



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07081736720208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	16/11/2020 07:35:20

Partes

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

Documentos

Petição:	2764601_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-14.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 15-22.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 23-28.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 13-26.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 27.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

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



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, 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





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, 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

Pag. 01539/01540 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16059668

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 16/11/2020 às 07:35, sob o número WEB120700629289. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708173-67.2020.8.01.0001 e código 2797DDE.

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.00 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 citados. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3520 CONTA: 0008753188177

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 discordo 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 (paralelo)? ☐ 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 a aqueles 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 ao 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 - 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
Tipo do Local: Via Pública

Nº: 2511

Natureza	Meio(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
Bairro: Nova Estação

Nº: 508

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

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA 1º DE AGOSTO
Bairro: Placas

Nº: 720

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.

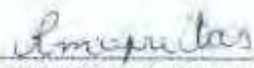


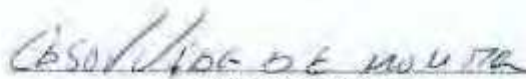
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO

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 poderá 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 DAT

002236

NÚMERO FOLHA

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

Rua Interior da Rocha Negra, 2511

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

sem próximo de nível

06 HORA DA OCORRÊNCIA

15:00

07 EDUA RURAL-URBANA

☒ URBANA

08 DATA

10-12-2016

09 DIA DA SEMANA

sexta-feira

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

GRANDE ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VITIMAS

02

SEM VITIMAS ☐ 1

COM VITIMAS ☒ 2

17 SEXO

M

18 NASCIMENTO

10/05/60

19 ENDEREÇO

Rua da Silva de Souza

20 1ª HABILITAÇÃO

05 02 1990

21 CATEGORIA

B

22 PRONTUÁRIO

02403-05003

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 F150

28 ESPÉCIE

Pickup

29 PLACA

0VS-1134

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Carvalho

33 ENDEREÇO

Rua da Silva de Souza

34 CHASSIS

9B13EESA9E102-995

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

36 AVARIAS

Sinistro

37 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Estacionado

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Compartilhamento de veículo

PONTOS

37 CARRO

41

38 MOTO

42

47 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

BAF

SIM ☐ NÃO ☒

42 NOME CONDUTOR

Felipe Vidal de Souza

43 SEXO

M

44 NASCIMENTO

10/05/60

45 ENDEREÇO

Rua Américo 505 Barra Esteira

46 1ª HABILITAÇÃO

02 05 2003

47 CATEGORIA

A

48 PRONTUÁRIO

02294113341

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

Samurai XT 2500 Grana

54 ESPÉCIE

Pickup

55 PLACA

0VS-1134

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Fernando Saldanha de Souza

59 ENDEREÇO

Rua da Silva de Souza

60 CHASSIS

9B10G201010051023

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

62 AVARIAS

Sinistro

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Estacionado

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Estacionado para SPMV

PONTOS

63 CARRO

43

65 MOTO

44

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

BAF

SIM ☐ NÃO ☒

68 NOME

Fernando de Souza

69 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

70 NASCIMENTO

10/05/60

71 ENDEREÇO

Rua da Silva de Souza

72 IDENTIDADE Nº

02294113341

73 ÓRGÃO EMISSOR

AC

74 UF

AC

75 NOME

Fernando de Souza

76 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

77 NASCIMENTO

10/05/60

78 ENDEREÇO

Rua da Silva de Souza

79 IDENTIDADE Nº

02294113341

80 ÓRGÃO EMISSOR

AC

81 UF

AC

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

VÍTIMAS Nº	82 NOME	Edson Vilela de Moura			83 SEXO	M ☒ F ☐	84 NASCIMENTO	30/10/1974			
	85 ENDEREÇO	R. Antônio Silva - Nova Estrela			86 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	88 USAVA CINTO			
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5			90 CONDUZIDA PARA						
	91 NOME				92 SEXO	M ☐ F ☐	93 NASCIMENTO				
	94 ENDEREÇO				95 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	97 USAVA CINTO			
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5			99 CONDUZIDA PARA						

