

---

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

**Nº Sinistro:** 3180373299

**Vitima:** FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

**Data do Acidente:** 13/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180373299**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES**

**Sinistro:** **3180373299**

**Vítima:** **FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES**

**Data do Acidente:** **13/04/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180373299** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES**

Nº Sinistro: **3180373299**

Vítima: **FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES**

Data do Acidente: **13/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180373299**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

**804.634.872-49**

Nome completo da vítima

**Juverando Lucas Pinto Meireles**

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <b>Juverando Lucas Pinto Meireles</b>	CPF titular da conta <b>804.634.872-49</b>	Profissão <b>Estudante</b>
Endereço: <b>Rua Luiz Z da Silva</b>	Número <b>292</b>	Complemento <b>apto 4122</b>
Bairro <b>Manoel Julião</b>	Cidade <b>Rio Branco</b>	Estado <b>ACRE</b>
Email	CEP <b>69.918-452</b>	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome			
<b>Banco do Brasil</b>			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
<b>2358-</b>	<b>2</b>	<b>53813-2</b>	
(Informar digito se existir)			
(Informar digito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**Juverando Lucas Pinto Meireles, 03 de agosto de 2018**

Local e Data

**Juverando Lucas Pinto Meireles**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



conta corrente  
Agência 2358-2  
conta 53.813-2

BOLETIM DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

07386

NÚMERO FOLHA

2 RUA AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHÔ DE RODOVIA

Rua Jhico Mendes / Rua Vitória

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

Em frente ao Res. 300

05 HORA DA  
OCORRÊNCIA

06

07 ZONA  
RURAL / URBANA

08 DATA

11 30 14 11

09 DIA DA SEMANA

81 SEXTA-FEIRA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO CONCRETO PARALELÓPEDO CASCALHO TERRA AREIA 

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA MOLHADO OLEOSA ENLAMEADA DANIFICADA OBRA 

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM chuva NEBLINA GAROA 

14 N.º DE VEÍCULOS

02

15 N.º DE VITIMAS

SEM VITIMAS COM VITIMAS 

16 NOME CONDUTOR

Fernando Lucas Pinto Menezes

17 SEXO

M  F 

18 NASCIMENTO

10180161917

19 ENDEREÇO

rua Luiz Z da Silva n° 292 - Manoel Julião

20 1ª HABILITAÇÃO

05/10/2016

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

06715666729

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM  NÃO 

25 USAVA CINTO

SIM  NÃO 

26 USAVA CAPACETE

SIM  NÃO 

27 MARCA

Honda CG 150 Titan KS

28 ESPÉCIE

P/AS/MOTOCICLO

29 PLACA

MZX 2689

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Mendina da Silva Menezes

33 ENDEREÇO

rua Luiz Z da Silva - 292. M. Julião

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM  NÃO 

36 AVARIAS

37 CARRO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua Vitória Iruzando a Rua Jhico Mendes

39 MOTO

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Fonduzido ao P.S pelo Samu

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM  NÃO 

42 NOME CONDUTOR

Luiz Fernando da Vunha Menezes

43 SEXO

M  F 

44 NASCIMENTO

11 17 11 19 61

45 ENDEREÇO

rua 03 de Setembro - 384. Placas

46 1ª HABILITAÇÃO

03/10/2016

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

06913810657

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM  NÃO 

51 USAVA CINTO

SIM  NÃO 

52 USAVA CAPACETE

SIM  NÃO 

53 MARCA

Honda CG 125 Fan KS

54 ESPÉCIE

P/AS/MOTOCICLO

55 PLACA

UMB 7583

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

José Pinto de Abreu

59 ENDEREÇO

O nome do condutor

60 CHASSIS

9C2JCH110AR038034

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM  NÃO 

62 AVARIAS

63 CARRÔ

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua Jhico Mendes Iruzando a Rua Vitória

65 MOTO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Fonduzido ao P.S pelo Samu

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM  NÃO 

BAF

68 NOME

Abel

69 SEXO

M  F 

70 NASCIMENTO

11 17 11 19 61

71 ENDEREÇO

Kilia Assaf da Silva

CPF: 9984386228-87

Coordenadoria de Engenharia de

Trânsito

72 IDENTIDADE NO ORIGEM

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

AC

75 NOME

Trânsito

76 SEXO

M  F 

77 NASCIMENTO

11 17 11 19 61

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

AC

111 LOCAL  
112 DATA  
113 10/10/2011  
114 Página - 12

104 AGENTE AUTORIZADO DE TRANSTO	103 MOTOCISTA	102 MOTORISTA	105 NOME	106 NOME / RG	107 NOME / RG	108 ASSINATURA	109 ASSINATURA
ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE							

104 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	Aqui no formulário abaixo que o VI. Departamento de Trânsito						
que o motorista teve seu documento de identidade apreendido e que o mesmo é de uso privado da mesma pessoa.							

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE	Larney Ferreira da Silva - 292, Morada Jardim 82 NOME						
83 SEXO							
M							
84 ENDEREÇO							
85 VIALAVIA NO							
86 FERIMENTOS							
87 USAVA CINTO							
88 CONDUTOR DA VITIMA							
89 CONDUZIDA PARA							
90 CONDUTOR DA VITIMA							
91 NOME							
Larney Ferreira da Silva - 292, Morada Jardim							
82 NOME							
83 SEXO							
M							
84 ENDEREÇO							
85 VIALAVIA NO							
86 FERIMENTOS							
87 USAVA CINTO							
88 CONDUTOR DA VITIMA							
89 CONDUZIDA PARA							
90 CONDUTOR DA VITIMA							
91 NOME							
Larney Ferreira da Silva - 292, Morada Jardim							
92 NOME							
93 NASCIMENTO							
94 ENDEREÇO							
95 VIALAVIA NO							
96 FERIMENTOS							
97 USAVA CINTO							
98 CONDUTOR DA VITIMA							
99 CONDUZIDA PARA							
100 NOME							
Larney Ferreira da Silva - 292, Morada Jardim							
101 NASCIMENTO							
102 NOME							
103 NOME / RG							
104 NOME / RG							
105 NOME							
106 NOME / RG							
107 NOME / RG							
108 ASSINATURA							
109 ASSINATURA							



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4<sup>a</sup> REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015240/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/05/2018 12:00 Data/Hora Fim: 23/05/2018 12:08  
Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4<sup>a</sup> Regional

Data/Hora do Fato: 13/04/2018 07:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Logradouro: RUA VITORIA

Bairro: Conquista

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Modo(s) Empregado(s)
1727: Acidente de trânsito sem vítima - Abalroamento	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES (VITIMA )

Nacionalidade: Brasileira Sexo Masculino Nasc: 08/06/1997  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Raça/Cor: Branca

Endereço

Município: Rio Branco - AC  
Logradouro: RUA LUIZ Z DA SILVA  
Complemento: APT 422  
Bairro: MANOEL JULIAO

Nº 292

Nome: CLEUDIMA DA SILVA MEIRELES (COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Sena Madureira  
Profissão: Funcionário Público  
Nome da Mãe: Ritada Silva Meireles

Endereço

Município: Rio Branco - AC  
Logradouro: RUA LUIZ Z DA SILVA  
Complemento: APTO 422  
Bairro: MANOEL JULIAO  
Telefone: (68) 99212-4857 (Celular)

Nº 292

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa MZX2689	Número do Chassi 04702
Ano/Modelo Fabricação 2006/2005	Cor PRETA
UF Veículo Acre	Município Veículo: Rio Branco
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS	Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS

BOLLETIM DE OCORRÊNCIA

Veículo Aduanero Nro Quantidade 1 Unidade

Quantidade 1 Unidade

Fernando Lucas Pinto Melo

SEARCHED

Sistemas Envíos

Proprietary

O COMUNICANTE INFORNA QUE SEU FILHO COULDIU SUA MOTO COM OUTRA E ESTA BASTANTE LESIONADO

ASSIGNATURAS

RELATÓRIO HISTÓRICO

RELATO/HISTÓRICO

Hopital

Armando Lucas Pinto Materials

SEARCHED

Sistemas Envíos

ENGLISH



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1804130014, de 13/04/2018, às 07:42 horas, registrada pelo SAMU como: COLISÃO, com 01 vítima, trata-se da vítima FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES, 20 anos.

