
Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296039

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON VIDEL DE MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296039

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDSON VIDEL DE MOURA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
513 932 712-00 EDSON VIDEL DE MOURA

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

5 - Nome completo: EDSON VIDEL DE MOURA 6 - CPF: 513 932 712-00
7 - Profissão: SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA AMERICA 9 - Número: 508 10 - Complemento:
11 - Bairro: NOVA ESTAÇÃO 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: ACRE 14 - CEP: 69.908-970
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 6899973 9773

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 000 875318817 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (pai/nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio Branco AC 18/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00017118/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/07/2020 13:26:42 Data/Hora Fim: 23/07/2020 13:26:42

Delegado de Polícia: Pedro Henrique Resende Teixeira Campos

DADOS DA Ocorrência

Unidade de Apuração: Delegacia de Polícia da 4ª Regional

Data/Hora do Fato: 03/02/2020 13:20

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Vila Ivonete/Procom/Solar

Logradouro: ANTONIO DA ROCHA VIANA

Nº: 2511

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDSON VIDEL DE MOURA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 30/04/1974	Idade: 46
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Julieta Maria de Moura		Nome do Pai: José Videl de Moura	

Documento(s)

CPF: 513.932.712-00

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA AMERICA

Nº: 508

Bairro: Nova Estação

Nome Civil: LUIZ DA SILVA DE SOUZA (CONDUTOR)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA 1º DE AGOSTO

Nº: 720

Bairro: Placas

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante veio a esta delegacia informar que na data acima mencionada, estava indo trabalhar na sua moto, e um carro estava estacionado no acostamento da ciclovia, e o comunicante colidiu na traseira do veículo, voou por cima do carro e ficou desacordado. Que quando acordou começou a ter convulsões. Que o SAMU conduziu o comunicante até o Pronto Socorro.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00017118/2020

ASSINATURAS

Regina Maria Vasconcelos Freitas

Agente de Polícia
Matrícula 92470171

Responsável pelo Atendimento

Edson Videl de Moura

Comunicante, Vítima

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

DETRAN
ACRE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Novo Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0022684

NÚMERO FOLHA

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

Rua Antonio da Rocha Lima, 2511

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

Em frente ao Detran

06 HORA DA OCORRÊNCIA

15:00

07 ZONA RURAL/URBANA

☒ URBANA

08 DATA

10/10/2013

09 DIA DA SEMANA

Segunda

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 8

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍPEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☐ 1

MOLHADO ☒ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☐ 1

CHUVA ☒ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

17 SEXO

M

18 NASCIMENTO

30.10.60

19 ENDEREÇO

R. 1º de Agosto, 720 - Póreas

20 1ª HABILITAÇÃO

05.11.1992

21 CATEGORIA

B

22 PRONTUÁRIO

03403105328

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

Ford Fiesta

28 ESPÉCIE

Passeiro

29 PLACA

OVG-2879

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Condutores

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

4B1ZESSA9E2072995

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVARIAS

Só no Transm.

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Estacionado

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Compartilhando o local

PONTOS

37 CARRO

3

39 MOTO

3

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42 NOME CONDUTOR

Felton Vidal de Moura

43 SEXO

M

44 NASCIMENTO

17.02.1991

45 ENDEREÇO

R. América, 508 - Nova Estrela

46 1ª HABILITAÇÃO

28.05.2003

47 CATEGORIA

A

48 PRONTUÁRIO

02229118391

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 XTZ150 Cronos

54 ESPÉCIE

Passeiro

55 PLACA

9LV1932

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Emerson Saldanha de Sousa

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9C6D G2810H0051515

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVARIAS

Só no Transm.

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Carro/Outro

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Estacionado pela SPM

PONTOS

63 CARRO

3

65 MOTO

3

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

Geonardo Claus

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

VÍTIMAS	82 NOME	Edson Vídele de Moura			83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	30/04/1974		
	85 ENDEREÇO	R. Pinheiro 508 - Barra Então			86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº	88 USAVA CINTO		
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA			P.S.				
	91 NOME				92 SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO			
	94 ENDEREÇO				95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº	97 USAVA CINTO		
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA							

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

<p>17 FEB 2020</p> <p>Edson Vídele de Moura</p>																													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

<p>Informo que o veículo estacionado e o veículo colidiu contra o veículo em trânsito da V2 (SAMU) contendo o motorista V2 da Estância para translação de frotas CPF: 037.522.112-30 e Pessoa Jurídica, compareceu ao local.</p>
--

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
V2	V2	Lucas DPTRAN
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG
Lucas da Silva de Souza	Edson Vídele de Moura	Lucas 9377417-1
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
Lucas da Silva de Souza		Lucas
111 LOCAL	112 DATA	
Rio Branco - AC	03/02/2020	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
513 932 712-00 EDSON VIDEL DE MOURA

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

5 - Nome completo: EDSON VIDEL DE MOURA 6 - CPF: 513 932 712-00
7 - Profissão: SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA AMERICA 9 - Número: 508 10 - Complemento:
11 - Bairro: NOVA ESTAÇÃO 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: ACRE 14 - CEP: 69.908-970
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 6899973 9773

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 000 875318817 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (pai/nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio Branco AC 18/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.775,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON VIDEL DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000875318817-7

Nr. da Autenticação 8616C1AFB2A0CB26



Para contato
com a Energisa,
informe este número

SEU CDDISD

0051722-4

ENERGISA S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. Valério Medeiros, 200 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP
CEP: 04000-000 Fone: (11) 5082-1000 Fax: (11) 5082-1001
Site: www.energisa.com.br

Nº do Nota Fiscal: 008362392

Endereço: Rua Santa Helena, 200 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP
CEP: 04000-000 Fone: (11) 5082-1000 Fax: (11) 5082-1001

JUNHO/2020 18/06/2020 174 152,13

JOSE VIDEI DE MOURA
R. AMERICA 508 01 NOVA ESTACAO
CPF: 00007828578504
CEP: 69.908-970 - RIO BRANCO

Consumo	268	18/06/2020
Consumo anterior	94	13/05/2020
Consumo de Multiplicação	1,000	10/07/2020
Consumo de Múltiplos	174	09/06/2020
Consumo de Múltiplos	174	10/06/2020
Consumo de Múltiplos	174	10/06/2020