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

17/10/2020

Edson Vilela de Moura

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informação dada de que o acidente aconteceu em 2/12/2019, colisão com o veículo de placa 03AMV, condutor de nome V. P. Silva, para transitar no F. 300, CPF 035.522.112-30, a Polícia Técnica compareceu ao local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
V. P. Silva	V. P. Silva	Edson Vilela de Moura
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG
Edson Vilela de Moura	Edson Vilela de Moura	Edson 9877427-2
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
Edson Vilela de Moura	Edson Vilela de Moura	Edson
111 LOCAL	112 DATA	
Rua F. Silva - AC	02/10/2020	

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

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: 513 932 712-00 4 - Nome completo da vítima: 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 ESTACÃO 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: ACRE 14 - CEP: 69 908-970

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 68 99474 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\$1.00 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 citados. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3520 CONTA: 000 875318817 7

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e semestando 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 discordo 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 (paralelo)? ☐ 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 a aqueles 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 ao 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): [Assinatura]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): [Assinatura]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULTE - Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 16/11/2020 às 07:35, sob o número WEB120700629289. Para conferir o original, acesse o site www.tj-ac.gov.br/portal/autenticar, informe o código 2797DDDE e assinatura do juiz.

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:
Cidade e Energia
0800 782 857

0051722-4

008362392

JUNHO/2020

18/06/2020

174

152,13

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

	268	18/06/2020
	94	13/05/2020
	1.000	10/07/2020
	174	09/06/2020
	174	10/06/2020
	FCAM	
NORMAL	030	28

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 IMPO 05/20-00		0,22
DEZ/19	85			
NOV/19	79			
OUT/19	110			
SET/19	133			
AGO/19	98			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
0 A 174 - 0,559040				

Pago Caixa
16.06.2020

6E6C.CA08.FE82.9A46.D69C.E890.43AE.46ED				
	41,61			143,86
	44,00		25,00%	35,96
	2,60			1,56
	10,95		1,08%	7,18
	44,70		4,99%	

0,76	1,00	0,76
9,24	18,49	36,99
4,83	9,66	19,32
4,99		
TANGARA		
04/2020		
41,18		

ROT: 8.001.08.03.002430 SEQ.: 00082



0051722-4

152,13

06/2020

18/06/2020

008362392 FCAM

RECIBO DO ARRECADADOR

TANGARA: JOSE VIDEL DE MOURA CPF: 00007828578504
R. AMERICA 508 01 NOVA ESTACAO CEP: 69.908-970

RECEBIMOS DO ARRECADADOR	Arrecadação Vencimento	Total a Pagar (R\$)
R\$ 41,18	R\$ 41,18	R\$ 41,18

008763878

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

44037		22/07/2020
43876		24/06/2020
1,000		24/08/2020
161		21/07/2020
161	FCAM	22/07/2020
NORMAL	030	28

COMERCIAL BI 8026646 3.6.3.2 285

JUN/20	129	CONSUMO	161 A R\$ 0,826813 =	133,11
MAI/20	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,50
ABR/20	115			
MAR/20	254			
FEV/20	410			
JAN/20	101			
DEZ/19	371			
NOV/19	399			
OUT/19	358			
SET/19	433			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
@ A 161 - R\$ 569849				

5984.47C4.2055.8467.DC60.D256.E0AB.65EC

36,50		133,11
40,72	25,00%	
2,41		33,27
10,13	1,08%	1,44
41,35	4,99%	6,64

0,46 1,00 0,46
9,24 18,49 36,99 4,83 9,66 19,32 4,99

TANGARA 05/2020 52,90

ROT: 4.001.04.13.000910 SEQ.: 00310


0267139-5
138,61
07/2020
13/08/2020

008763878 FCAM

RECIBO DO ARRECADADOR

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

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: 4020-1595 / 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 023 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&CODIGO=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 GUIMARAES

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>113110</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: 15:15 Operador:
Nº da Ocorrência: 2002030042	Qnt. Vítimas: 1	DSH: Inicio: 03/02/2020 13:34 DSH: 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 Socorrido:
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) 999329092
Qual: CARRO X MOTO II

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: EDSON FIDEL DE MOURA	Idade: 43 ANOS	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 SEQUÍDA, PORÉM JÁ ACORDADO, SUSPEITA DE FRATURA DE PUNHO D E REFERE DOR EM ÁREA DE CLAVÍCULA D. ACORDADO, CONTACTUANDO, PM 11910, PC 062, BAT 02 95% EM 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 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 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 HÁVE INTERCORRÊNCIA		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SPQ 1	Veículo: USB 06 RBO	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 13:26	Di.Hr: Chegada Destino: 03/02/2020 13:53
	Di.Hr: Saída Destino: 03/02/2020 13:33	Di.Hr: Chegada Base: 03/02/2020 13:54