Rio Branco, 18 de julho de 2018.

Mônica Valéria N. de Lima Santiago  
Gerente Administrativa  
Decreto nº 111/2015



**SAMU  
192**

**FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192**

Data Emissão: 17/07/2018  
Hora emissão: 13:52  
Operador:

Nº da Ocorrência: <b>1804130014</b>	Qtd. Vítimas: <b>1</b>	Dt/Hr Início: 13/04/2018 07:42 Dt/Hr Término: 13/04/2018 09:04	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO
----------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Nome Solicitante:	
End.: R VITORIA	
Bairro: CONQUISTA	
Cidade: RIO BRANCO	
CEP:	
Ponto de Referência: ENTRAR NA RUA DA DISTRIBUIDORA COLOMBO	

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS	Origem da Ligação: VIA PÚBLICA
Telefone do Solicitante: (68) 999894545	
Quieixa: MOTO X MOTO.	

**VÍTIMAS**

Vítima <b>1</b>	Nome: Paciente 1 FERNANDO LUCAS BENTO MOURA Classificação: ADULTO Endereço: R	Idade: 20 ANO(s) CNS: Documento:	Sexo: MASCULINO
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------

**AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA Avaliação: PACIENTE LUIZ F CUNHA MENEZES 21 ANOS-HIPOTENSO,FCC MEMBRO INFERIOR,FC 41	Data/Hora: 13/04/2018 08:45
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Vítima <b>1</b>	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA Avaliação: PACIENTE FERNANDO LUCAS B MOURA 20 ANOS,APRESENTANDO DEFORMIDADE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	Data/Hora: 13/04/2018 08:45
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Vítima <b>1</b>	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA Avaliação: COLISÃO MOTO/MOTO,VITIMA REF DOR NO PÉ,ESCORIAÇÕES	Data/Hora: 13/04/2018 07:45
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

**AVALIAÇÃO ESTRUTURADA**

**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 13/04/2018 08:45	Situação: F
	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RIO - HUERB	Data/Hora: 13/04/2018 08:45	Situação: F
	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA Intercorrência:	Data/Hora: 13/04/2018 08:45	Situação: F



, Observação:

Vitima <b>1</b>	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
	Intercorrência:		
Observação:			

## CONCLUSÃO

## MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ <b>1</b>	Veículo: USB 03 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 13/04/2018 07:51	
	Dt./Hr. Saída Base: 13/04/2018 07:51	Dt./Hr. Chegada Local: 13/04/2018 08:04	
	Dt./Hr. Saída Local: 13/04/2018 08:43	Dt./Hr. Chegada Destino: 13/04/2018 08:47	
	Dt./Hr. Saída Destino: 13/04/2018 09:01	Dt./Hr. Chegada Base:	

## MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	13/04/2018 07:42		LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA
LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	13/04/2018 07:43	LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/04/2018 07:45	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	13/04/2018 08:26	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/04/2018 08:31	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/04/2018 08:46	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA



# 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: 30/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02358-2

CONTA: 000000053813-2

---

Nr. da Autenticação 669B00AAD18546FF

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fernando Lucas Pinto Meireles,  
RG nº 306386, data da expedição 29/04/16, órgão SSPAC,  
CPF nº 804.634.872-49, venho perante a este instrumento, declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no  
endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de  
terceiro.

Logradouro	<u>Rua Luiz Z da Silva</u>
Número	<u>292</u>
Apto/Complemento	<u>Apto 2122</u>
Bairro	<u>Manoel Julião</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>ACRE</u>
Cep	<u>69.918-452</u>
Telefone	

Por ser verdade, firmo-me.

Rio Branco, 03 de Agosto de 2018.

Fernando Lucas Pinto Meireles  
Assinatura do Declarante



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0055515-0

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.  
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC  
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Unica

Nº da Nota Fiscal 001735466

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	01/08/2018	356	284,87

CLEUDIMA DA SILVA MEIRELES  
R. LUIZ Z DA SILVA 292 AP 422 CONJ. MANOEL JULIAO  
CPF: 00021590770200  
CEP: 69.918-452 - RIO BRANCO

ROT: 8.001.08.14.003060

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	2976	Atual: 12/07/2018
Anterior:	2620	Anterior: 12/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 10/08/2018
Consumo Médido:	356	Emissão: 10/07/2018
Consumo Faturado:	356	Apresentação: 12/07/2018
FCAM		

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	BIF16205216		1.1.1.2	157

HISTÓRICO KWH	
Mês/ano consumo	
JUN/18	68
MAI/18	68
ABR/18	168
MAR/18	155
FEV/18	205
JAN/18	193
DEZ/17	181
NOV/17	179
OUT/17	172
SET/17	174
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 356 - 0,559900	

#### DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

DESCRICAÇÃO DA CONTA

CONSUMO 356 A R\$ 0,766606 = 272,91  
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 11,96  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 17,78

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28  
Parabéns! Até o dia 10/07/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 407F.2B92.68D0.60EE.79C4.6DF4.072A.BCA0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	89,72	Base de Cálculo:	272,91
Energia:	71,56	Aliquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	2,39	Valor do ICMS:	68,22
Encargos:	35,68	Valor do PIS:	0,95
Tributos:	73,56	Valor do COFINS:	4,39

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
	Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24 18,49 36,99	4,83 9,66 19,32	4,99	
Realizado	0,00	0,00	0,00	

Período de

EUSD:





Ministério Públco  
do Estado do Acre

Promotoria de Defesa do Consumidor - DPVAT

MPAC

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cleidinha da Silva Mireles,  
RG nº 138.438, data da expedição 17/01/201, órgão expedidor SSP/AC,  
portador do CPF nº 215.907.702-00, com domicílio na cidade de  
Rio Branco, no Estado do Acre, onde resido na  
(Rua/Avenida/Estrada) Rua Iauá, 3 da Silva, aptº 422, nº 282,  
declaro, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima Fernando Lucas Pinto Mireles,  
cujo o condutor era Fernando Lucas Pinto Mireles.