Forma de Pagamento: NORMAL 030 28

Tipologia	Uso	Número de Medidor	Posto	Valor 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	WS071428758	1.1.1.1	106

MAI/20	132	CONSUMO	174 A R\$ 0,826813 =	143,86
ABR/20	109	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,94
MAR/20	134	CORRECAO MONETARIA IG 05/20-00		0,18
FEV/20	102	MULTA POR ATRASO 05/20-00		1,93
JAN/20	99	JUROS DE MORA DE INPO 05/20-00		0,22
DEZ/19	85			
NOV/19	79			
OUT/19	110			
SET/19	133			
AGO/19	98			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 174 - 0,569048

Pago Caixa
16.06.2020

RESERVADO AO FISCAL 6E6C.CA08.FE82.9A46.D69C.E890.43AE.46ED

Valor de Cobrança	41,61	Base de Cálculo	143,86
Desconto	44,00	Alíquota ICMS	25,00%
Valor de Pagamento	2,60	Valor de ICMS	35,96
Imposto de Renda	10,95	Valor de IR	1,56
Tributação	44,70	Valor de IPTU	7,18

Valor	Valor de Cobrança	Valor de Desconto	Valor de Pagamento	Valor de Imposto de Renda	Valor de Tributação
Valor	0,76	1,00	0,76		
Valor	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66
Valor				19,32	4,99
Valor				04/2020	41,18

ROT: 8.001.08.03.002430 SEQ.: 00082



ENERGISA S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. Valério Medeiros, 200 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP
CEP: 04000-000 Fone: (11) 5082-1000 Fax: (11) 5082-1001

0051722-4

MES FATERADO

06/2020

Nº do Nota Fiscal

TOTAL A PAGAR - R\$

152,13

VENCIMENTO

18/06/2020

008362392 FCAM

RECIBO DO ARRECADADOR

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

PAGADOR: JOSE VIDEI DE MOURA CPF: 00007828578504

Total a Pagar (R\$)

152,13

008783878

JULHO/2020

13/08/2020

161

138,61

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES
R. PERNAMBUCO 1131 ESCRITORIO BOSQUE
CPF: 00032373414449
CEP: 69.900-433 - RIO BRANCO

CEP: 69.900-433 - RIO BRANCO		Data de Emissão: 22/07/2020	
Valor	44037	Assinatura	24/06/2020
Preço unit.	43876	Assinatura eletrônica	24/08/2020
Quantidade de Unidades	1,000	Assinatura	21/07/2020
Quantidade de Unidades	161	Assinatura eletrônica	22/07/2020
Quantidade de Unidades	161	FCAM	
Quantidade de Unidades	NORMAL	Quantidade de Unidades	030
		Quantidade de Unidades	28

Cuenta Subcuenta	Credito	Debitos	Saldo	Saldo Pto. de
COMERCIAL	BI	8026646		3.6.3.2 285

CONSUMO	161 A R\$ 0,826813 =	133,11
JUN/20	129	
MAI/20	140	
ABR/20	115	
MAR/20	254	
FEV/20	410	
JAN/20	101	
DEZ/19	371	
NOV/19	399	
OUT/19	358	
SET/19	433	
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,50

THIRIFA SEM TRIBUTOS:
 @ A 161 - 0,569840

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

5984.47C4.2058.8467.DC60.D256.E0AB.65EC

Capital	38,50	Capital	133,11
Reserves	40,72	Reserves	25,00%
Provisions	2,41	Provisions	33,27
Other	10,13	Other	1,08%
Total	41,35	Total	4,99%

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Utang	0,46		1,00			0,46	
Pendapatan	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99
TANGARA						05/2020	52,96

ROT: 4.001.04.13.000910 SEQ.: 00310



0267139-5

金華市 2011 年 12 月 10 日

07/2020

by J. A. H. H. H. H.

138.61

13/08/2020

008763678 FCAM

RECIBO DO ARRECADADOR

PROFESSOR: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES CPF: 00032373414449
R. PERNAMBUCO 1131 ESCRITORIO BOSQUE CEP: 69.900-430

UC	Referencia	Data de Vencimento	Total a Pagar (R\$)
267139-5	JUL/2020	13/08/2020	R\$ 138,61

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECALWEB/DUCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&LUDIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO LUIZ MONTEIRO GULMARAES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 323.734.144 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDSON VIDEL DE MOURA inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.932.712 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDSON VIDEL DE MOURA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.932.712 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:


Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA PERNAMBUCO</u>	Número: <u>11311B</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>BOSQUE</u>	Cidade: <u>RIO BRANCO</u>	Estado: <u>ACRE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>69.900-433</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 17/02/2020 Hora emissão: 15:19 Operador:
Nº da Ocorrência 2002030042	Qnt. Vítimas 1	Dt/Hr Inicio: 03/02/2020 12:38 Dt/Hr Término: 03/02/2020 13:34	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante
End.: R. ANTONIO DA ROCHA VIANA
Bairro: *** SELEÇÃO ***
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE A DETRAN

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO
Telefone do Solicitante: (68) 999325092
Queixa: CARRO X MOTO II

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: EDSON FIDEL DE MOURA	Idade: 43 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
	Classificação	CNE	Documento
	Endereço		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	Data/Hora: 03/02/2020 13:17
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL, PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO COM HISTÓRICO DE DESMAIO EM SEQUEDA, PORÉM JÁ ACORDADO. SUSPEITA DE FRATURA DE PUNHO D E REFERE DOR EM ÁREA DE CLAVÍCULA D. ACORDADO, CONTACTUANDO, PA 11070, FC 86 L BAT 02 95% EM AR AMBIENTE	
Vítima 1	Profissional: DULCILEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 03/02/2020 12:41
	Avaliação: COLISÃO COM 1 VÍTIMA AO SOLO, ACORDADO E COM DIFICULDADE DE MOVER O MEMBRO INFERIOR	

