaustivo
sem dor, como
comum, eu não
deixei tomar
barba, flocos de
arroz + macarrão
para não prejudicar
a dieta, mas para
cada C.P.M. a dieta
a dieta oferecida
F.O.P. não sofreu
queda de dor. PA =
160x100 mmHg
23/02/17 às 10:00h
subleito após 12h
de jejum, com
que o paciente não
teve dor e não
teve PA 120x80 mmHg
TC 23/02/17



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

digitado e impresso em: 24/02/2017 às 12:14:31



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE UMERO PROXIMAL E
CAEÇA DO RADIO ESQ

DT. 24/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE
NO COTOVELO ESQUERDO, PULSO
DISTAIS PRESERVADOS.

SOLICITO RX E EXAMES PRE
OPERATORIO

Rui Ramos dos Santos
CRM 100000 e 1000000
CRM 100000 e 1000000
CRM 100000 e 1000000

1. DIETA LIVRE

2. SF 0,9% 500ML - EV - 8/8H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8/8H SN

4. DIPRONA 1G - EV - 8/8H

5. PLASIN 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H SN

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/8H

8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO

9. CEFALOTINA 1 G IV 8/8H

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

25/02/2017

Pac trouxe bandido
de aspiração com
auxílio + troca de
bando de cano
25/02/2017, Pac não
refere queixas
no período, aceita
alimentação por
vias fisiológicas
normais. Te Maria
25/02/2017
500ml, Pac deu
bem no período
aceitou o banho
diurno presente
PA 160x90x140
Te Maria

SANE / HUEB

CÓPIA

COTIPOM PROXIMAL

Obs = familiar - realizado em laboratório por equipe própria



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

HUERB
Lento

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>FX DE UNTERO PROXIMAL E CABECA DO RAO ESQ DT 2002 PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS DISTAIS PRESERVADOS OPERATORIO</p>	<p>1. DIETA LIVRE 2. SFO 8% 500ML - EV - 60H H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 60H SN 4. DIPIRONA 1G - EV - 60H 5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 60H SN 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 60H 8. MANTER O NÍVEL DE CONSCIENTE ELEVADO 9. DEFECAÇÃO 1 C/N 60H</p>	<p>0900+500+500 10.1.18. 2/2.04 04 - 06 10.1.18. 2/2.04</p>
--	--	---

Rui Ribeiro dos Santos
PRM Odontologia e Toxicologia
CRM 195

SAÚDE / HUERB
COPIA
CORRETIVA PRESSIONAL

Atenção: paciente em bom estado, com sinais vitais estáveis, comunicando-se bem, não apresentando dor no cotoVELO esquerdo, mantendo o nível de consciência elevado, com a dieta Plasil, 10mg + AD 10ml, EV - 60h SN. Omeprazol 40mg, EV - 1x/dia. Cuidados gerais + sinais vitais 60h. Manter o nível de consciência elevado. De fecação 1 c/n 60h.

Fundo bucal com o roletado de língua e bochechas. Tecido gengival com sangramento com SCS 181.

Am 16.00 Pac. verbaliza dor no membro superior no art. omoplomoclavicular esquerda. Recebeu 10mg de tramal e 10ml de Plasil. Paciente está bem. Paciente verbaliza dor no cotoVELO esquerdo, não apresenta sinais vitais alterados, foi medicado com 10mg de tramal e 10ml de Plasil, PA 130x90 mm Hg, FC 80 bpm.



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

Unidade de Registros Médicos e Epidemiológicos



REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE LIMPEZA PROXIMAL E
CABECA DO RADIO ESQ

DT 20/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE
NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS
DISTAIS PRESERVADOS.