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elaborado 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
DULCILEIA NASCIMENTO DE SOUZA	03/02/2020 12:42	DULCILEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
SANDRA REGINA PRADO LOPES	03/02/2020 12:42	SANDRA REGINA PRADO LOPES	EM FILA
ANDRÉ LEONAM LOPES REQUERDO	03/02/2020 13:16	ANDRÉ LEONAM LOPES REQUERDO	EM FILA

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

NOME	: EDSON VIDEL DE MOURA	DOC...	: NT
IDADE.....	: 45 ANOS	NASC: 30/04/1974	SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....	: 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[127X.59 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: / /

[illegible]

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

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

DIAGNOSTICO: + coleréia (E). + leucorridio: 15/15

DIAGNOSTICO: + cotrimoxido (5). (Prescritto) CID: 15/15

PRESCricao

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Depository Fund (E) — 14/10

C. Diabolum (100) 19

(3) FAST + TC covered by Fx Temp + volume + Pedal

(4a) Avaliação da neuro + osteopatia

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☒ EVASAO ☐ DESISTENCIA

☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR) :

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☒ ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

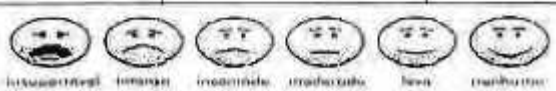
[illegible]

13. 5. 2015 TAC - CINCINNATI / C. C. P. / F. 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

ALERGIAS MED.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTERCLÍNICO
ODONTO
PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR	 1 10 1 8-9 1 7 1 5-6 1 3-4 1 0						Glicemia:	mg/dL
								Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)					HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	HORÁRIO:		
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ 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:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____:

3/2/20 # 1024

Dra. Tammy Sáfara
Neurocirurgia
CRM-AC-1435

Peso, 45 anos, 1,60 m
 Oidúnta gastroenterico. Adodado,
 + fratura de úbera em malha
 Guo 15, unafab @ + de unafab
 + alt
 co. Alto fin

Lote: 021495 Código: F08 4 202
SISTEMA DE FIX. OSSEA
SARTORI - LINEFIX
PUNHO/ALUM. T 150 - ESTERIL
Fab: 10/09/2019 Val: 10/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Sistema de Saúde - SESACRE

Unidade de Emergência de Rio Branco - HUERB

Lote: 032845 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
150 - ESTERIL
Fab: 21/10/2019 Val: 10/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

CENTRO CIRURGICO

SALA

DATA 03.02.2020

NOME DO PACIENTE

Edson Vichel de Moura

10.45 cm

PROCEDÊNCIA EMERGENCIA

AMBULATORIO

OUTROS

ANESTESIA GERAL

RAQUIDIANESTESIA

LOCAL

OUTROS

INÍCIO DA ANESTESIA 16:30

TERMINO DA ANESTESIA

17:44

PROCEDIMENTO REALIZADO Fixador de punho e 350.

INÍCIO DA CIRURGIA 16:49

TERMINO DA CIRURGIA

17:20

CIRURGIÃO Dr. Marcelo Pimenta

AUXILIARES

Dr. Robinson Wesley

ANESTESISTA Dr. Virginia T. Bruna

INSTRUMENTADOR

Flávia

CIRCULANTE Elisavete

ENF

Flávia José

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	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 1/2	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORES DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO 1	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO OCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 9,0
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 93L
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 1/4
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº 8,0 1	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS 1	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 1/2	PROPE 1
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO 80 cm	SCALP Nº
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
TIDPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO 1	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 8%	FIO MONONYLON 3,0 1	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTURACK	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: 87 bpm	FC: 85 bpm	FC: 84 bpm
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 ÓSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Feb.: 21/10/2019 Val.: 10/2024
Registro Anvisa Nº 80893650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

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: 021498 Código: F08 4 202
SISTEMA DE FIX. ÓSSEA
SARTORI - LINEFIX
PUNHO/ALUM. T 150 - ESTERIL
Feb.: 16/09/2019 Val.: 09/2024
Registro Anvisa Nº 80893650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