AValiação ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO - HUERS		
	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F
	Intercorrência		
	Observação		
Vítima 1	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F
	Intercorrência: NÃO HOUVE INTERCORRÊNCIA		
	Observação		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 06 R60	Data/Hora Envio Equipe: 03/02/2020 12:43
	Di-Hr: Saída Base: 03/02/2020 12:44	Di-Hr: Chegada Local: 03/02/2020 13:02
	Di-Hr: Saída Local: 03/02/2020 13:28	Di-Hr: Chegada Destino: 03/02/2020 13:33
	Di-Hr: Saída Destino: 03/02/2020 13:33	Di-Hr: Chegada Base: 03/02/2020 13:34

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elevado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:39		GEOVANE DOS SANTOS
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:40	GEOVANE DOS SANTOS	EM FILA
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:40	GEOVANE DOS SANTOS	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	03/02/2020 12:42	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
SANDRA REGINA PRADO LOPES	03/02/2020 12:42	SANDRA REGINA PRADO LOPES	EM FILA
ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	03/02/2020 13:18	ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	EM FILA

OK

206B

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

103463

No. DO BE: 2698865 DATA: 03/02/2020 HORA: 13:51 USUARIO: ERICO
 CNS: 701106847905680 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDSON VIDEL DE MOURA DOC...: NT
 IDADE.....: 45 ANOS NASC: 30/04/1974 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA AMERICA NUMERO: 508
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: NOVA ESTACAO
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE VIDEL DE MOURA /JULIETA MARIA DE MOURA
 RESPONSAVEL...: CONDUZIDO PELO SAMU TEL....: 3227.1011
 PROCEDENCIA...: VILA IVONETE CASA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[127X59 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[83] SPO2[97%]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

1º Trauma pelo carro, vítima de colisão motorizada
 com carro de passeio, região + trauma no tórax com MSD.
 100% comunicativo, não altera percepção da consciência.
 A resp. mull. GRA, abdome: flácido, depressivo,
 doloroso em região epigástrica (cerca de 10/15).
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

potencialidade com desconforto (D) + chulé (D)
 DIAGNOSTICO: + contusão (E) Glasgow: 15/15

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Dipirona 2ml (E) 14/15

(2) Diclofenaco 50mg (IM) 14/15

(3) FAST + TC crânio + Rx Tórax + exame + labor

(4) Avaliação da neuro + ortopedia

DATA DA SAIDA: 1/1

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

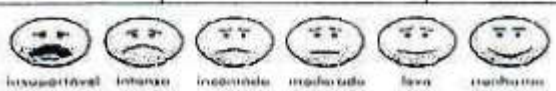
[] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

A 13:51 Paciente deu entrada no Setor com queixa de trauma no tórax e abdome, vítima de colisão motorizada com carro de passeio, região + trauma no tórax com MSD. 100% comunicativo, não altera percepção da consciência. A resp. mull. GRA, abdome: flácido, depressivo, doloroso em região epigástrica (cerca de 10/15). ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] potencialidade com desconforto (D) + chulé (D) DIAGNOSTICO: + contusão (E) Glasgow: 15/15
 15/15 PAC. ENCAMINHADO P/ C.C. P/ PROCEDIMENTOS
 em tempo devido a trauma no tórax e abdome. TC = 15/15 SPO2 = 100%

NOME DO PACIENTE						IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL						COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA								
DISCRIMINADOR						Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	
	ESCALA DE DOR	 insuportável intenso moderado ligeiro nenhuma					Pulso:	bpm
		() 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 11-4 () 0					Glicemia:	mg/dL
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO								

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____:

3/2/20 # 1024

Paciente, 45 anos, fêmea, com
dor abdominal. Admitida,
+ sinais de desidratação e mal-estar
com 15, unipol. + de náusea
+ alt
com alta

Dra. Tammy Sáfia
Neurocirurgia
CRM-AC-1435

Lote: 021495 Código: F08 4 202
SISTEMA DE FIX. OSSEA
SARTORI - LINEFIX
PUNHO/ALUM. T 150 - ESTERIL
Fab. 16/09/2019 Val. 09/2024
Registro Anvitec N° 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Estado do Acre

Estado de Saúde - SESACRE

Unidade de Saúde e Emergência de Rio Branco - HUEB

Lote: 032845 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab. 21/10/2019 Val. 10/2024
Registro Anvitec N° 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

CENTRO CIRURGICO

15-25 SALA 01

DATA 03.02.2020

NOME DO PACIENTE Edson Vichel de Moura ID 45 anos

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA ☒ AMBULATORIO () OUTROS ()

ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()

INICIO DA ANESTESIA 16:30 TERMINO DA ANESTESIA 17:24

PROCEDIMENTO REALIZADO Fixador de punho e 350.

INICIO DA CIRURGIA 16:49 TERMINO DA CIRURGIA 17:20

CIRURGIÃO Dr. Marcelo Pimenta AUXILIAR(ES) Dr. Robinson Wesley

ANESTESISTA Dr. Virginia T. Bruno INSTRUMENTADOR Flávia

CIRCULANTE Elipson Gelo ENF Flávia José

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N°	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA Sim
DORMINID	ASPIRADOR Sim	GAZES 100
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 15 cm <input checked="" type="checkbox"/>	GORRO
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO OCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 9,0 <input checked="" type="checkbox"/>
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 93L
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA <input checked="" type="checkbox"/>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N° 8,0 <input checked="" type="checkbox"/>	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS <input checked="" type="checkbox"/>	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>	PROPE 9
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO 80 cm <input checked="" type="checkbox"/>	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPORON	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO 1	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO 1	FRALDA 16G	SERINGA DE 5 ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON 3,0 <input checked="" type="checkbox"/>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SINAIS VITAIS