SOLICITO RX E EXAMES PRE-
OPERATORIO

AGUARDA AGENDAMENTO

1. DIETA LIVRE

2. SPO 9% 500ML - EV - 8/8 H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H SN

4. DIPIRONA 1G - EV - 6/8H

5. PLUSIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H SN

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/8H

8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO

9. CEFALOTINA 1 G IV 6/8H

30/05/2008

16:28

17

16:28

CARTEIÃO
CÓPIA
CONTROLE ORIENTAÇÃO

Rui Ruy dos Santos
PRM Cirurgia - Traumatologia
CRM 1936

Pac trouxe bombo
de aspiração e com
auxílio + troca de
bomba de cama
16:00h, Pac não
sufre queixas no
período, acalenta ali
ventilação, fu ugoes
fisiológicas normais
Vf normal
04.30h. Pac modificado -
PR-180x80cm. A respiração
está em movimento. Tórax
deformado, boca e face
deformada. Pac não
responde. 17.28h.



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

digitado e impresso em: 28/02/2017 às 08:43:17



REGISTRO PACIENTE
JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE 36

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO 172

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

<p>FX DE UMERO PROXIMAL E CABECA DO RADIO ESQ</p> <p>DT 20/02</p> <p>PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, REFERE DOR DE BABA INTENSIDADE NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS DISTAIS PRESERVADOS.</p> <p>SOLICITO RX E EXAMES PRE OPERATORIO</p> <p>AGUARDA AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML - EV - 08H</p> <p>3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 08H SN</p> <p>4. DIFERONA 1G - EV - 08H</p> <p>5. PLASIL 10 MG + AD 10 ML - EV - 08H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X DIA</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 8H</p> <p>8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO</p> <p>9. CEFALOTINA 1 G IV 8H</p>	<p>06/02/2017</p> <p>10.16. 22.04</p> <p>04</p> <p>18-06</p> <p>10.16. 22.04</p>	<p>Sh - Realizado banho de aspersão Trocado lençóis de cama</p> <p>Fun. f. presentes</p> <p>Sh - Cui para os 04h - 08h. Para de fer para. Para que du gelinho no antebraço e</p> <p>Nº 36 de unbr</p> <p>437660</p>
--	---	--	---

Rui Ramos dos Santos
RM 000000000 e Traumatologia
CRM/AC 195

SANE / HUEB

CÓPIA

CONFERIR ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 01/03/2017 às 12:28:52



HUEB
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE UMBRO PROXIMAL E
CABECA DO RAOIO ESQ

DT 2002

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE
NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS
DISTAIS PRESERVADOS.

SOLICITO RX E EXAMES PRE-
OPERATORIO

AGUARDA AGENDAMENTO

1. DIETA LIVRE

2. SF 0,9% 500ML - EV - 8h H

3. TRANAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8h

4. DIPIRONA 1G - EV - 8h

5. PLASIL 10 MG + AD 1G ML - EV - 8h

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

9. CEFALOTINA 1 G IV 8h-1

Dr. Alvaro Alves
Residente Ortopedia e Traumatologia
CRM 1234

SAÚDE / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORDEM

paciente de 36 anos
clínica conciente,
comunicativo, verbaliza
afetiva, monossílabos de
substância, orientado
p/ local, tempo, pessoa
e situação, nega dor
aguda no coto do
membro direito de
membros inferiores
e membros superiores,
membros inferiores
sem dor, membros
superiores sem dor,
sem dor no coto do
membro direito,
sem dor no coto do
membro esquerdo.



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

digitado e impresso em 03/03/2017 às 10:44:37



HUERB

LETO

172

REGISTRO

PACIENTE

JOSÉ WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CANCER - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

DT 20/02/2017

FX DE UNERO PROXIMAL E
CABECA DO RADIO ESQ

DT 20/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA
INTENSIDADE NO COTOVELO
ESQUERDO, PULSOS
PRESERVADOS.

AGUARDA AGENDAMENTO

1. DIETA LIVRE SVD

2. SFO 9% 500ML - EV - 8/8 H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0,04 100 ML - EV - 8/8 H

4. DIPIRONA 1G - EV - 8/8 H

5. PLASL 10 MG + AD 16 ML - EV - 8/8 H

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

9. CEFALOTIMA 1 G IV 6/8 H

Dr. Wagner Gomes S. Filho

P. R. N. Ortopedia e Traumatologia

CPM 200

SACRE / HUENB

CÓPIA

COPIA ORIGINAL

At 07:00 necessito de

atender o paciente,

comunicativo, o qual

demonstrando, não

apresentar no momento

nenhuma alteração

na pele, bem como

na mucosa, porém

apresentando

alguma dor de

articulação de

de como a

paciente.