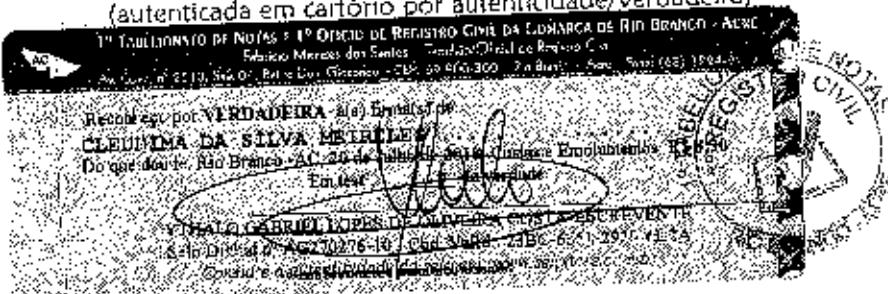
Veículo: Moto  
Ano: 2005  
Modelo: Honda CG 150 Titan + S  
Placa: MZX 2689  
Chassi: 9C2K80810GR004702  
Data do Acidente: 17/07/2018

Rio Branco, 20/07/2018

Cleidinha da Silva Mireles

Assinatura do Proprietário do Veículo

(autenticada em cartório por autenticidade/verdadeira)



I<sup>º</sup> NOTAS  
Rio Branco-AC

Fernando Lucas Pinto Mireles

Assinatura do Condutor do Veículo

(autenticada em cartório por autenticidade/verdadeira)



HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 89380  
Numero do CNS....: 70220113371110  
Nome.....: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES  
Documento.....: CART.SUS                  Tipo :  
Data de Nascimento: 8/06/1997                  Idade: 20 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: CLEUDIMA DA SILVA MEIRELES  
Nome da Mae.....: ADRIANA KATIA PINTO MEIRELES  
Endereco.....: RUA LUIZ Z DA SILVA,BLC6 AP.422 292  
Bairro.....: MANOEL JULIAO                  Cep.: 00000-000  
Telefone.....: 99852067  
Municipio.....: 1200401 - - AC  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA                  No. do BE: 2542920  
Clinica.....: 007 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "A"  
Leito.....: 999.0057  
Data da Internacao: 13/04/2018  
Hora da Internacao: 08:59  
Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA  
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6  
Diagnostico.....: Y87.1  
Identif. Operador.: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

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

1. SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



**Governo do Estado do Acre**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Unidade:

ANEXO I

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
<b>HUERB</b>		200415748			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO			
<b>Fernando Lucas Pinto Meireles</b>		89380			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
7022011337111110		8/6/97		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA/COR
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO		10.1 - Etnia	
<b>Adriana Kation Pinto Meireles</b>		61899985120617			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO		11 - N° DO TELEFONE	
<b>Cléusilvener de Souza Meireles</b>					
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP	
<b>Rua Luz 2 de Souza, Bloco 6 Ap. 422 292 M. Júlia</b>		<b>Rio Brs</b>		AC 58000-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<b>Piora na fisionomia com dor de dentes. Coluna vertebral com dor intensa. Aparição espontânea edema hepático agudo com febre.</b>					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
<b>para internação para tratamento</b>					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
<b>gastroscopia tubo fibroscópico endoscópico</b>					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	
				( ) CNS ( ) CPF	
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)					
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 DA EMPRESA 44 - CBOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		
( ) CNS ( ) CPF			52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

**AME / HUERB**  
**CÓPIA**  
**CONFORME ORIGINAL**

CC A-222

/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 1106  
D. DO BE: 2542920 DATA: 13/04/2018 HORA: 08:43 USUARIO: ERICO  
NS: 702201133711110 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA 89380

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DME : FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES DOC...: CART.SUS  
DADE: 20 ANOS NASC: 08/06/1997 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO: RUA LUIZ Z DA SILVA, BLC6 AP.422 NUMERO: 292  
COMPLEMENTO: BAIRRO: MANOEL JULIAO  
UNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:  
DME PAI/MAE: CLEUDIMA DA SILVA MEIRELES /ADRIANA KATIA PINTO MEIRELES  
ESPOSAVEL: A MAE TEL...: 99852067  
ROCEDENCIA: CONQUISTA  
PENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO  
ASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
CID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

A [342 X 76 mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [79] FC [ ] SPO2 [100]  
XAM. COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA  
USPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

ADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_\_  
*zumbi grande pelo SAMU vítima de acidente moto x moto frontal com queixe de  
m em glândula e perna* O. AR: m/0/RR

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

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

AGNOSTICO:

CID: E50

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
1) Digoxina 2ml (R) 79	SAME / HUERB
2) Flutel 20mg (R)	CÓPIA
3) Nt. Cimicida local	CONFORME ORIGINAL
4) Nt. Clorotetrax	

DATA DA SAIDA: / / / HORA DA SAIDA: :  
LTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
BITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IM [ ] ANAT. PATOL.

Dra. Natali Mendes  
Cirurgia Geral  
CRM/AC-1922

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

08:43' - pte trazido pelo Samu em viatura, portando  
colar cervical, procedente de via pública, vítima de  
colisão moto x moto. Apresenta-se lucido, eupneico  
nervos corado. Tcc marcou 197263.

SAME / HUERB  
CÓPIA

**CONFORME ORIGINAL**

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



**NovoAcre**  
(Sistema preventivo e assertivo)



UNIDADE: P.S Hueros NOME: Jeanne Hueros UNIDADE: 20 B.E.:  OBSERVAÇÃO:  LEITO: 122

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
13-04-08	• T.B. R. pulm. Expedo Acabou os nulos releitura consta	D. D. de Gen / C. S. F. O. 9', 100ml + 10ml riz. 1/4 + 10ml glic. 1/4 + 10ml soro	5:00 11:57h - paciente admi- tido no CRB, orienta- do a suspender remei- os e iniciar medica- ção.	
14-04-08	• C. L. L. bts	D. D. de Gen / C. S. F. O. 9', 100ml + 10ml riz. 1/4 + 10ml glic. 1/4 + 10ml soro	16:40 - admido pro- ceder da CCS SSVV	
15-04-08	• C. L. L. bts	D. D. de Gen / C. S. F. O. 9', 100ml + 10ml riz. 1/4 + 10ml glic. 1/4 + 10ml soro	04 P.A: 112x80mmHg. TAx 36,5°C. FC 81beats/min	
16-04-08	• C. L. L. bts	D. D. de Gen / C. S. F. O. 9', 100ml + 10ml riz. 1/4 + 10ml glic. 1/4 + 10ml soro	II d. 18:00h. Rx. Enf. - polidomy- -lina. Dose: 100mg. Dose: 100mg.	
17-04-08	• C. L. L. bts	D. D. de Gen / C. S. F. O. 9', 100ml + 10ml riz. 1/4 + 10ml glic. 1/4 + 10ml soro	III d. 18:00h. Rx. Enf. - polidomy- -lina. Dose: 100mg. Dose: 100mg.	
18-04-08	• C. L. L. bts	D. D. de Gen / C. S. F. O. 9', 100ml + 10ml riz. 1/4 + 10ml glic. 1/4 + 10ml soro	IV d. 18:00h. Rx. Enf. - polidomy- -lina. Dose: 100mg. Dose: 100mg.	