HORÁRIO: 16:30	HORÁRIO: 17:00	HORÁRIO: 17:30
PA: 114x70mmHg	PA: 114x70mmHg	PA: 112x64mmHg
FC: 87bpm	FC: 85bpm	FC: 84bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 18:00	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 032848 Código: F08 2 209
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
 SARTORI - LINEFIX FEMUR T
 350 - ESTERIL
 Feb.: 21/10/2019 Val.: 10/2024
 Registro Anvisa Nº 80083650031
 Material ACO INOX/ALUMINIO
 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. do Claro / SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 021495 Código: F08 4 202
 SISTEMA DE FIX. OSSEA
 SARTORI - LINEFIX
 PUNHO/ALUM. T 150 - ESTERIL
 Feb.: 16/09/2019 Val.: 09/2024
 Registro Anvisa Nº 80083650031
 Material ACO INOX/ALUMINIO
 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. do Claro / SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

SAMP / MUIERO
 COPIA
 CONFIRMAR ORIGINAL

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

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

Edson Videl

IDADE:

45

OBSERVAÇÃO:

DIAGNOSTICO:

fx rádio distal ~~Ext~~ Dis + fx Olecrano E
+ lesão ~~anel~~ pelvica

CIRURGIA PROPOSTA

Fix externa rádio e bacia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

O mesmo

SAME / HUERB

CIRURGIA REALIZADA:

A proposta

CONFORME ORIGINAL

DATA:

03/2/2020

CIRURGIÃO:

Dr Marcelo

1º AUXILIAR:

Dr Roberto

2º AUXILIAR

Dr Wesley

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

Dr Bruno / Dr Virgínia

ANESTESIA:

geral

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

() SIM

☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO

() SIM

☒ NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(☒) ENFERMARIA

() CT

() RESIDÊNCIA

() ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

① pte em DDH

② Assepsia + antissepsia + calpos

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1101 - AC

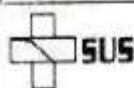
- (3) mini incisão em quel Pélvico
- (4) colocação de fios Shenzs sob escápula
- (5) fechamento pelos músculos maior
- (6) colocação de fixador de fêmur dir.
sob tração
- (7) 11 - peça exaustiva com SFOx
- (8) sutura
- (9) tela no MSE

Dr. Marcelo Pimenta
Osteodite Traumatologia
CRM 17014-AC

SANE / UNIERB
COMPOSTO ORIGINAL

-G-C-

328131894



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

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

HUERB

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - N° DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Resente um fêmur de ulna (E) + fr. Lx de punho (radio distal)
① a disjunção do nervo cubital após acidente de moto hoje
Um resente de fratura de ulna
apresenta também fr. de ulna de fratura

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura de ulna

SAME / HUERB

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

fratura de ulna + fr.

CONFIRMA ORIGINAL

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 18 CAUSAS ASSOCIADAS

Poltrona

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Marcelo Lemos

3/12/10

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 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ/EMPRESA

42 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Nome: Edson Luiz da Mota IDADE: 10 ANOS REGISTRO: 003-... ENFERMARIA: 003-... LITO: 206

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
03/02/20	# Exame físico # Presença de sinais vitais # Fx. Chocados	1) Dieta <u>livre</u> 2) SFO 91.500ml @ + 8/6h 3) Dipirona 0.10mg @ + 6h 4) Paracetamol 100mg + 100ml SFO 91.500ml @ 8/6h 5) Fluticasona 0.1mg @ + 6h 6) Dipirona 0.1g @ 6/6h 7) Cuidados gerais + Anest. 11h	13h 30h 19h	13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h
05/02/20	Presença de sinais vitais # Presença de sinais vitais # Fx. Chocados	1) Dieta <u>livre</u> 2) SFO 91.500ml @ + 8/6h 3) Dipirona 0.10mg @ + 6h 4) Paracetamol 100mg + 100ml SFO 91.500ml @ 8/6h 5) Fluticasona 0.1mg @ + 6h 6) Dipirona 0.1g @ 6/6h 7) Cuidados gerais + Anest. 11h	13h 30h 19h	13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h 13h 30h 19h

Isabel Braga Pereira
Psicóloga
CRM 1903 / RQE 764
CRP 004830

Robson de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1903 / RQE 764



200 01:55:39

05/02/2020

HUBER

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

45

CLINICA
CMCB -

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

206

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 03/02/20

FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
VDIRENTO

1. DIETA LIVRE **SNLD**

2.SRL 500ML IV 12/12H

3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 66/H

5-05

4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS

5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS S/N

6. SINAIS VITAIS 4/4H

7. CUIDADOS GERAIS

Dr. MARCELO PIMENTA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 1791/AC
MEDICO VISITADOR

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

[illegible]



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

digitado e impresso em: 06/02/2020 às 09:30:35



REGISTRO PACIENTE EDSON VIDAL MOURA IDADE 45 CLÍNICA CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B LEITO 206

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 03/02/20 FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL DIREITO. BEG. COM DOR LEVE A MOD.	1. DIETA LIVRE 5ND 2. SRL 500ML IV 12/12H Sec Sec 3. DÍPIRONA 1 GR EV DISSOLDO 6/6H de 5h 4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN de 5h 5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS S/N 6. SINAS VITAMS 4/4H de 5h 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H de 5h 9. deixar 10g de 5h 9. deixar 0,5g de 5h	SAME / GUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	CAAC - Clonit Sec sup, citam com micidano, diguim de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000



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

digitado e impresso em: 07/02/2020 às 10:56:14



REGISTRO

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

45

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

206

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 03/02/20

FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
DIREITO + FRATURA DE CLAVICULA
DIREITA + FRATURA DE OLECRANO
ESQUEURDO + DISJUNÇÃO DE SINFISE
PUBLICA

PRE AG PARA DIA 10 E 11
HC DR FRANCIS E DR RONEIDO
BEG. COM DOR LEVE A MOD.