Res. Dr. Wagner

Carimbo 525382

At 16:00 o paciente

está apresentando

nenhuma

alteração

Res. Dr. Wagner

Carimbo 525382

At 17:00 o paciente

está apresentando

nenhuma

alteração



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

digitado e impresso em: 04/03/2017 às 11:50:57



HUEB

LEITO

172

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLINICA

CIMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

DT: 20/02/2017

FX DE UMBRO PROXIMAL E
CABECA DO RADIO ESQ

DT 20/02

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO,
REFERE DOR DE BOMBA A MODERADA
INTENSIDADE NO COTOVELO
ESQUERDO, PULSOS
PRESERVADOS.

AGUARDA CONDUTA

1. DIETA LIVRE

2. SF 0.9% 500ML - EV - 8/8 H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8 H (SM)

4. DIPRONA 1G - EV - 8/8 H

5. PLASL 10 MG + AD 10 ML - EV - 8/8 H (SM)

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA

7. ~~PARACETOL 1G - EV - 8/8 H~~

8. ~~PARACETOL 1G - EV - 8/8 H~~

9. CEFALOTINA 1G IV 8/8 H

SAÚDE / HUEB

CÓPIA

CONFIRME ORIGINAL

KOUSON DE SOUZA
PRF. TRAMAL, DIPRONA E ORTOFEDIA
CRM - 903

Deu de alta o paciente. Foi dada a alta
havendo no dia 20/02/2017 o
deslançamento da canula. Foi 180x30
milímetros. A taxa de 134. O paciente
vai melhorando. Não houve dor
no momento. Tratado com
100 mg de Paracetamol 2x ao dia.
Foi dada a alta. Foi 180x30
milímetros. A taxa de 134. O paciente
vai melhorando. Não houve dor
no momento. Tratado com
100 mg de Paracetamol 2x ao dia.
Foi dada a alta.



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

digitado e impresso em: 05/03/2017 às 11:34:27



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

172

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

<p>DT: 20/02/2017 FX DE UMBERO PROXIMAL E CABECA DO RADIO ESC DT 20/02</p>	<p>1. DIETA LIVRE 2. SF 0.9% 500ML - EV - 6h H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 6h H 4. DIPIRONA 1G - EV - 6h H 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 6h H 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 12h H 7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6h H 8. MANTER O MEMBRADO INFERIOR NA TELA ELEVADO 9. CEPALOTINA 1 G IV 6h H</p> <p>Dr. Wagner Gomes P. R. M. Oliveira e Trancoso CRM 250</p>	<p>Adm 8:15 16:00 potente em 17 de no leite e em 17 de colmo, compunha apresenta, o qual tem ou barba de copo com acaido do tron parante, duas de banal e mais pa patia, qualiza de ca de 6h H, foi medi ca de 6h H, foi medi a de 6h H, foi medi do de 6h H, foi medi guar. PA = 130 x 90 mmHg.</p>	<p>06-03-17 At 5h30 potente no leite como, compunha fuo, eu meio, o qual deparar ban, foi medi do de 6h H, foi medi mmHg</p>
--	---	--	--

SAÚDE
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 06/03/2017 às 10:20:44



HUEB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO PACIENTE JOSE WAGNER GOMES S FILHO IDADE 36 CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 172