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

SEMPRE ORIGINAL

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

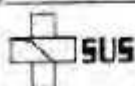
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE Departamento de Assistência Médica Hospitalar Unidade		RELATORIO DE CIRURGIA	
NOME DO PACIENTE: <u>Edson Videl</u>			
IDADE: <u>45</u>		OBSERVAÇÃO:	
DIAGNÓSTICO: <u>fx rádio distal Ext Dir + fx Olecrano E</u> <u>+ lesão quel pelvica</u>			
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Fix externa rádio e bacia</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O mesmo</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>A proposta</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr Marcelo</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr Roberto</u>	
2º AUXILIAR: <u>Dr Wesley</u>		INSTRUMENTADOR (A)	
ANESTESISTA: <u>Dr Bruno / Dr Virgínia</u>		ANESTESIA: <u>geral</u>	
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM ☒ NÃO			
DESCRIÇÃO:			
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM ☒ NÃO			
DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO			
(X) ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA			
① pte em DDH			
② Assepsia + antissepsia + calos			

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1000 - AC

- (3) mini incisões em quel pêluto
- (4) colocação de fios Shenzs sob escar
- (5) fechamento pelos pontos mais
- (6) colocação de fixador de furos dir
sob tração
- (7) 1 - peça exaustiva com sfog
- (8) sutura
- (9) tela no MSE

Dr. Marcelo Pimenta
Otorrinolaringologista
CRM 1704-AC

ORIGINAL



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 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - CID 10 PRINCIPAL

21 - CID 10 SECUNDÁRIO

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

23 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Resultado físico de ultrassom (E) + Ex (L) de pulmão (realizado)
 (D) - dispneia do tipo paroxístico por aumento da massa cardíaca
 Uma necessidade de internamento urgente
 apresentando também Ex de ultrassom de fígado (D)

24 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internamento urgente

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

Exame físico + Ex

26 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Polipneumonia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Urgente

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

Marcelo Almeida

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

3/12/10

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ/EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

003-

12-2-2007 8:10 P



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

REGISTRO

PACIENTE
EDSON VIDAL MOURA

IDADE
45

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
206

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 03/02/20 FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL VIREITO	1. DIETA LIVRE <i>SN</i> 2. SRL 500ML IV 12/12H <i>10/12</i> 3. DIFIRONA 1 GR EV DILUIDO 6/6H <i>10/12</i> 4. TRAMAL 100 MG - SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN <i>4-10</i> 5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS SN 6. SINAIS VITAIS 4/4H 7. CUIDADOS GERÁIS 8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H <i>10/12</i> 9. <i>Quemadura (100%)</i> <i>12/12</i> 10. <i>Comprometido de</i> <i>12/12</i> <i>11. Fazer de 2 em 2</i> <i>10</i>	SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	- 02:00 - Clínicamente bem, adquire cor mais rosada, apresentando estado de consciência em nível de alerta. Maria Helena Téc. Enf. AC COREN: 480.510 com sempre - Maria Helena Téc. Enf. AC COREN: 480.510
--	---	--	--

Fluorescente-Fractal
Otopedista
CRM/AC 751 RQE 76

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO CIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 16/11/2020 às 07:35 , sob o número WEB120700629289 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708173-67.2020.8.01.0001 e código 2797DDE.

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

HUBER

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 03/02/20

FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
VDIREITO

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

1. DIETA LIVRE SMD
2. SREL 500ML IV 12/12H NO-
3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 66/H NO-
4. TAMAM 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN 7
5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS S/N 3
6. SINAIS VITAIS 4/4H Refusa
7. CUIDADOS GERAIS Refusa

SAINT / FLUERS
DNA
CONTAINS ORIGINAL

[illegible]



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

REGISTRO

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

45

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

206

HUEB

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 PUBICA 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 <i>5415</i> 2. SRL 500ML IV 12/12H <i>10 25</i> 3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 8/8H <i>10/16/20</i> 4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN 5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS SN 6. SINÁIS VITAIS 4/4H 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H <i>10/16/20</i> 9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ <i>10</i> 10. CLONAZEPAM 0,5MG A NOITE	SAME / HUEB CÓPIA CONFIRMAR ORIGINAL	<i>De 07:00h às 19:00h Paciente recebeu medicação conforme prescrição, sem alterações. Sinais vitais dentro da normalidade. Paciente em boas condições gerais. Não há febre. O paciente está sendo acompanhado de perto. O paciente está sendo acompanhado de perto. O paciente está sendo acompanhado de perto.</i>

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 16/11/2020 às 07:35. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708173-67.2020.8.01.0001 e código 2797DDE.

HUEB

fls 13

PACIENTE
EDSON V

EDSON VIDAL MOURA

45 IDADE

CLINICA
CMCB

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
206

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DE 03/02/20

RATURA EXPOSTA DE RADIO DIGITAL
DIRETO + FRATURA DE CLAVICULA
DIREITA + FRATURA DE OLECRANON
ESQUEURDO + DISJUNÇÃO DE SINISE
PUBICA

PRE AG PARA DIA 10 E 11
HC. DR FRANCIS E DR RONEIDO
3EG. COM DOR LEVE A MOD.

1. DIETALVRE 500
2. SRL 500ML IV 12/12H ~~10~~
3. DIFIRONA 1 GR EV DILUIDO 6/6H ~~10~~
4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN ~~10~~
5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS SN ~~10~~
6. SINALS VITAIS 4/4H 10 11 13 22
7. CUIDADOS GERAIS ✓
8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H 10 16 22
9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ 16
10. CLONAZEPAM 0,5MG A NOITE 10

Abt from
Nue h ples
mm ss & chertaceous
of upper part ca
Aguadale cin ss - chertaceous

SAME / IDENTICAL
COPIES
CONFORME ORIGINAL

8. Colu or 17. Colu for
 time taken for
 the air to be drawn
 the length of the
 + average pressure
 when the air is
 compressed in 11.5 ft
 and 0.5 ft. 0.5 ft + 0.5 ft
 pressure + average
 101.48 inches
 of mercury

206

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 03/02/20	FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA DE CLAVICULA DIREITA + FRATURA DE OLECRANO ESQUEURDO + DISJUNÇÃO DE SINISE PUBICA PRE AG PARA DIA 10 E 11 HC DR FRANCIS E DR RONEIDO BEG. COM DOR LEVE A MOD. DR MARCELO PIMENTA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - 1791AC MEDICO VISITADOR
	1. DIETA LIVRE S.N.B. 2. SRL 500ML IV 12/12H 10 22 3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 6/6H 16 16 22 04 4. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML EV B/R HRS SN 5. PLASIL 10 MG EV B/R HRS SN 6. SIGNAIS VITALS 4/4H ✓ 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H 16 16 22 06 9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ 16 10. CLONAZEPAM 0.5MG A NOITE 20
 SAME / HUERRB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	Absorção medicado fit até vir e consumido no hospital acomodado numa algema na cadeira mantendo curativo sobre o ferimento sem a distensão da mesma com aplicação de gelo para controle da dor e prevenção de trombose venosa sendo encaminhada para observação em enfermaria onde foi realizada avaliação física e psicológica apresentando boa evolução clínica e emocional com fôlego livre e bom humor. Dr. Marcelo Pimenta Data: 03/02/20



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

fls. 136



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 16/11/2020 às 07:35. Sob o número WEB1207000629289. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708173-67.2020.8.01.0001 e código 2797DDE.

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>EDSON ALVES</u>		Idade: <u>45</u>		Sexo: <u>M</u>		Cor: <u></u>		Registro / BE: <u></u>	
Setor proc: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI									
Altura	Peso: <u>76</u>	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sal O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh	
Hm:	Ht:	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TG	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FRATURA OMB. HUM. D - FRATURA BILÓCULAR (D)</u>									
Ap. Resp. ☐ Asma ☐ Bronquite		MV:		ECG		Alegrias: <u>ALCA</u>		Complacência	
ACV:					Pescoco: <u>OK</u>		Peças Dent.		
Ap. Digestivo/Dentes					Drogas em Uso:				
Ap. Urinário:									
Estado Mental: <u>LOTU</u>									
Anestésias Anteriores					ASA ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		Risco		
Medicação Pré-anestésica: <u>AD</u>					Hora		Elaio:		
HORA: <u>10:30</u> <u>11:30</u> <u>13:30</u>									
GASES	O ₂								
	NO ₂								
LÍQUIDOS	HALOG								
	WSE								
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂								
	220								
	200								
	180								
	160								
	140								
	120								
	100								
	80								
	60								
40									
20									
1º DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica: <u>DR. M. N. S. SILVA</u>				Monitorização: <u>DR. M. N. S. SILVA</u>			
2º <u>LAPOLA</u>		Cirurgia: <u>FRATURA OMB. HUM. D</u>				Ap. Reso: <u></u>			
3º <u>PROPOFOL</u>		Cirurgião Auxiliar: <u>DR. M. N. S. SILVA</u>				Ap. CV: <u></u>			
4º <u>FRAXIL</u>		OBS: <u>Não houve broncoespasmo</u>							
5º <u>FLUIDO</u>		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):							
6º <u>LAPOLA</u>									
7º <u>PROPOFOL</u>									
8º <u>FRAXIL</u>									
9º <u>LAPOLA</u>									
10º <u>PROPOFOL</u>									

JVINOQUEIRA

J.V. NOGUEIRA IMP E EXP LTDA

000958

fls. 137

PEDIDO

Rua Isaura Parente, 671 - Sala 106 - Anexo ao Posto JC
CEP: 69.900-493 - Rio Branco - Acre
Email: jvnogueira2017@gmail.com

68 - 3223-552 / 9.9985-3305

Hospital: Huerb. Cidade: Rio Branco.
Paciente: Edson Videll de Moura Data Cirurgia: 03/02/20.
Médico Resp. Marcelo / Robson / Wesley Convênio: SUS.
Prontuário: 2698865. Procedimento: Fixação Punho e Racia

QUANT.	DESCRIÇÃO	ITEM	LOTE	PREGÃO	V. UNIT.	V. TOTAL
01	Fixador Externo 350mm.	84	XV	012	387,50	387,50
01	Fixador Externo punho.	85	XV	012	150,00	150,00
	200047357.					
SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL Robson de Souza Ortopedia e Traumatologia CRM 1903 / RQE 764						

Data: 03/02/20.

VALOR TOTAL R\$

#531,50



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

NOME: Edison Videl de Paula

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

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: N

Vesícula Biliar: N

Pâncreas: N

Rins: N

Aorta: N

Baço: N

Bexiga: N

Sem líquido livre na cavidade
de abdominal, no momento

Conclusão: travese
vide exames

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 Azevedo

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: 9.500 UR: 43 CREA: 1 INR: 1 COAG: -

EXAME FÍSICO: AC: B.O. 27°C S.S.A. AP: MURMURAÇÃO

ECG: R-7,88 bpm em 12

RAIO X TÓRAX: Sinais cardíacos normais

ECOCARDIOGRAMA: () SIM

(X) NÃO

AO:

AE:

VE:

SPTO:

FE:

SANITIZADO

Paciente assintomático da parte Pericárdica

CONFIRME ORIGINAL

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

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

RBR/AC, 09/07/2020

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

Hemácias (em milhões)	3.80	mm3	VR: H:4.2 a 5.4 M:4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina	11.40	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematócrito	32.00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM	81.20	fL	VR: 78 a 106 fL
HCM	29.20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM	35.10	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global	8.500	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Eosinófilos	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto	190	mm3	
Mielócitos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Metamielócitos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	%	
Bastões	1	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto	95	mm3	
Segmentados	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto	5.950	mm3	
Linfócitos	21	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto	1.795	mm3	
Monócitos	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto	570	mm3	
Plaquetas	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	

DE VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS

CONFORME ORIGINAL

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

HUEB
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:

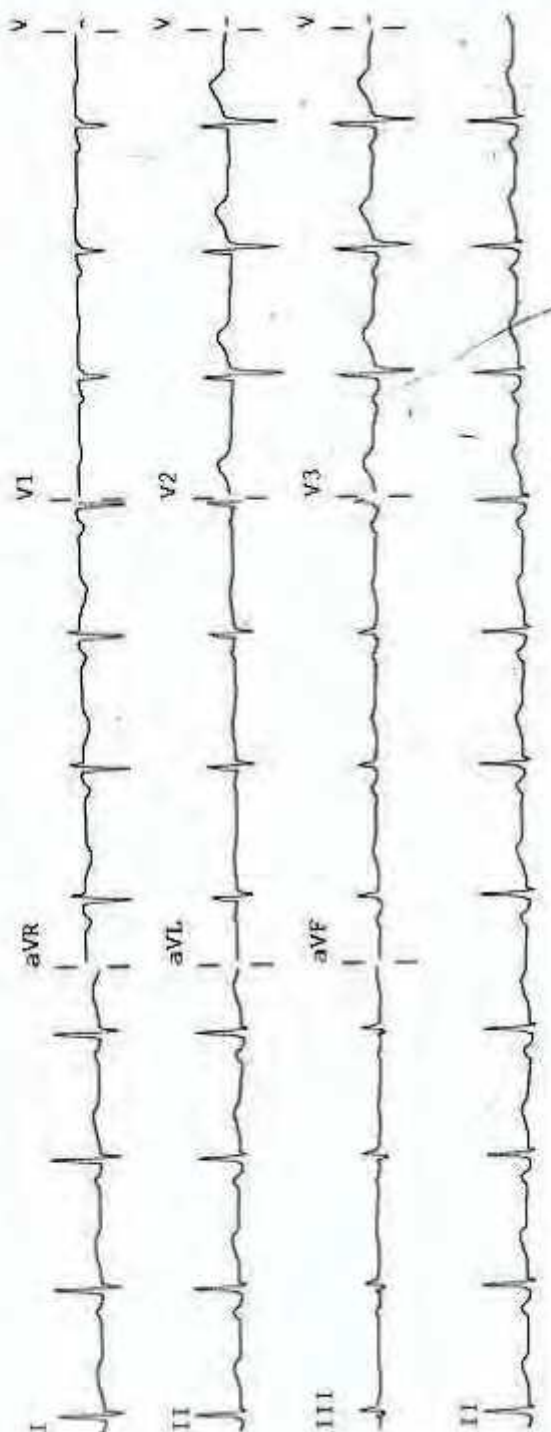
Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

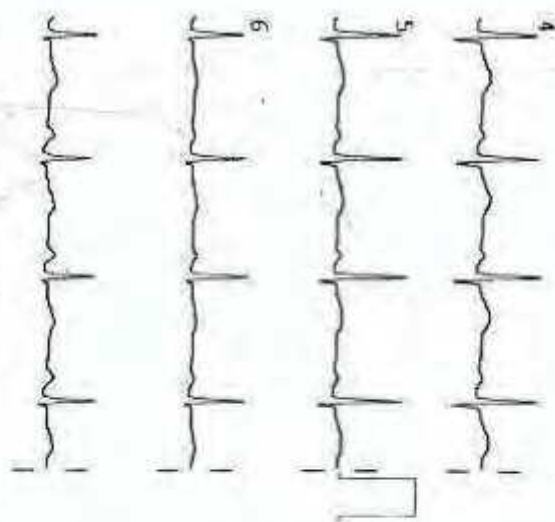
Eliana S. Ferreira Saraiva
Biomédica
CREM 778/PA

SAMBA / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

12 derivs; posicionamento padrão



Equip: 3 F 0.15-100 Hz 100B CL P2 100B CL P2 - ECG NORMAL -
 Membr: 10 mm/mV 25 mm/s
 Tórax: 10 mm/mV



Edson Videl da Moura
 W: 16-50
 09/02/20

INTERPRETAÇÕES:
 Unconfirmed Diagnosis
 Idade não registrada, considerada 50 anos para fins de interpretação de ECG
 Ritmo sinusal
 eixo P normal, freq V 50- 99

PR	142	QRS	43
QRSD	76	T	33



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor em punho D + dor no D + Dor no D +
coluna D

História da Doença Atual: Fadiga D + fe. no D + fe. no D + fe. no D +
fe. no D + dor no D + dor no D + dor no D + dor no D + dor no D +

História da Doença Anterior: nenhuma

Exame Físico: nenhuma

Diagnóstico Provisório: nenhuma

Diagnóstico Definitivo: Poliomiosite

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 NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS. DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

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

CONFERE COM ORIGINAL

Café
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

Eltro
 ECO

Dra. Janaina rei,
 Cardiologista
 CRM 9247

Data 29/10/19 ♥Peso 92Altura 1,68 CmPA 120 180 mmHg

medicação: Propranolol 40mg

exames normais
Rta do Arq. Cardio

J

19/02/20 Ambulatório da mão Dr. Francis Kashima
 Dt. 03/04/20 # - Fx de clavicula dislocada Direta
 Dt. 10/02/20 - Fx de radio distal Direta.
 - Fx de Ulnarum Esquerdo

União do Anel pelvico (uniranga com Dr. Rorido 11/02/20)

Paciente compareceu na consulta de ambulatório referindo
 queixas de eliminação de secreção em clavícula Direita

Ex Físico: - Clavicula Direta, F.O hiperúmico, sem eliminação de
 secreção a inspeção.