DR NELSON MARQUEZINE
CRM - 735/AC
MEDICO VISITADOR

1. DIETA LIVRE *5/15*
2. SRL 500ML IV 12/12H *10/15*
3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 8/8H *10/15*
4. TRAMMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML EV 8/8 HRS SN
5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS S/N
6. SINANS VITAIS 4/4H
7. CUIDADOS GERAIS
8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H *10/15*
9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ *10*
10. CLONAZEPAM 0.5MG A NOITE *10*

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

De: 07/02/2020, Paciente
Edson Vidal Moura, 45 anos, com
fratura exposta de rádio distal direito,
fratura de clavícula direita e fratura de
olecrano esquerdo. Disjunção da sínfise
pubiana. Dor leve a moderada.
Tratado com analgésicos e
antidolorificos. Evolução satisfatória.
Falta de evolução da fratura exposta.
Falta de evolução da fratura exposta.
Falta de evolução da fratura exposta.

REGISTRO

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

45

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

206

HUEB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DL 03/02/20

FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
DIREITO + FRATURA DE CLAVICULA
DIREITA + FRATURA DE OLECRANO
ESQUEIRDO + DISJUNÇÃO DE SINISE
PUBICA

PRE AG PARA DIA 10 E 11

HC. DR FRANCIS E DR RONEIDO

3EEG.COM DOR LEVE A MOD.

1. DIETALVRE 5N9
2. SRL 500ML IV 12/12H 16 22
3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 6/6H 16 22
4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN 16 22
5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS SN 16 22
6. SINALS VITAIS 4/4H 10 14 18 22 02 06
7. CUIDADOS GERAIS ✓
8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H 10 16 22 06
9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ 16
10. CLONAZEPAM 0,5MG A NOITE 20

4
 All have
 much less
 mm ss & chert
 & are
 Agardella in ss.

SAME / MUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

8.000 ao 17.000 na
cinza. Tempos há
de se dar a fruição
do lucro da carne
+ a outra parte
ficha. Realizado
curatido ao 11.50
varelo = 70.00% + 100
percentagem + 100
70.1. no mercado
de. 100%



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



02/02/2020

FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	EDSON MORAES		Idade:	45	Sexo:	M	Cor:		Registro / BE:	
Setor proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI		
Altura	Peso:	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (lpm)	Tax (°C)	Sal O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh		
Hm	Hi	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP		
Diagnóstico Pré-Operatório: FRACTURA DO RÔTULO + FRACTURA BILATERAL DO										
Ap. Resp:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:				Complacência:			
ACV:			ECG:				Alegrias:	12/12		
Ap. Digestivo/Dentes							Pescoço:	12/12		
Ap. Urinário:							Drogas em Uso:			
Estado Mental:	LÓTIO									
Anestesias Anteriores:							ASA:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Risco	
Medicação Pré-anestésica:	10						Hora:		Efeito:	
HORA:	10:30									
GASES	O ₂ NO ₂ HALOG									
Líquidos	VSE									
SÍMBOLOS	V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia									
SpO ₂	98% 100% 100% 100%									
220										
200										
180										
160										
140										
120										
100										
80										
60										
40										
20										
DROGAS ADMINISTRADAS			Técnica: DR. MORAES				Monitorização: 12/12			
1º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
2º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
3º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
4º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
5º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
6º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
7º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
8º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
9º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			
10º	LORANAXA 10mg		DR. MORAES				DR. MORAES			



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

NOME: Edison Videl de Paula

IDADE: 45 ANOS 03/02/2020 14:30

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: N

Vesícula Biliar: N

Pâncreas: N

Rins: N

Aorta: N

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Baço: N

Bexiga: N

Sem líquido livre na cavidade
de abdominal, no momento do

Conclusão: trame

oide de novo

Eugênio



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO COM ACP (American College of Physicians)

NOME:

Edson Vidal de Uforn

IDADE: 45 ANOS

- | | | | |
|---|--------------|---------|---------|
| • | HAS | () SIM | NÃO (X) |
| • | DIABETES | () SIM | NÃO (X) |
| • | ANGINA | () SIM | NÃO (X) |
| • | IAM PRÉVIO | () SIM | NÃO (X) |
| • | AVE | () SIM | NÃO (X) |
| • | EAP | () SIM | NÃO (X) |
| • | DAC FAMILIAR | (X) SIM | NÃO () |

EXAMES LABORATORIAIS: HB: 11,40 LEUCO: 9500 UR: 43 CREA: 1 INR: 1 COAG: -

EXAME FÍSICO: AC: BCR 27NF 554

AP: MUVA 584

ECG: R 7,88 bpm mo

RAIO X TÓRAX: área cardíaca normal

ECOCARDIOGRAMA: () SIM

(X) NÃO

AO:

AE:

VE:

SPTO:

FE: SAME / HUEB

Paciente assintomático da parte cardíaca

CONFORME ORIGINAL

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO ACP: () BAIXO () MODERADO () ALTO.

DR. RODRIGO GONÇALVES DE AZEVEDO
CARDIOLOGIA
CRM/AC:1574

RBR/AC, 09/02/2020

Dr. Rodrigo G. de Azevedo
Cardiologia
CRM/AC 1574

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: EDSON VIDEL DE MOURA (EME)
Requisicao: 20.PC.2.000106
Num. do BE: 02698865

Idade...: 45A
Requis.: 09/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: MARIA LUCIANA DE ASSIS SANTOS

Cons. Regional: 2258

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)...	3,90	mm3
Hemoglobina:.....	11,40	g/dL
Hematocrito:.....	32,00	%
VCM:.....	83,20	fL
HCM:.....	29,20	pg
CHCM:.....	35,10	g/dL

VR: H:4,5 a 6 M: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:.....	9.500	/mm3
Basofilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Eosinofilos:.....	2	%
Valor Absoluto:.....	190	mm3
Mielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Metamielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	%
Neutrocs:.....	1	%
Valor Absoluto:.....	95	mm3
Segmentados:.....	70	%
Valor Absoluto:.....	6.650	mm3
Linfocitos:.....	21	%
Valor Absoluto:.....	1.995	mm3
Monocitos:.....	6	%
Valor Absoluto:.....	570	mm3
Plastos:.....	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 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 21 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 09/02/20 as 18:03 Coleta: 09/02/20 as 17:36-1a. Via Impressa: 09/02/20