Dra. Lenilda Coimbra  
Médico Ginecologista Traumatologista

CRM 584 - AC



Evolução	Prescrição	Horário	Anotações de Enfermagem
<p>DI 13/04/18 DT 13/04/18</p> <p>FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA</p> <p>CO INTERVAÇÃO</p> <p>PACIENTE REFERE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO QUE OCASIONOU FORTE DORES EM REGIÃO ANTERIOR DE Perna ESQUERDA</p> <p>EDEMA +/4+FLICTENA EM TERÇO DISTAL DE Perna, NEUROLÓGICO E PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS.</p> <p>ORIENTADO A NAO MOVIMENTAR MENBRO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. TRAMAL 0,004G + 100ML SF 0.9% EV 8/8H + SN</p> <p>5. PLASIL 0,04G EV DE JUJO 8/8 H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ DIA.</p> <p>8. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D9</p> <p>9. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS CADA 4/4</p>	<p>16/04/09 16/04/09 16/04/09 16/04/09 16/04/09 16/04/09 16/04/09 16/04/09 16/04/09</p>	<p>16:30. Involui espasmos. Agria. cansaço contínuo. Acitzer direito queimado. Dores presentes. Não exacerbam no período. Sem episódios. Verificado PA = 120x70 - Hg. TAB = 36,8° TéC - Eng. Vera - <u>Vera Lucia A. Da Silva</u> Tec. Enfermeira COREN 276.200</p> <p>04:00h. Frequentemente faz de alga, dormiu por todo período direito pro- vente, PA 120x80 mmHg -</p> <p>Josévaldo Ribeiro da Costa Tec. de Enfermagem CORENUAC 375.416</p>

SANNE | HUERB  
SANTO  
CÓPIA  
ORIGINAL

Italo Maia  
Médico  
CRM/MG 1500

## GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO

PACIENTE



PACIENTE

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

IDADE

CLÍNICA

LEITO

HUERB

Instituto de Desenvolvimento e Assistência à Saúde

20

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B

122-A

digitado e impresso em: 16/04/2018 às 14:08:35

Evolução	Prescrição	Horário	Anotações de Enfermagem
<p>DI 13/04/18 DT 13/04/18</p> <p>FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA</p> <p>CD INTERNAÇÃO</p> <p>PACIENTE AUTOMOBILISTICO QUE OCASIONOU FORTE DORRES EM REGIÃO ANTERIOR DE Perna ESQUERDA</p> <p>REFERE ACIDENTE</p> <p>EDEMA +4+FLICTENA EM TERÇO DISTAL DE Perna, NEUROLÓGICO E PULSOS PRESERVADOS.</p> <p>ORIENTADO A NAO MOVIMENTAR MEMBRO</p> <p>17,04 18</p> <p>Do Serviço Sound Consulta da Fim Sintio Exame de São Odeteza, da Silva</p> <p>Assistente Social CRESS - 03081AC Daniela Silveira</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H</p> <p>3. DIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ DIA</p> <p>8. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D3</p> <p>9. SINAI VITais E CUIDADOS GERAIS GAD 8/4/4</p> <p><i>Marcelino Medeiros 5004</i></p>	<p>08hs - Paciente com tâncel realizado banho de absorção das oghs nos 13 dias e umativo 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60, 64, 68, 72, 76, 80, 84, 88, 92, 96, 100, 104, 108, 112, 116, 120, 124, 128, 132, 136, 140, 144, 148, 152, 156, 160, 164, 168, 172, 176, 180, 184, 188, 192, 196, 198, 200, 204, 208, 212, 216, 220, 224, 228, 232, 236, 240, 244, 248, 252, 256, 260, 264, 268, 272, 276, 280, 284, 288, 292, 296, 298, 300, 304, 308, 312, 316, 320, 324, 328, 332, 336, 340, 344, 348, 352, 356, 360, 364, 368, 372, 376, 380, 384, 388, 392, 396, 398, 400, 404, 408, 412, 416, 420, 424, 428, 432, 436, 440, 444, 448, 452, 456, 460, 464, 468, 472, 476, 480, 484, 488, 492, 496, 498, 500, 504, 508, 512, 516, 520, 524, 528, 532, 536, 540, 544, 548, 552, 556, 560, 564, 568, 572, 576, 580, 584, 588, 592, 596, 598, 600, 604, 608, 612, 616, 620, 624, 628, 632, 636, 640, 644, 648, 652, 656, 660, 664, 668, 672, 676, 680, 684, 688, 692, 696, 698, 700, 704, 708, 712, 716, 720, 724, 728, 732, 736, 740, 744, 748, 752, 756, 760, 764, 768, 772, 776, 780, 784, 788, 792, 796, 798, 800, 804, 808, 812, 816, 820, 824, 828, 832, 836, 840, 844, 848, 852, 856, 860, 864, 868, 872, 876, 880, 884, 888, 892, 896, 898, 900, 904, 908, 912, 916, 920, 924, 928, 932, 936, 940, 944, 948, 952, 956, 960, 964, 968, 972, 976, 980, 984, 988, 992, 996, 998, 1000, 1004, 1008, 1012, 1016, 1020, 1024, 1028, 1032, 1036, 1040, 1044, 1048, 1052, 1056, 1060, 1064, 1068, 1072, 1076, 1080, 1084, 1088, 1092, 1096, 1098, 1100, 1104, 1108, 1112, 1116, 1120, 1124, 1128, 1132, 1136, 1140, 1144, 1148, 1152, 1156, 1160, 1164, 1168, 1172, 1176, 1180, 1184, 1188, 1192, 1196, 1198, 1200, 1204, 1208, 1212, 1216, 1220, 1224, 1228, 1232, 1236, 1240, 1244, 1248, 1252, 1256, 1260, 1264, 1268, 1272, 1276, 1280, 1284, 1288, 1292, 1296, 1298, 1300, 1304, 1308, 1312, 1316, 1320, 1324, 1328, 1332, 1336, 1340, 1344, 1348, 1352, 1356, 1360, 1364, 1368, 1372, 1376, 1380, 1384, 1388, 1392, 1396, 1398, 1400, 1404, 1408, 1412, 1416, 1420, 1424, 1428, 1432, 1436, 1440, 1444, 1448, 1452, 1456, 1460, 1464, 1468, 1472, 1476, 1480, 1484, 1488, 1492, 1496, 1498, 1500, 1504, 1508, 1512, 1516, 1520, 1524, 1528, 1532, 1536, 1540, 1544, 1548, 1552, 1556, 1560, 1564, 1568, 1572, 1576, 1580, 1584, 1588, 1592, 1596, 1598, 1600, 1604, 1608, 1612, 1616, 1620, 1624, 1628, 1632, 1636, 1640, 1644, 1648, 1652, 1656, 1660, 1664, 1668, 1672, 1676, 1680, 1684, 1688, 1692, 1696, 1698, 1700, 1704, 1708, 1712, 1716, 1720, 1724, 1728, 1732, 1736, 1740, 1744, 1748, 1752, 1756, 1760, 1764, 1768, 1772, 1776, 1780, 1784, 1788, 1792, 1796, 1798, 1800, 1804, 1808, 1812, 1816, 1820, 1824, 1828, 1832, 1836, 1840, 1844, 1848, 1852, 1856, 1860, 1864, 1868, 1872, 1876, 1880, 1884, 1888, 1892, 1896, 1898, 1900, 1904, 1908, 1912, 1916, 1920, 1924, 1928, 1932, 1936, 1940, 1944, 1948, 1952, 1956, 1960, 1964, 1968, 1972, 1976, 1980, 1984, 1988, 1992, 1996, 1998, 2000, 2004, 2008, 2012, 2016, 2020, 2024, 2028, 2032, 2036, 2040, 2044, 2048, 2052, 2056, 2060, 2064, 2068, 2072, 2076, 2080, 2084, 2088, 2092, 2096, 2098, 2100, 2104, 2108, 2112, 2116, 2120, 2124, 2128, 2132, 2136, 2140, 2144, 2148, 2152, 2156, 2160, 2164, 2168, 2172, 2176, 2180, 2184, 2188, 2192, 2196, 2198, 2200, 2204, 2208, 2212, 2216, 2220, 2224, 2228, 2232, 2236, 2240, 2244, 2248, 2252, 2256, 2260, 2264, 2268, 2272, 2276, 2280, 2284, 2288, 2292, 2296, 2298, 2300, 2304, 2308, 2312, 2316, 2320, 2324, 2328, 2332, 2336, 2340, 2344, 2348, 2352, 2356, 2360, 2364, 2368, 2372, 2376, 2380, 2384, 2388, 2392, 2396, 2398, 2400, 2404, 2408, 2412, 2416, 2420, 2424, 2428, 2432, 2436, 2440, 2444, 2448, 2452, 2456, 2460, 2464, 2468, 2472, 2476, 2480, 2484, 2488, 2492, 2496, 2498, 2500, 2504, 2508, 2512, 2516, 2520, 2524, 2528, 2532, 2536, 2540, 2544, 2548, 2552, 2556, 2560, 2564, 2568, 2572, 2576, 2580, 2584, 2588, 2592, 2596, 2598, 2600, 2604, 2608, 2612, 2616, 2620, 2624, 2628, 2632, 2636, 2640, 2644, 2648, 2652, 2656, 2660, 2664, 2668, 2672, 2676, 2680, 2684, 2688, 2692, 2696, 2698, 2700, 2704, 2708, 2712, 2716, 2720, 2724, 2728, 2732, 2736, 2740, 2744, 2748, 2752, 2756, 2760, 2764, 2768, 2772, 2776, 2780, 2784, 2788, 2792, 2796, 2798, 2800, 2804, 2808, 2812, 2816, 2820, 2824, 2828, 2832, 2836, 2840, 2844, 2848, 2852, 2856, 2860, 2864, 2868, 2872, 2876, 2880, 2884, 2888, 2892, 2896, 2898, 2900, 2904, 2908, 2912, 2916, 2920, 2924, 2928, 2932, 2936, 2940, 2944, 2948, 2952, 2956, 2960, 2964, 2968, 2972, 2976, 2980, 2984, 2988, 2992, 2996, 2998, 3000, 3004, 3008, 3012, 3016, 3020, 3024, 3028, 3032, 3036, 3040, 3044, 3048, 3052, 3056, 3060, 3064, 3068, 3072, 3076, 3080, 3084, 3088, 3092, 3096, 3098, 3100, 3104, 3108, 3112, 3116, 3120, 3124, 3128, 3132, 3136, 3140, 3144, 3148, 3152, 3156, 3160, 3164, 3168, 3172, 3176, 3180, 3184, 3188, 3192, 3196, 3198, 3200, 3204, 3208, 3212, 3216, 3220, 3224, 3228, 3232, 3236, 3240, 3244, 3248, 3252, 3256, 3260, 3264, 3268, 3272, 3276, 3280, 3284, 3288, 3292, 3296, 3298, 3300, 3304, 3308, 3312, 3316, 3320, 3324, 3328, 3332, 3336, 3340, 3344, 3348, 3352, 3356, 3360, 3364, 3368, 3372, 3376, 3380, 3384, 3388, 3392, 3396, 3398, 3400, 3404, 3408, 3412, 3416, 3420, 3424, 3428, 3432, 3436, 3440, 3444, 3448, 3452, 3456, 3460, 3464, 3468, 3472, 3476, 3480, 3484, 3488, 3492, 3496, 3498, 3500, 3504, 3508, 3512, 3516, 3520, 3524, 3528, 3532, 3536, 3540, 3544, 3548, 3552, 3556, 3560, 3564, 3568, 3572, 3576, 3580, 3584, 3588, 3592, 3596, 3598, 3600, 3604, 3608, 3612, 3616, 3620, 3624, 3628, 3632, 3636, 3640, 3644, 3648, 3652, 3656, 3660, 3664, 3668, 3672, 3676, 3680, 3684, 3688, 3692, 3696, 3698, 3700, 3704, 3708, 3712, 3716, 3720, 3724, 3728, 3732, 3736, 3740, 3744, 3748, 3752, 3756, 3760, 3764, 3768, 3772, 3776, 3780, 3784, 3788, 3792, 3796, 3798, 3800, 3804, 3808, 3812, 3816, 3820, 3824, 3828, 3832, 3836, 3840, 3844, 3848, 3852, 3856, 3860, 3864, 3868, 3872, 3876, 3880, 3884, 3888, 3892, 3896, 3898, 3900, 3904, 3908, 3912, 3916, 3920, 3924, 3928, 3932, 3936, 3940, 3944, 3948, 3952, 3956, 3960, 3964, 3968, 3972, 3976, 3980, 3984, 3988, 3992, 3996, 3998, 4000, 4004, 4008, 4012, 4016, 4020, 4024, 4028, 4032, 4036, 4040, 4044, 4048, 4052, 4056, 4060, 4064, 4068, 4072, 4076, 4080, 4084, 4088, 4092, 4096, 4098, 4100, 4104, 4108, 4112, 4116, 4120, 4124, 4128, 4132, 4136, 4140, 4144, 4148, 4152, 4156, 4160, 4164, 4168, 4172, 4176, 4180, 4184, 4188, 4192, 4196, 4198, 4200, 4204, 4208, 4212, 4216, 4220, 4224, 4228, 4232, 4236, 4240, 4244, 4248, 4252, 4256, 4260, 4264, 4268, 4272, 4276, 4280, 4284, 4288, 4292, 4296, 4298, 4300, 4304, 4308, 4312, 4316, 4320, 4324, 4328, 4332, 4336, 4340, 4344, 4348, 4352, 4356, 4360, 4364, 4368, 4372, 4376, 4380, 4384, 4388, 4392, 4396, 4398, 4400, 4404, 4408, 4412, 4416, 4420, 4424, 4428, 4432, 4436, 4440, 4444, 4448, 4452, 4456, 4460, 4464, 4468, 4472, 4476, 4480, 4484, 4488, 4492, 4496, 4498, 4500, 4504, 4508, 4512, 4516, 4520, 4524, 4528, 4532, 4536, 4540, 4544, 4548, 4552, 4556, 4560, 4564, 4568, 4572, 4576, 4580, 4584, 4588, 4592, 4596, 4598, 4600, 4604, 4608, 4612, 4616, 4620, 4624, 4628, 4632, 4636, 4640, 4644, 4648, 4652, 4656, 4660, 4664, 4668, 4672, 4676, 4680, 4684, 4688, 4692, 4696, 4698, 4700, 4704, 4708, 4712, 4716, 4720, 4724, 4728, 4732, 4736, 4740, 4744, 4748, 4752, 4756, 4760, 4764, 4768, 4772, 4776, 4780, 4784, 4788, 4792, 4796, 4798, 4800, 4804, 4808, 4812, 4816, 4820, 4824, 4828, 4832, 4836, 4840, 4844, 4848, 4852, 4856, 4860, 4864, 4868, 4872, 4876, 4880, 4884, 4888, 4892, 4896, 4898, 4900, 4904, 4908, 4912, 4916, 4920, 4924, 4928, 4932, 4936, 4940, 4944, 4948, 4952, 4956, 4960, 4964, 4968, 4972, 4976, 4980, 4984, 4988, 4992, 4996, 4998, 5000, 5004, 5008, 5012, 5016, 5020, 5024, 5028, 5032, 5036, 5040, 5044, 5048, 5052, 5056, 5060, 5064, 5068, 5072, 5076, 5080, 5084, 5088, 5092, 5096, 5098, 5100, 5104, 5108, 5112, 5116, 5120, 5124, 5128, 5132, 5136, 5140, 5144, 5148, 5152, 5156, 5160, 5164, 5168, 5172, 5176, 5180, 5184, 5188, 5192, 5196, 5198, 5200, 5204, 5208, 5212, 5216, 5220, 5224, 5228, 5232, 5236, 5240, 5244, 5248, 5252, 5256, 5260, 5264, 5268, 5272, 5276, 5280, 5284, 5288, 5292, 5296, 5298, 5300, 5304, 5308, 5312, 5316, 5320, 5324, 5328, 5332, 5336, 5340, 5344, 5348, 5352, 5356, 5360, 5364, 5368, 5372, 5376, 5380, 5384, 5388, 5392, 5396, 5398, 5400, 5404, 5408, 5412, 5416, 5420, 5424, 5428, 5432, 5436, 5440, 5444, 5448, 5452, 5456, 5460, 5464, 5468, 5472, 5476, 5480, 5484, 5488, 5492, 5496, 5498, 5500, 5504, 5508, 5512, 5516, 5520, 5524, 5528, 5532, 5536, 5540, 5544, 5548, 5552, 5556, 5560, 5564, 5568, 5572, 5576, 5580, 5584, 5588, 5592, 5596, 5598, 5600, 5604, 5608, 5612, 5616, 5620, 5624, 5628, 5632, 5636, 5640, 5644, 5648, 5652, 5656, 5660, 5664, 5668, 5672, 5676, 5680, 5684, 5688, 5692, 5696, 5698, 5700, 5704, 5708, 5712, 5716, 5720, 5724, 5728, 5732, 5736, 5740, 5744, 5748, 5752, 5756, 5760, 5764, 5768, 5772, 5776, 5780, 5784, 5788, 5792, 5796, 5798, 5800, 5804, 5808, 5812, 5816, 5820, 5824, 5828, 5832, 5836, 5840, 5844, 5848, 5852, 5856, 5860, 5864, 5868, 5872, 5876, 5880, 5884, 5888, 5892, 5896, 5898, 5900, 5904, 5908, 5912, 5916, 5920, 5924, 5928, 5932, 5936, 5940, 5944, 5948, 5952, 5956, 5960, 5964, 5968, 5972, 5976, 5980, 5984, 5988, 5992, 5996, 5998, 6000, 6004, 6008, 6012, 6016, 6020, 6024, 6028, 6032, 6036, 6040, 6044, 6048, 6052, 6056, 6060, 6064, 6068, 6072, 6076, 6080, 6084, 6088, 6092, 6096, 6098, 6100, 6104, 6108, 6112, 6116, 6120, 6124, 6128, 6132, 6136, 6140, 6144, 6148, 6152, 6156, 6160, 6164, 6168, 6172, 6176, 6180, 6184, 6188, 6192, 6196, 6198, 6200, 6204, 6208, 6212, 6216, 6220, 6224, 6228, 6232, 6236, 6240, 6244, 6248, 6252, 6256, 6260, 6264, 6268, 6272, 6276, 6280, 6284, 6288, 6292, 6296, 6298, 6300, 6304, 6308, 6312, 6316, 6320, 6324, 6328, 6332, 6336, 6340, 6344, 6348, 6352, 6356, 6360, 6364, 6368, 6372, 6376, 6380, 6384, 6388, 6392, 6396, 6398, 6400, 6404, 6408, 6412, 6416, 6420, 6424, 6428, 6432, 6436, 6440, 6444, 6448, 6452, 6456, 6460, 6464, 6468, 6472, 6476, 6480, 6484, 6488, 6492, 6496, 6498, 6500, 6504, 6508, 6512, 6516, 6520</p>	