- 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 = Sintar Normo paracristalinos.

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) Lavar médico.



17/03/2020 - MAR:

2 meses PO.

Rx free melhora secreção da Clavicula

sem dor a palpação do fêmur

Rx clavícula ⊕, pulso ⊕ + bloqueio ⊕.

OK: Retirada dos fêmur pulso ⊕ / fêmur

Ho em 02 meses



317,444
fls. 147

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

Ambulatório Aquardil
(Dr. Ronaldo)

Lesão anal pelvica

CD: osteossíte.

Paciente refere dor pelvica, marcha claudicante.

Rx control: Parapneurotomia do
Placas Neurotomias.

CD: - Fisioterapia

- Fortalecimento muscular
- Retorno em 60 dias



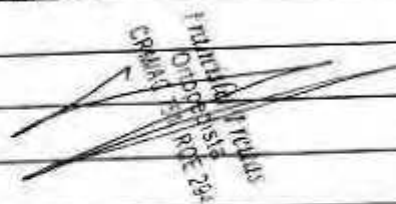


**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS**

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome Edson Vidal de Moura Nº Registro 317.444
 Data Nas 32 07 74 Sexo _____ Estado Civil _____
 End _____
 Naturalidade _____ Profissão _____
 Nome e Endereço do Responsável _____

DATA	ANOTAÇÕES
25/03/2020	ortopedia: CRP. Exame com 04/6 PO H catavento 610 (DC 05/05/2020) Ch Rx
24/04/2020	Re: OK CONFIST Francisco Pereira Ortopedista CRM/AC 11.102.294
27/07/2020	Não fez fisioterapia Re: em consolidação FST Francisco Pereira Ortopedista CRM/AC 11.102.294



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

Im Branco



RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Edson VeralAO AMBULATÓRIO EM 15 DIASDr. RovanoDT 3/2/20DC 12/02/20DIAGNÓSTICO LESÃO DE ANELper vaio 7 fx claustrado/membr
placado.CONDUTA OSR0 18vnto

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

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

Em Branco.



RECEITUÁRIO MÉDICOLAUDO

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 rádio distal (D), fratura olecranon (E) e lesão do anel pélvico. Foi submetido a cirurgia ortopedica com osteossíntese com placa na clavícula (D), no rádio distal (D), síntese pública; 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 80% 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO

JOÃO LUIS MONTEIRO GUIMARÃES

DOC. IDENTIDADE - CDS. EMISSÃO: 10/01/2017
594496 SEP RN

CPF: 333.734.184-49 **DATA NASCIMENTO: 02/04/1965**

PRACADO:
CÉLIO FERREIRA GUIMARÃES
MARIA DE LOURDES MONTEIRO GUIMARÃES

FORMAÇÃO: **PROFESSOR** **PROFESSOR** **CAT. NÚM.: 10**

Nº REGISTRO: 0174266V026 **VALIDADE: 03/03/2022** **Nº PUBLICAÇÃO: 33/07/2000**

ASSINATURA DO REGISTRADO:
João Luis Monteiro Guimarães

REGISTRO DE REGISTRO:
RIO BRANCO - ACRE **DATA EMISSÃO: 06/03/2017**

ASSINATURA DO REGISTRADOR:
Diego Lima Pauli
80735929606
AC607347848

ACRE

1417300024

1417300024

333 734 184 49

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014721160730 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradopravatelider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VEICULO	797.853.012-49	CHASSI	9C6D62310H0001312
ANOS	2017	QUANTIDADE	9
REGISTRAR	0132242913	MARCA / MODELO	YAMAHA / XIT 150 CROSSER ED
PLACA	GLV1928	DATA DE EMISSÃO	29/08/2019

PREMIO TARIFARIO	DEBILITADO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	DATA DE CANCELAMENTO
R\$ 36.03	R\$ 4.01	R\$ 40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	R\$ 0.32	R\$ 84.58	
CONTINUA	INQUIRITO	RECEBIDO	

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CHRG 01310400001-04

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