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 235.000 /mm3

VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 09/02/20 as 18:03 Coleta: 09/02/20 as 17:36-1a. Via Impressa: 09/02/20

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: EDSON VIDAL

ID paciente:

ID amost:

44

Data nascimento:

Idade:

0 Ano

Cód barra: 2000106

Tipo de amostra:

Soro

Sexo: Masc

Data da coleta:

09/02/2020

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	43	mg/dL		10 - 50
CRE	1.0	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 09/02/2020

Data/Hora teste: 09/02/2020

Data/Hora impr.: 09/02/2020 17:47:04

Testador:

Revisor:

Elisana S. Ferreira Saraiva
Biomédica
CRBM 778/PA

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080

CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: EDSON VIDEL DE MOURA (EME)
Requisicao: 20.PC.2.000106
Num. do BE: 02698865

Idade.: 45A
Requis.: 09/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: MARIA LUCIANA DE ASSIS SANTOS

Cons. Regional: 2258

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA

Amostra: Plasma

Metodologia:	Quick		
Tempo de Protrombina:....	13	Segundo	VALOR NORMAL 13,0
Atividade Protrombina:....	100	%	VR: 100 %
INR:.....	1		

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 09/02/20 as 18:28 Coleta: 09/02/20 as 17:36-1a. Via Impressa: 09/02/20

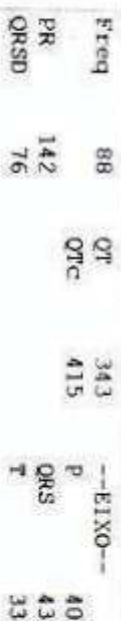
ALVARO DE SOUZA
FARMACIA - BUCALINHA
20/02/20

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CONFIDENTIAL - UNCLASSIFIED



Equip:



eixo P normal, freq V 50- 99

Edson Child & Maurer

W. 16-50

USans
09/02/20

HOSPITAL DAS CLINICAS DO AER

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 317444

Nome.....: EDSON VIDEL DE MOURA

Documento....: 222586

Tipo: IDENTIDADE

Nascimento....: 30/04/1974

Estado Civil.:

Idade.....: 45 - ANOS

Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: O MESMO

Nome da Mae...: JULIETA MARIA DE MOURA

Endereco.....: RUA AMERICA, 00508 CEP: 99999.999

Telefone.....: 000000032271011

Bairro.....: NOVA ESTACAO

Município.....: 1200401 - RIO BRANCO - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: BAHIA

Cadastramento: 17/10/2012

CONFERE COM ORIGINAL

Colo
Responsável

03/08/20

Data 29/10/19 ^{Pre-consulta}
P 93,6 Kg
A 1,68 Cm
PA 120 180 mmHg

Paciente relata dor no coração,
não fuma, não DM, HAS

Solicito: Teste ergométrico

Elétrico
ECG

Dra. Janaina rei.
Cardiologista
CRM 9247

Data 29/10/19 ♥

Peso 92

Altura 1,68 Cm

PA 120 180 mmHg

medicação: Propranolol 40mg

Exames Normais
Ata do Amb. Cardio

[Assinatura]

19/02/20 Ambulatório da mão Dr. Francis Kashima

Dt. 03/04/20 # - Fx de clavicula dislocada Direita

Dt. 10/02/20 - Fx de radio distal Direita.

- Fx de Ulnarum Esquerdo

União do Anel pélvico (cirurgia com Dr. Ronaldo 11/02/20)

Paciente comparece na consulta do ambulatório referindo queixas de eliminação de secreção em clavicula Direita (F).

Ex Físico: - Clavicula Direita, F.O hiperúmico, sem eliminação de secreção a expressão.

- Punho Direito F.O limpo e seco sem sinais flogísticos, edema +/4+, Neuro perfusão ok.

- Cotovelo: F.O limpo e seco sem sinais flogísticos, edema +/4+, FLEX/EXT: 10° a 90°

RX = Sintex Normoparceiros.

conduta: 1/ FST. Cotovelo Esquerdo.

2/ Retirar os pontos em punho Direito, Esquerdo.

3/ RX de controle a retorno em 30 dias.

4/ Corrigir medicações.

5/ Laudo médico.



Dr. Francisco S. Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2217

17/03/2020 - MAR:

2 meses PO.

Rx fez melhora secreção da Clavicula.

Aus dor a palpação do foc.

Ax clavicula ⊕, pulso ⊕ + obceuro ⊕.

OK: Retirada dos Fx pulso ⊕ / fiv.

Ho em 02 meses

Dr. Francis Kashima
Ortopedia - RQE 113
Cirurgia de Mão e Traumatologia
CRM 74617

317,444

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 317444
Nome.....: EDSON VIDEL DE MOURA
Documento.....: 222586 Tipo: IDENTIDADE
Nascimento....: 30/04/1974
Estado Civil.:
Idade.....: 45 - ANOS Cor:
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel...: O MESMO
Nome da Mae...: JULIETA MARIA DE MOURA
Endereco.....: RUA AMERICA,00508 CEP: 99999.999
Telefone.....: 000000032271011
Bairro.....: NOVA ESTACAO
Município....: 1200401 - RIO BRANCO - AC
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: BAHIA
Cadastramento: 17/10/2012



27/05/2020

♂ 46 anos

DT: 03/02/2020

DC: 19/02/2020

Ambulatorio Aquasil
(Dr. Ronaldo)

Lesões anel pelvico

CD: ortossintese.

Paciente refere dor pelvica, marcha claudicante.

Rx controle: Parapne neuroposicionados.
Placas Neuroposicionadas.