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



REGISTRO PACIENTE

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

HUERB  
Hospital Universitário do Estado do Acre

IDADE

[20]

CLÍNICA

[CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B]

LEITO

[122-A]

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

DI 13/04/18  
DT 13/04/18

FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA E  
FÍBULA ESQUERDA

CD INTERNAÇÃO

PACIENTE REFERE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO QUE OCASIONOU FORTES DORES EM REGIÃO ANTERIOR DE Perna ESQUERDA

EDEMA +4+FLICTENA EM TERÇO DISTAL DE Perna, NEUROLÓGICO E PULSOS PRESERVADOS.

ORIENTADO A NAO MOVIMENTAR MEMBRO AGUARDADNO AGENDAMENTO

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H
3. DIPRİONA 1GR EV DILUIDO 6/6H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
7. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ DIA.
8. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D4
9. SINAIS VITaisE CUIDADOS GERAIS CADA 4/4

8:00 AM É momento de  
levar, suspensão, camin-  
hamento, tomar banho  
na cama, feito Treino  
de respiração de cama  
PA: 120 x 70 mm Hg  
Eliana Dourado N. Moreira  
COREN: 560844 T.E AC

17:00 H É momento de  
levar, suspensão, camin-  
hamento, não refletiu quei-  
xa no momento, orientar  
a dieta específica, PA 130/80  
mm Hg Eliana Dourado N. Moreira  
22:00h Sair de cama  
não pode se levantar  
e acomodar na cama  
grau 2º grau  
fuso amendo - tipo  
Antônio

*Paulo Marcelino S. L.  
Medico  
2000-2004*

*SAINTE I HUERS  
CÓPIA  
CÓPIA ORIGINAL*

ALTA CONFORME

HUERB  
ATOLOGIA CLINICA

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

paciente...: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES (EME)  
equisicao: 18.PC.2.003556  
um. do BE: 02543043

Idade...: 20A  
Requis.: 14/04/2018

S. Origem.: HUERB/PS CCB  
olicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

**ERITROGRAMA**

macias (em milhoes):...	5,27	mm <sup>3</sup>	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm <sup>3</sup>
moglobin:.....	14,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
matocrito:.....	42,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
M:.....	80,40	fL	VR: 78 a 98 fL
M:.....	27,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CM:.....	33,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

**LEUCOGRAMA**

ucometria Global:.....	7.300	/mm <sup>3</sup>	VR: 5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
sofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
lor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
esinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
lor Absoluto:.....	73	mm <sup>3</sup>	
elocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
lor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
tamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
lor Absoluto:.....	0	%	
atocitos:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
lor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
gmentados:.....	69	%	VR: 54 a 64 %
lor Absoluto:.....	5.037	mm <sup>3</sup>	
nfocitos:.....	20	%	VR: 21 a 35 %
lor Absoluto:.....	1.460	mm <sup>3</sup>	
xocitos:.....	10	%	VR: 4 a 8 %
lor Absoluto:.....	730	mm <sup>3</sup>	
ntos:.....	0	%	VR: 0 %
lor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
ervacao:.....	..	..	

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

**COAGULOGRAMA**

Amostra: Sangue

mpo de Sangramento:....	02 minuto e 15 segundos	VR: 1 a 5 minutos
mpo de Coagulacao:....	07 minutos	VR: 2 a 10 minutos
ntagem de Plaquetas:....	220.000 /mm <sup>3</sup>	VR: 150 a 400.000 /mm <sup>3</sup>



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

*SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL*

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: *pulmão com dor de peito e fadiga*

História da Doença Atual: *peito com dor de costela onda onda*

História da Doença Anterior: *pulmão com dor de costela onda onda*

Exame Físico: *pulmão com dor edema de tibias e*

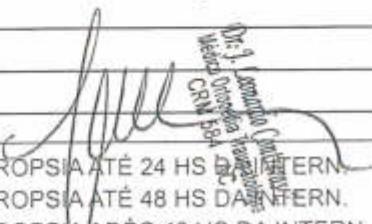
Diagnóstico Provisório: *FMI TMA DIAGNOSTICO TIBIA E PULMÃO*

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança: *12*

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 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.

- 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/PERMAM. 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



CRM-AC  
Número  
Data



## Dr. Issasse Eüller Dantas

Ortopedia e Traumatologia

CRM/AC 1344

Fernando Lucas Pinto Marques

DN: 08/06/97

0224-07-2010 17:35 517285 M/1

Laçamento do pé

Decurso para os 05/02/18 que ave o paciente  
sustentava se e levantou em seu ambiente  
pela ortopedia recebendo uma médica 0010  
à manhã quando buscou no dia 13/04/18  
a mesma médica para dizer que os ossos  
amassados tinham deslinhado os ossos  
da perna esquerda sentido resultado procedi-  
mento cirúrgico para osteossíese com  
placa DCP e parafusos no dia 21/04/18  
evoluindo bem com evolução normal com consolidação

VENDO

Tel: (68) 3223-7417 / 9.8111-0348

Rua Hugo Carneiro, 689 - Bosque - Rio Branco - Acre

Ossos e órbitas para reabertura  
do seio maxilar em 25% e do  
toráxico em 25%.

Cir: 582

Marcado 05/09/2013

Issasse Eüller  
Ortopedia / Traumatologia  
CRMJAC 1344

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME:** FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF:** 406386 SEPC AC

**CPF:** 804.634.872-49 **DATA NASCIMENTO:** 08/06/1997

**FILIAÇÃO:**  
CLEUDIMA DA SILVA  
MEIRELES  
ADRIANA KATIA PINTO  
MEIRELES

**PERMISSÃO:** ACD **CAT. HAB:** AB

**Nº REGISTRO:** 06715666729 **VALIDADE:** 05/07/2021 **1ª HABILITAÇÃO:** 05/10/2016

**OBSERVAÇÕES:**

*Fernando Lucas Pinto Meireles*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL:** RIO BRANCO, AC  
*Pedro Lobo*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**ACRE**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**REGISTRO:** 406386 **DATA DE EXPEDIÇÃO:** 29/04/2016

**NOME:** FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

**FILIAÇÃO:**  
CLEUDIMA DA SILVA MEIRELES  
ADRIANA KATIA PINTO MEIRELES

**NATURALIDADE:**  
RIO BRANCO - AC  
DOC. ORIGEM:  
CERTO NASC. 3.951 FLS 151 LIV A-15  
4. OF RIO BRANCO AC  
CFF:  
804.634.872-49  
3 VIA

SANDRO ROBERTO CORRÊA MOURA  
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - AC CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 012983996893  
VIA COD. RENAVAM 01 08868 44503  
PLAQUE/PLACAS RAN/TRC. 2016

CLAUDIMA DA SILVA MEIRELES

CPF / CNPJ 215.907.702-00,  
PLACA ANT. / UF MZK2689  
PLACA ANTE. / UF 9C2KC08106R004702

AC.

CHASSI

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO/FAB.

2005

ANO/MODELO

2005

RENAVAM

00868244503

HONDA/C5

150

TITAN

KS

PREÇA

PRE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180373299      **Cidade:** Rio Branco  
**Vítima:** FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES      **Data do acidente:** 13/04/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA

**Descrição do exame**

**médico pericial:** DEAMBULAÇÃO DISCRETAMENTE CLAUDICANTE SEM AUXILIO DE TERCEIROS.  
DUAS CICATRIZES NA FACE ANTERIOR DA Perna ESQUERDA A MAIOR MEDINDO 15CM E A OUTRA MENOR COM 7CM, COM BOA CICATRIZAÇÃO. Perna ESQUERDA COM EDEMA REGULAR. MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO DIMINUIDOS. FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO DIMINUIDO.

**Resultados terapêuticos:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPEDICO: REDUÇÃO E OSTEOSINTSESE COM PLACA E PARAFUSOS EM TÍBIA ESQUERDA DIA 21.04.18. RECEBEU ALTA HOSPITALAR 03 DIAS APÓS, COM ORIENTAÇÃO PARA NÃO DEAMBULAR POR 02 MESES, REALIZAR FISIOTERAPIA, A QUAL REALIZOU 50 SESSÕES, E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. DEAMBULOU APÓS 2 MESES COM AUXILIO DE MULETAS POR UM MES SEM MULETAS DEVAGAR COM CUIDADO. SENTIU MUITAS DORES E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO. PROCUROU ORTOPEDISTA QUE O RECEITOU CEFALEXINA, PREDNISONA E ARFLEX, QUE APÓS O USO MELHOROU.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** DUCIGELDA CASAS SOUZA

**CRM do médico:** 103

**UF do CRM do médico:** AC

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** LAURA LUANA BRAGA LAZARO

**CRM do médico:** 116389

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

**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:** 3180373299

**Nome do(a) Examinado(a):** FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Luiz Z da Silva, 292 - Rio Branco/AC - CEP 69918-452

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 406386 - SSP/AC - 29/04/2016

**Data e Local do Acidente :** 13/04/2018 - CRUZAMENTO DA RUA CHICO MENDES COM A RUA VITORIA

**Data e Local do Exame :** 24/08/2018 Rua Goudwasser Santos - sala F-31 - RIO BRANCO/AC - CEP 69.900.62

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA, DEVIDO A COLISÃO MOTO/MOTO NO DIA 13.04.18 AS 7:42HS. FOI LEVADO AO PRONTO SOCORRO PELO SAMU ONDE FOI SUBMETIDO A EXAMES. PERMANECEU POR 7 DIAS INTERNADO EM USO DE MEDICAÇÃO (ANTIBIOTICO , ANTE-INFLAMATORIO E ANALGESICO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR, PARA AGUARDAR SER CHAMADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

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

TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO: REDUÇÃO E OSTE OSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS EM TÍBIA ESQUERDA DIA 21.04.18. RECEBEU ALTA HOSPITALAR 03 DIAS APÓS, COM ORIENTAÇÃO PARA NÃO DEAMBULAR POR 02 MESES, REALIZAR FISIOTERAPIA, A QUAL REALIZOU 50 SESSÕES, E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. DEAMBULOU APÓS 2 MESES COM AUXILIO DE MULETAS POR UM MES SEM MULETAS DEVAGAR COM CUIDADO. SENTIU MUITAS DORES E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO. PROCUROU ORTOPEDISTA QUE O RECEITOU CEFALEXINA, PREDINIZONA E ARFLEX, QUE APÓS O USO MELHOROU.

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

DEAMBULAÇÃO DICRETAMENTE CLAUDICANTE SEM AUXILIO DE TERCEIROS.

DUAS CICATRIZES NA FACE ANTERIOR DA Perna ESQUERDA A MAIOR MEDINDO 15CM E A OUTRA MENOR COM 7CM, COM BOA CICATRIZAÇÃO. Perna ESQUERDA COM EDEMA REGULAR.

MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO DIMINUIDOS. FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO DIMINUIDO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [X] Não**

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

**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 (\*).**

- |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</p> | <p>Vide motivo do impedimento no campo das observações</p>                                                                                                                                       |
|                                                                                         | <p>( X ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |

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

Região Corporal

---

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

Região Corporal

---

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

Região Corporal

---

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

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.**

RE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA I  
RE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA I  
RE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA I  
RE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA I  
*Dra DUCIGELDA CASAS SOUZA CRM: 103 - AC*  
RE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA I  
RE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA I  
RE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA I  
RE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA I

---

DUCIGELDA CASAS SOUZA CRM : 103 / UF :AC

Página 1 de 3

# LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

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

Nº Laudo

16.0400.07.18

Solicitante

Promotoria Especializada de  
Defesa do Consumidor  
DPVAT

## Informações da Vítima

Nome Completo:

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

RG:

406386 SSP/AC

Endereço Completo:

Rua Luiz Z da Silva, nº 292, bairro Manoel Julião, bloco C 6, Apto 422, na  
cidade de Rio Branco/AC

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





a) [ ] Sim, em que prazo:

b) [X] Dano artrite muscular ou articular (seletores)  
Em caso de dor matutino ou nocturna informar as limitações irreversíveis e definitivas presentes no período noturno (físico da Vítima).

V) Em virtude da evolução da lesão afora de tratamento faz-se necessária exame complementar? movimentos do membro inferior esquerdo.

a) [ ] Distinguishes between temporaries

a) [ ] Disfrúguese sphenas temporarias.

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

REXX

Se SIM, descreva(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

a) [Sim] b) [x] Nao

III) Hs-Indicadores de algum tratamento (em curso, prescrito, se prescreto), incluindo medidas de reabilitação?

R: Fratura diáfisária da tíbia e fibula esquerda.

(b) as altergônes (distingüibles) apresentes no patrimônio frisco da Vitrine, que seguem evolutivas e temporais com o quadro documentado no patrimônio atendimental médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

R: Membro inferior esquerdo.

(1) Describa el efecto que se observó.

Se processar em caso de resposta afirmativa.

a) Pd-SiM b) Fe-Na c) Fe-Pt

11) Ha lesado a sujeto sanguíneo (origen causas), sea exclusivamente de acuerdo con el criterio establecido en la legislación automotor de vía terrestre?

AVAILAGÁO DO MEDICAMENTO E REGISTRO

Data do Acidente: 13/04/2018.

Local: Rua Chicco Mendes, cruzamento com a Rua Vitoria, na cidade de Rio Branco - AC.

## Informações do Acidente

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

---

Página 2 de 3

Pericíando: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

INSTITUTO MEDICO LEGAL

SECERETARIA DE ESTADOS DA POLICIA CIENTIFICA

30

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

Periciando: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

Página 3 de 3

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

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

Segmento Corporal Acometido: Membro inferior esquerdo.

[ ] Total ( Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b)[x] Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em que se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) [ ] Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2) [x] Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

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

Segmento Anatômico.

1<sup>a</sup> LESÃO: Fratura diafisária da tibia e fibula esquerda.

R:

[ ] 10% Residual      [ ] 25% Leve      [X] 50% Média      [ ] 75% Intensa.      [ ] 100% Total.

2<sup>a</sup> LESÃO: xxx

R:

[ ] 10% Residual      [ ] 25% Leve      [ ] 50% Média      [ ] 75% Intensa.      [ ] 100% Total.

3<sup>a</sup> LESÃO: xxx

R:

[ ] 10% Residual      [ ] 25% Leve      [ ] 50% Média      [ ] 75% Intensa.      [ ] 100% Total.

4<sup>a</sup> LESÃO:

R:

[ ] 10% Residual      [ ] 25% Leve      [ ] 50% Média      [ ] 75% Intensa.      [ ] 100% Total.

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

R:

Rio Branco-AC, 19 de julho de 2018.

Dr. ALEXANDRE BARONI OLIVEIRA  
Médico Legista  
CRM/AC-1140

Digitado e conferido por: Marina.



IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1380 / 3224-3169 / 3224-1420  
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-62

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295330/18

Vítima: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES  
CPF: 804.634.872-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/04/2018

Titular do CPF: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES : 804.634.872-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2018  
Nome: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES  
CPF/CNPJ: 804.634.872-49

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2018  
Nome: Samantha de Paula Barbosa  
CPF: 056.460.237-00

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

Samantha de Paula Barbosa



Ministério Pùblico  
do Estado do Acre

Promotoria Especializada de Defesa do  
Consumidor - DPVAT

**MPAC**

## ASD – AVISO DE SINISTRO – DPVAT

### 1. Informações do Sinistro:

Seguradora Responsável Seguradora Líder – Gerência de Sinistros			Local Entrega Documentos Via Correio		
Nome da Vítima <i>Fernando Lucas Pinto Muelos</i>			Data de Nascimento <i>08/10/61/997</i>	Número CPF <i>804.634.872-49</i>	
Endereço <i>Rua Luiz 2 da Silva, 292, apto 422</i>			Bairro <i>Manoel Julião</i>	Cidade <i>Rio Branco</i>	
Estado <i>ACRE</i>	UF <i>AC</i>	CEP <i>69.918-452</i>	Estado Civil <i>Solteiro</i>	Requerente <i>O mesmo</i>	
Tipo de Identificação <i>RG, CNH</i>		Identidade da Vítima <i>406386</i>	Órgão Expedidor da Identidade <i>SSP/AC</i>		
Natureza do Sinistro <i>Yucalidez</i>			Tipo de Vítima <i>Coliniano</i>		
Tipo de Veículo envolvido no Sinistro <i>Moto</i>			Número do B.O. <i>_____</i>	Data do Acidente <i>13/10/12/18</i>	
O Veículo causador do acidente foi identificado <i>Sim</i>			Valor total das despesas médicas <i>_____</i>		

### 2. Informações do Requerente:

Nome do Requerente/Representante Legal <i>Fernando Lucas Pinto Muelos</i>			Número do CPF do Requerente <i>804.634.872-49</i>		
Tipo Documento Identidade do Requerente <i>RG, CNH</i>			Identidade do Requerente <i>406386</i>	Órgão Expedidor <i>SSP/AC</i>	
Endereço do Requerente <i>Rua Luiz 2 da Silva, 292, apto 422</i>			Bairro <i>Manoel Julião</i>	Cidade <i>Rio Branco</i>	
Estado <i>ACRE</i>	UF <i>AC</i>	CEP <i>69.918-452</i>	Telefone <i>68.99985-2067</i>	Telefone <i>689252-4857</i>	

### 3. Informações Bancárias:

Nome do Banco <i>Banco do Brasil</i>		Número do Banco <i>001</i>	
Tipo de Conta <i>Conta Corrente</i>		Agência <i>2358-2</i>	Conta <i>53813-2</i>

### 4. Informações Adicionais:

Contato Adicional (e-mail MPE/DPVAT) <i>MMACEDO@MPAC.MP.BR</i>	<i>MPAC</i> Mara Célia Ramos de Macedo Coordenadora do DPVAT MPE/AC - Mat. 250
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180373299      **Cidade:** Rio Branco  
**Vítima:** FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES      **Data do acidente:** 13/04/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** SEGURADORA LIDER  
DPVAT - REGULAÇÃO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL MEMBRO INFERIOR  
sequelas: ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, PERÍCIA EM 24/08/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295330/18

Número do Sinistro: 3180373299

Vítima: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

CPF: 804.634.872-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2018

Titular do CPF: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/10/2018

Nome: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

CPF: 804.634.872-49

Data do cadastramento: 24/10/2018

Nome: EDSON DA SILVA MARTINS

CPF: 132.129.557-08

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

EDSON DA SILVA MARTINS