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 20/02/2017	PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, LUCIDO ORIENTADO, COMUNICATIVO, REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA INTENSIDADE NO COTOVELO ESQUERDO, PULSOS PRESERVADOS.	1. DIETA LIVRE 2ND - 500 + 500 + 500 2. SIF 0,9% 500ML - EV - 08H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 08H 4. DIFENONA 10 - EV - 08H - 4 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 08H (SN) - 4 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1200H - 4 7. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 08H 8. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO 9. CEPALOTINA 1 G IV 08H - 4		Às 07:00 recebendo Pt. vital, sinais vitais normais, Vg/afecção, dor moderada, não sofreu alteração no membro, mantendo o membro elevado, tendo o curativo limpo e intacto, bem a dieta. Observado, membros inferiores, presença de hematomas no antebraço esquerdo, dor leve, presença de hematomas no antebraço direito, dor leve, presença de hematomas no antebraço esquerdo, dor leve, presença de hematomas no antebraço direito. Rec. Enfo. 08H e 12H. Com. 525 382. Às 16:50 Pt. vital, sinais vitais normais, Vg/afecção, dor moderada, não sofreu alteração no membro, mantendo o membro elevado, tendo o curativo limpo e intacto, bem a dieta. Rec. Enfo. 08H e 12H. Com. 525 382. Às 17:30 - não aceita a medicação 950 cc de paracetamol, ele está na prescrição.

SAÚDE / SAÚDE
CÓPIA
COMPROVANTE ORIGINAL

Dr. Alberto Alves
D. R. M. Oliveira e Trindade
CRM 2851

para hoje. Per. 08H e 12H. Às 17:00 recebendo Pt. vital, sinais vitais normais, Vg/afecção, dor moderada, não sofreu alteração no membro, mantendo o membro elevado, tendo o curativo limpo e intacto, bem a dieta. Rec. Enfo. 08H e 12H. Com. 525 382. Às 17:30 - não aceita a medicação 950 cc de paracetamol, ele está na prescrição.



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

digitado e impresso em: 08/03/2017 às 10:49:23



HUE-RB

REGISTRO

PACIENTE

JOSE WAGNER GOMES S FILHO

IDADE

36

CLÍNICA

CNCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LETO

172

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT 20/02/2017	1. DIETA LIVRE S/AJD		
FX DE UNERIO PROXIMAL E CABECA DO RADIO ESQ	2. SF 0.9% SODAL - EV - 8/8 H — 500 + 500 + 500		
	3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8 H SN		
DT 20/02	4. DEPIRONA 1G - EV - 6/6 H — 12:00 22:00		
	5. PLASL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8 H SN		
PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, LUCIDO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, REFERE DOR DE BAIXA A MODERADA INTENSIDADE NO COTONELO ESQUERDO PULSOS DISTAIS PRESERVADOS.	6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA — 4		
	7. CAPTOPRIL 50 MG - VO - SE PAS = 180 EOU PND = 180		
	8. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6 H		
	9. MANTER O MEMBRO INFERIOR NA TALA ELEVADO		
	10. CEFALOTINA 1G IV 6/6 H — 10:00 22:00		
AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA O DIA 11/04/2017 COM O DR VICK	11. DOR MANEJAR ALTA COM AGENDAMENTO COM O DR VICK.		

SÁB 21/02/2017
CÓPIA
CONFIRMADA
Dr. Antônio Gomes
P. R. M. Oliveira e T. Carneiro
CRM 2057

ALTA
HOSPITALAR

Aty, pai e de 20h
hoje de dar...

Aty, pai e de 20h
hoje de dar...

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69006620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO (EME)
Requisicao: 17.PC.2.002817
Num. do BE: 02428459

Idade...: 36A
Requis.: 22/02/2017

US. Origem.: HUERB/PS **CCB**
Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):... 3,66 mm3
Hemoglobina:..... 12,50 g/dL
Hematocrito:..... 36,00 %
VCM:..... 98,80 fL
HCM:..... 34,20 pg
CHCM:..... 34,60 g/dL

VR: H:4,5 a 6 x:4 a 5 milhoes/mm3
VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:..... 10.700 /mm3
Basofilos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm3
Eosinofilos:..... 1 %
Valor Absoluto:..... 107 mm3
Mielocitos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm3
Metamielocitos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 %
Neutrofilos:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm3
Segmentados:..... 78 %
Valor Absoluto:..... 8.346 mm3
Linfocitos:..... 13 %
Valor Absoluto:..... 1.391 mm3
Monocitos:..... 8 %
Valor Absoluto:..... 856 mm3
Plaquetas:..... 0 %
Valor Absoluto:..... 0 mm3
Observacao:.....

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 7 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 27 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRBM 749/PA 22/02/17 as 10:02 Coleta: 22/02/17 as 08:30-1a. Via Impressa: 22/02/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:..... 2 MINUTOS
Tempo de Coagulacao:..... 7 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:..... 209.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRBM 749/PA 22/02/17 as 10:02 Coleta: 22/02/17 as 08:30-1a. Via Impressa: 22/02/17

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NACÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO (EME)
Requisicao: 17.PC.2.002817
Num. do BE: 02428459

Idade...: 36A
Requis.: 22/02/2017

US. Origem.: HUERB/PS **CEB**
Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):...	3,66	mm3
Hemoglobina:.....	12,56	g/dL
Hematócrito:.....	36,00	%
VCM:.....	98,80	fL
HCM:.....	34,20	pg
CHCM:.....	34,60	g/dL

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	10.700	/mm3
Basófilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Eosinófilos:.....	1	%
Valor Absoluto:.....	107	mm3
Neutrófilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Metamleucócitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	%
Linfócitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Monócitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Plaquetas:.....	78	%
Valor Absoluto:.....	8.346	mm3
Infecitos:.....	13	%
Valor Absoluto:.....	1.391	mm3
Monócitos:.....	8	%
Valor Absoluto:.....	856	mm3
Rastros:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Observação:.....		

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 21 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRBM 749/PA 22/02/17 as 10:02 Coleta: 22/02/17 as 08:30-1a. Via Impressa: 22/02/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	2 MINUTOS
Tempo de Coagulação:.....	7 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:.....	209.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S CESAR-CRBM 749/PA 22/02/17 as 10:02 Coleta: 22/02/17 as 08:30-1a. Via Impressa: 22/02/17

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOS UNIDAS, 700, - BOSQUE - PIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JOSE WAGNER GOMES DE SOUZA FILHO (EME)
Requisicao: 17.PC.2.002470
Num. do BE: 02428459

Idade...: 36A
Requis.: 02/03/2017

US. Origem.: HUERB/PS **CCB**
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)...	3,91	mm3	VR: 4,5 a 5 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,10	g/dL	VR: 13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	39,00	%	VR: 42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	99,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	33,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	7,400	/mm3	VR: 5,000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	222	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metarrelucitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Neutros:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5,180	mm3	
Linfocitos:.....	29	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2,180	mm3	
Monocitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	515	mm3	
Plaquetas:.....			VR: 0 %
Valor Absoluto:.....			
Observacoes:.....			

SABAE / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS

MARLENE OLIVEIRA DA S. CL. - CRM
BIOLOGICA
CRM 749/P1

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S. CESAR-CRM 749/PA 02/03/17 às 08:51 Coleta: 02/03/17 às 05:54-1a. Via Impressa: 02/03/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	31 MINUTO E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:....	33 MINUTOS E 30 SEGUNDOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	394.300 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: MARLENE OLIVEIRA DA S. CESAR-CRM 749/PA 02/03/17 às 08:41 Coleta: 02/03/17 às 05:54-1a. Via Impressa: 02/03/17



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor e cefaleia MSE

História da Doença Atual: Queixa de dor

História da Doença Anterior: SAME

Exame Físico: CONFIRMAR ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: fx T-60 PROXIMO E
fx cefaleia cefaleia

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança: 12

- 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 INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECRÓPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECRÓPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECRÓPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECRÓPSIA C/ PERM. REC. NASC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERNAÇÃO
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERNAÇÃO
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERNAÇÃO
- 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS OBRAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

JOSE WAGNER GOMES DE SOUSA FILHO

030106Z SEP 62

659,194,702.82	28/03/1988
----------------	------------

FLACAO
JOSE WAGNER GOMES DE
NOVA
RAY MARIA ASSIS DE
NOVA

WARRANTS	ACT	CR. LAB.
100-100000	100-100000	100-100000

Nº REGISTRO	VALIDEZ	Nº HABITAÇÃO
000000000000	20/07/2009	07/07/2003

UOM	DATE
NO BRANCH - ACME	22/07/2013

Service Loan de 66 P. Campbell
Campbell Street
Dorchester
495086171
874045775

DETHAN, CT. (CBS) —