CD: - Fisioterapia

- Fortalecimento muscular.
- Retorno em 60 dias





HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: Edson Vidal de Moura Nº Registro: 337.444

Data Nasc: 30 07 74 Sexo: _____ Estado Civil: _____

End: _____

Naturalidade: _____ Profissão: _____

Nome e Endereço do Responsável: _____

DATA	ANOTAÇÕES
25/03/2020	ORTOTECNIC: CRQ. Fm rum cotovelo PO H cotovelo 610 (DC 05/05/2020) Ch Rx
29/04/2020	Rep: OK COEFIST <div>Francisco Reis Ortopedista CRM/AC 11.106/20</div> <div>CONFERE COM ORIGINAL 03.08.20 7 Responsável</div>
27/07/2020	Nº FEZ FISIOTERAPIA Rep: PA consolidada FIST <div>Francisco Reis Ortopedista CRM/AC 11.106/20</div> <div>Francisco Reis Ortopedista CRM/AC 11.106/20</div>

Im Banco

CONFERE COM ORIGINAL
[Signature] 03/03/20
Responsável

Vagas de Retorno Solicitadas:	1
Vagas de 1ª Vez Consumidas:	0
Vagas de Retorno Consumidas:	0
Vagas de Reserva Consumidas:	9
Solicitações Confirmadas:	0
Solicitações Pendentes:	9
Solicitações com Falta:	0
Total de solicitações:	9

Topo Imprimir

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AC

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Edson VianaAO AMBULATÓRIO EM 15 DIASDr. RovanoDT: 3/2/20DC: 13/02/20DIAGNÓSTICO Lesão de Anelper via + Rx clavo/medo
decano.CONDUTA: Osso sintor

CUIDADOS GERAIS:

☒ COMPARECER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM
RXs EM MÃOS BACIA AP/INLET/OUTLET☒ FAZER CURATIVO DIARIAMENTE.☒ USAR TALA () USAR GESSO ☒ USAR TIPÓLA☒ NÃO PISAR☒ FAZER USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO☒ MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO punho 17☒ RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA☒ Toma XANETO

AGENDAMENTO

() PS - REGULAÇÃO DE LEITOS ☒ FUNDHACRERio Branco-AC: 13/2/20

Imprimir

Topo

Vagas de 1ª Vez Consumidas: 0
Vagas de Retorno Consumidas: 0
Vagas de Reserva Consumidas: 9
Solicitações Confirmadas: 0
Solicitações Pendentes: 9
Solicitações com Falta: 0
Total de solicitações: 9

Em Branco.

CONFERE COM ORIGINAL	
	03.03.20
Responsável	

RECEITUÁRIO MÉDICO

LAUDO

PACIENTE:

Atesto para os devidos fins que o sr. EDSON VIDAL DE MOURA sofreu acidente de trânsito no dia 03/02/2022 apresentando FRATURA DE CLAVÍCULA (D), FRATURA RADIO DISTAL (D), FRATURA-OLECRANON (E) e Lesão do Anel Pélvico. Foi submetida a cirurgia ortopedica com osteossíntese com placa na clavícula (D), NO RADIO DISTAL (D), SINTI-SE PUBICA; BANDA DE TENSÃO NO OLECRANON (E) e PARAFUSO SACROILIACO ESQUERDA. Evolui com limitação funcional ombro (D), PUNHO (D), cotovelo (E), região do Anel Pélvico. Por tanto é portador de sequelas definitivas NO MSD em 75%, NO MSES em 50% e NA REGIÃO PÉLVICA 50%. e de alta médica.

DATA: 31 / 7 / 2022


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista

CRM 483 - AC
ASSINATURA DO PROFISSIONAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.900-664 - FONE: 3223-4608



JOAO LUIS MONTEIRO GUIMARANS

DOC. IDENTIDADE / CNH / EMBAIXADA / UF
594496 SEP RN

CNPJ
333.734.164-49 DATA NASCIMENTO
02/04/1961

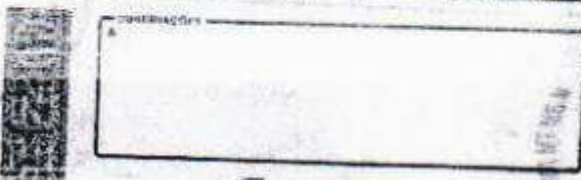
PRACADO
CELIO FERREIRA
GUIMARANS
MARIA DA LOURDES
MONTEIRO GUIMARANS

PERMISSÃO
ACQU
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01743669026

VALIDADE
03/03/2023

F. HABILITACAO
33/07/2000



João Luis Monteiro
ASSINATURA DO TITULAR

RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
06/03/2017

Carlos Henrique
ASSINATURA DO FISCAL

80775929606
AC607347646

ACRE

VALIDEM 14000
O TÍTULO DO TÍTULO NACIONAL
1417300024

TÍTULO PLÁSTICO DE
1417300024

323.734.144 49

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014721160930

VIA OCO RENAVAM PATRIC EXERCÍCIO
01 01132242913 2019

NOME
EMERSON SALDANHA DE SOUSA
Nº DO LACTE: AC0000702110

PLACA
AL

CPF / CNPJ
797.853.012-49

PLACANT / UF
9

CHASSI
062310H0051312

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLO / 150 AL

COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

ANO FAB
2017

ANO MOD
2017

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COPIA UNICA
VENO / COTAS

PREÇO TARIFARIO (R\$)
R\$0.32

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$04.58

DATA DE PAGAMENTO
28/08/2019

OBSERVAÇÕES
AL. FID. RANCU YANAHU PAULUK DU BRASIL S *

REN. INTRINSECO *

LOCAL
RIO BRANCO - AC

DATA
29/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014721160930 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradotalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA
01 797.853.012-49

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
29/08/2019

PLACA
BLV1928

CHASSI
062310H0051312

ANO FAB
2017

ANO MOD
2017

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COPIA UNICA
VENO / COTAS

PREÇO TARIFARIO (R\$)
R\$0.32

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$04.06

DATA DE PAGAMENTO
28/08/2019

OBSERVAÇÕES
AL. FID. RANCU YANAHU PAULUK DU BRASIL S *

REN. INTRINSECO *

LOCAL
RIO BRANCO - AC

DATA
29/08/2019

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.210.400001-04

1º TABELIONATO DE NOTAS - 1º OFFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE
Tribunal do Poder Judiciário - Tabelionato de Notas
Av. Costa e Silva, 21 - Bairro Dom Gaspar - CEP: 69.900-202 - Rio Branco - Acre - Fone: (160) 3274.9113

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia representativa do original a mim apresentado, do que dou fé, Rio Branco - AC, 29 de Junho de 2020.
Custas e Emolumentos: R\$ 3,50

WELLINGTON MARCELLO DE FREITAS JÚNIOR - ESCRIVENTE
Selo Digital nº A000040480-D13B7

Consulte a autenticidade do selo em: www.selo.trac.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200296039

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

Data do acidente: 03/02/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Vítima de acidente de moto x carro.
Fratura de clavícula direita.
Fratura de Radio Distal direito.
Fratura do olecrano esquerdo.
Lesão do Anel Pélvico .

Descrição do exame físico: Apresenta-se a perícia em bom estado geral, fala e pensamento flui normalmente, cognição preservada.
Deambulação:
Deambulação com claudicação de grau moderado, fazendo uso de bengala.
Ombro direito :
Ombro Direito sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 150 graus, extensão 30 graus , adução 30 graus , abdução 150 graus, rotação externa 70 graus e rotação interna de 70graus.
aumento de volume e deformidade do ombro direito,com cicatriz cirúrgica .
Punho direito:
Cicatriz cirúrgica na face anterior distal de antebraço direito e punho direito.
Punho Direito com aumento de volume (perimetria 20,5cm em comparação com o punho esquerdo em 19cm)
sendo que o mesmo consegue realizar movimentos ativos de flexão que chega até 70 graus, extensão 70 graus , desvio ulnar 30 graus (45 graus) e desvio radial 10 graus.
Cotovelo esquerdo:
Cicatriz cirúrgica na face posterior do cotovelo esquerdo.
Cotovelo Esquerdo com aumento de volume e deformidade (perimetria 32,5cm e comparação com o cotovelo direito com 30cm) sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 90 graus e extensão 10 graus .
Região pelvica ,dor crônico que piora com a flexão do quadril esquerdo,com leve limitação funcional devido a dor..

Resultados terapêuticos: Vítima foi submetido a tratamento cirúrgico para osteossíntese com placas na fratura da clavícula direita e no radio distal direito;Banda de tensão no olecrano esquerdo e parafusos sacroilíacos esquerdos.
Após alta hospitalar, iniciou seguimento ambulatorial por 6 meses, não fez as sessões de fisioterapia(por motivos pessoais).Não houve complicações .
Apresenta consolidação das lesões com necessidade de fisioterapia ainda. .
Alta definitiva sem data específica (informado pelo paciente, sem comprovação documental/ relatório médico assistente).

Sequelas permanentes: Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/08/2020

Conduta mantida:

Observações: Conforme descrição do médico examinador há dano funcional moderado em quadril à esquerda, moderada em cotovelo esquerdo e moderada em membro superior direito

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			60 %	R\$ 8.100,00

**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: 3200296039

Nome do(a) Examinado(a): EDSON VIDEL DE MOURA

Endereço do(a) Examinado(a): R AMERICA, 508 - RIO BRANCO/AC - CEP 69908-970

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 222586

Data e Local do Acidente : 03/02/2020

Data e Local do Exame : 27/08/2020 Rua Minas Gerais número 858 Bairro : prevector - CEP 69900-129

Resultado da Avaliação Médica

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

Vítima de acidente de moto x carro.

Fratura de clavícula direita.

Fratura de Radio Distal direito.

Fratura do olecrano esquerdo.

Lesão do Anel Pélvico .

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

Vítima foi submetido a tratamento cirúrgico para osteossíntese com placas na fratura da clavícula direita e no radio distal direito; Banda de tensão no olecrano esquerdo e parafusos sacroiliacos esquerdos.

Após alta hospitalar, iniciou seguimento ambulatorial por 6 meses, não fez as sessões de fisioterapia (por motivos pessoais). Não houve complicações .

Apresenta consolidação das lesões com necessidade de fisioterapia ainda. .

Alta definitiva sem data específica (informado pelo paciente, sem comprovação documental/ relatório médico assistente).

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

Apresenta-se a perícia em bom estado geral, fala e pensamento fluí normalmente, cognição preservada.

Deambulação:

Deambulação com claudicação de grau moderado, fazendo uso de bengala.

Ombro direito :

Ombro Direito sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 150 graus, extensão 30 graus , adução 30 graus , abdução 150 graus, rotação externa 70 graus e rotação interna de 70 graus.

aumento de volume e deformidade do ombro direito, com cicatriz cirúrgica .

Punho direito:

Cicatriz cirúrgica na face anterior distal de antebraço direito e punho direito.

Punho Direito com aumento de volume (perimetria 20,5cm em comparação com o punho esquerdo em 19cm)

sendo que o mesmo consegue realizar movimentos ativos de flexão que chega até 70 graus, extensão 70 graus , desvio ulnar 30 graus (45 graus) e desvio radial 10 graus.

Cotovelo esquerdo:

Cicatriz cirúrgica na face posterior do cotovelo esquerdo.

Cotovelo Esquerdo com aumento de volume e deformidade (perimetria 32,5cm e comparação com o cotovelo direito com 30cm) sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 90 graus e extensão 10 graus .

Região pelvica ,dor crônico que piora com a flexão do quadril esquerdo,com leve limitação funcional devido a dor..

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:

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau moderado (50%) do MSE insusceptível de reabilitação.

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau intenso (75%) do MSD insusceptível de reabilitação.

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau moderado (50%) da região pelvica, insusceptível de reabilitação.

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

MSD

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

Região Corporal

MSE

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

Região Corporal

REGIÃO PELVICA

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 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.



Beisabeth Sanchez perez CRM : 2140 / UF :AC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232191/20

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

CPF: 513.932.712-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON VIDEL DE MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES : 323.734.144-49

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDSON VIDEL DE MOURA : 513.932.712-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/08/2020
Nome: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES
CPF: 323.734.144-49

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA