

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

Carta nº 13237370



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** 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: Fernando Lucas Pinto Meireles

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Fernando Lucas Pinto Meireles	804.634.872-49	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua Luiz Z da Silva	292	Apê 422
Bairro	Cidade	Estado
Manoel Julião	Rio Branco	SC
Email	CEP	Telefone (DDD)
	69.918-452	

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"/> RECUSO 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"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
Banco		Banco	
Banco do Brasil		Banco do Brasil	
AGÊNCIA	D/V	AGÊNCIA	D/V
2358-	2	53813-	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito 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.

Rio Branco, 03 de agosto de 2018

Local e Data

Fernando Lucas Pinto Meireles

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Conta corrente
Agência 2358-2
Conta 53.813-2

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT
07386
NÚMERO FOLHA

2 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHÔ DE RODOVIA
Rua Chico Mendes / Rua Vitória Rio Branco AC

5 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...
Em frente ao Res. 388 06 HORA DA OCORRÊNCIA 07 ZONA RURAL / URBANA 08 DATA 11/3/04 09 DIA DA SEMANA Sexta-Feira

1 NATUREZA DO ACIDENTE	11 TIPO DE PAVIMENTO	12 CONDIÇÕES DA VIA	13 CONDIÇÕES DO TEMPO	14 N° DE VEÍCULOS
ROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 1	ASFALTO <input checked="" type="checkbox"/> 1	SECA <input checked="" type="checkbox"/> 1	BOM <input checked="" type="checkbox"/> 1	02
OLISÃO <input checked="" type="checkbox"/> 3	CONCRETO <input type="checkbox"/> 3	MOLHADO <input type="checkbox"/> 3	CHUVA <input type="checkbox"/> 3	
OMBAMENTO OU CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> 5	PARALELEPÍEDO <input type="checkbox"/> 5	OLEOSA <input type="checkbox"/> 5	NEBLINA <input type="checkbox"/> 5	
TOQUE COM OBJETO FIXO <input type="checkbox"/> 7	CASCALHO <input type="checkbox"/> 7	ENLAMEADA <input type="checkbox"/> 7	GAROA <input type="checkbox"/> 7	
OUTRA (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> 9	TERRA <input type="checkbox"/> 9	DANIFICADA <input type="checkbox"/> 9		
	AREIA <input type="checkbox"/> 2	OBRAS <input type="checkbox"/> 2		

16 NOME CONDUTOR Fernando Lucas Pinto Meirales 17 SEXO M ☒ 1 F ☐ 3 18 NASCIMENTO 10/8/06/9/71

19 ENDEREÇO Travessa Luiz Z da Silva n° 292 - Manoel Julião

20 1ª HABILITAÇÃO 05/10/2036 21 CATEGORIA AB 22 PRONTUÁRIO 06735666729 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 Honda / CG 150 Titan KS 28 ESPÉCIE 29 PLACA MBX 2689 30 MUNICÍPIO Rio Branco 31 UF AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO Mendinho da Silva Meireles 33 ENDEREÇO Rua Luiz Z da Silva - 292 - M. Julião

34 CHASSIS 9C2KC08106R004702 35 COMPARECEU NO POSTO SIM ☐ NÃO ☐

36 AVARIAS

38 SENTIDO QUE TRÁFEGAVA Rua Vitória cruzando a Rua Chico Mendes

40 AÇÃO DO CONDUTOR Imediato ao P.S. pelo SAMU

42 NOME CONDUTOR Luiz Fernando da Cunha Menezes 43 SEXO M ☒ 1 F ☐ 3 44 NASCIMENTO 11/7/11/9/61

45 ENDEREÇO Rua 03 de Setembro - 384 - Placas

46 1ª HABILITAÇÃO 03/10/2036 47 CATEGORIA AB 48 PRONTUÁRIO 06733810657 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 Honda / CG 125 Faw KS 54 ESPÉCIE 55 PLACA MBQ 7583 56 MUNICÍPIO Rio Branco 57 UF AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO Isaac Pinto de Abreu 59 ENDEREÇO O mesmo do condutor

60 CHASSIS 9C2JC4110AR038014 61 COMPARECEU NO POSTO SIM ☐ NÃO ☐

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRÁFEGAVA Rua Chico Mendes cruzando a Rua Vitória

66 AÇÃO DO CONDUTOR Imediato ao P.S. pelo SAMU

68 NOME 69 SEXO M ☐ 1 F ☐ 3 70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO 72 ORGÃO EMISSOR 74 UF

75 NOME 76 SEXO M ☐ 1 F ☐ 3 77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO 79 IDENTIDADE N° 80 ORGÃO EMISSOR 81 UF

Kiria Assaf da Silva
CPF: 9984386228-87
Coordenadora de Engenharia de Trânsito

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

EM. 03/05/18

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

KITA ASSAF DA SILVA
 CPF: 9984386228-87
 Coordenadora de Engenharia de Tráfego

VITIMAS		Nº	
82 NOME	Fernando Lucas Pinto Chereles	83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
84 NASCIMENTO	10/30/69	85 ENDEREÇO	
Rua Luiz Z da Silva - 292, Manoel Junior		86 FERIMENTOS	1 <input type="checkbox"/> LEVES 2 <input checked="" type="checkbox"/> GRAVES 3 <input type="checkbox"/> FATAIS
87 VIAJAVIA NO	VEICULO Nº 1	88 USAVA CINTO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
90 CONDUTIDA PARA		89 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5
R. S polo Samu		91 NOME	
Luiz Fernando da Cunha Chereles		92 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
93 NASCIMENTO	13/11/49	94 ENDEREÇO	
Rua 03 de Setembro - 184, Marcos		95 FERIMENTOS	1 <input type="checkbox"/> LEVES 2 <input checked="" type="checkbox"/> GRAVES 3 <input type="checkbox"/> FATAIS
96 VIAJAVIA NO	VEICULO Nº 2	97 USAVA CINTO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
99 CONDUTIDA PARA		98 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5
R. S polo Samu		99 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª 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 4ª Regional

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

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Conquista

Logradouro: RUA VITORIA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1727: Acidente de trânsito sem vítima - Abaloamento	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES (VÍTIMA)

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

Nº 292

Complemento: AP 422

Bairro: MANOEL JULIAO

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

Nº 292

Complemento: APTO 422

Bairro: MANOEL JULIAO

Telefone: (68) 99212-4857 (Celular)

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

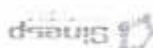
Delegado de Polícia Civil: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

Impresso por: Fernanda Moraes de Oliveira

Data de Impressão: 23/05/2018 12:08

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



Polizão Leonard da S. Sobrinho
Delegado de Polícia Civil
Mat. 9325298-1

Copyright © 2012 by Elsevier Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Elsevier Inc. This publication is registered at the Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923. For all other use, permission should be sought from Elsevier Inc., 360 Park Avenue, New York, NY 10017-4105, USA. ISBN 978-0-12-374750-0. Printed in the United States of America.

Cleudimar da Silva Meireles
(Comunicante)

Fernanda Moraes de Oliveira
Reservista de Atendimento

ASSINATURAS

RELATO/HISTÓRICO

Fernando Lucas Pinto Almeida

Envolvementos

Situacao Envolvido

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Nº: 015240/2018

BOLETIM DE OCORRENCIA



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:
1804130014

Qtd. Vítimas:
1

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
Telefone do Solicitante: (68) 999894545
Queixa: MOTO X MOTO

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

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

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46
	Avaliação: PACIENTE LUIZ F CUNHA MENEZES 21 ANOS-HIPOTENSO,FCC MEMBRO INFERIOR,FC 41	
Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:45
	Avaliação: PACIENTE FERNANDO LUCAS B MOURA 20 ANOS,APRESENTANDO DEFORMIDADE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	
Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 07:45
	Avaliação: COLISÃO MOTO/MOTO,VITIMA REF DOR NO PÉ,ESCORIAÇÕES	

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
	Intercorrência:		

Observação:

Vítima
1

Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/04/2018 08:46	Situação: F
Intercorrência:		
Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ
1

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

Efetuação 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 DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/04/2018 07:45	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	13/04/2018 08:26	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/04/2018 08:31	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/04/2018 08:46	MARIA DELCÍDIA 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 406386, data da expedição 29/04/16, órgão SSP/AC
CPF nº 804.634.872-49, venho perante a este instrumento, declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
endereço abaixo descrito, seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de
terceiro.

Logradouro	<u>Rua Luiz 2 da Silva</u>
Número	<u>292</u>
Apto/Complemento	<u>Apto 2/22</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 | Inscrição Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

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: 8.001.03.14.003060

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 Medido:	356		Emissão:	10/07/2018
Consumo Faturado:	356	FCAM	Apresentação:	12/07/2018

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	BIF16205216		1.1.1.2	157

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/18	68	CONSUMO 356 A R\$ 0,766606 =	272,91
MAI/18	68	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	11,96
ABR/18	168	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 17,78	
MAR/18	155		
FEV/18	205		
JAN/18	193		
DEZ/17	181		
NOV/17	179		
OUT/17	172		
SET/17	174		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 356 - 0,559930			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA O PCAO 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			Alíquota 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			PIC			DMIC	
	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 Público
do Estado do Acre

Promotoria de Defesa do Consumidor - DPVAT

MPAC

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cleudimá da Silva Meireles,
RG nº 138.438, data da expedição 17/01/2011, 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 Luiz Z da Silva, Aptº 422, nº 292.
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 Meireles,
cujo o condutor era Fernando Lucas Pinto Meireles.

Veículo: Moto

Ano: 2005

Modelo: Honda/CG 150 Titan + S

Placa: MZX 2689

Chassi: 9C2K808106R004702

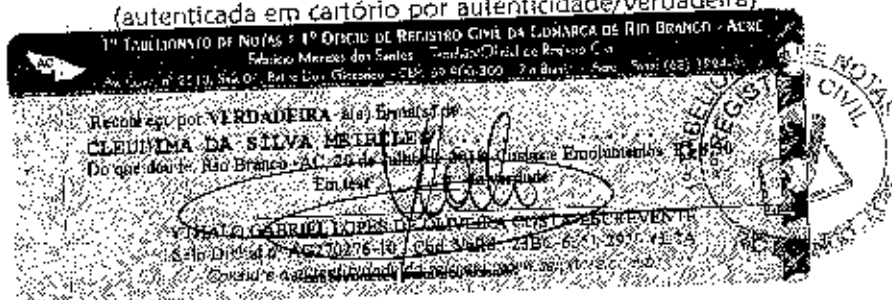
Data do Acidente: 13/04/2018

Rio Branco, 20/07/2018

Cleudimá da Silva Meireles

Assinatura do Proprietário do Veículo

(autenticada em cartório por autenticidade/verdadeira)



1º NOTAS
Rio Branco - Acre

Fernando Lucas Pinto Meireles

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.....: 702201133711110
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
Município.....: 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:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HUERB				910011578	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Fernando Lucas Pinto Meireles				89380	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
701220111337111110		8/6/97		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO	
Adriana Katia Pinto Meireles				68999852067	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO	
Cleusimar da Silva Meireles				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
Rua Luiz Z de Silva, BLOCO Ap. 422 292 M. Julia					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
Rio Branco				AC	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente com história de dores de costas, coluna muito mais rígida, mobilidade reduzida, após exame com diagnóstico de hérnia de disco.					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Paciente com dor severa, não respondendo a medicação.					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Fotografia lateral da coluna cervical, mostrando hérnia de disco.					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO		34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		21/3-04-98		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		41 - SÉRIE	
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBO	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
49 - DOCUMENTO		50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			

CONFIRMAÇÃO / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CC A- 222

/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO		1106
S. DO BE: 2542920		DATA: 13/04/2018	HORA: 08:43	USUARIO: ERICO
NS: 702201133711110		SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA		89380
IDENTIFICACAO DO PACIENTE				
OME	: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES	DOC...	CART.SUS	
DADE.....	20 ANOS	NASC:	08/06/1997	
NDERECO.....	RUA LUIZ Z DA SILVA, BLC6 AP.422	SEXO...	MASCULINO	
OMPLEMENTO....	BAIRRO: MANOEL JULIAO	NUMERO:	292	
UNICIPIO.....	RIO BRANCO	UF:	AC	
OME PAI/MAE...	CLEUDIMA DA SILVA MEIRELES	CEP....	-	
ESPONSAVEL....	A MAE	/ADRIANA KATIA PINTO MEIRELES	TEL....: 99852067	
ROCEDENCIA....	CONQUISTA	TRAUMA:	NAO	
TENDIMENTO....	ACIDENTE DE TRANSITO			
ASO POLICIAL..	NAO	PLANO DE SAUDE....	NAO	
CID. TRABALHO:	SIM	VEIO DE AMBULANCIA:	SIM	
A [142 X 76 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [79] FC [] SPO2 [100]				
XAM.COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA				
USPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO				
ADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /		
<i>Tratado pelo SAMU vítima de acidente moto x moto frontal com queixa de dor em glândula e perna E. RR: MVAD/RA</i>				
S. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]				
CALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]				
DIAGNOSTICO:		CID: CAUSA: RESUMO:		
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO		
<i>1) Digoxina 2ml (R)</i> <i>2) Fitoel 20mg (R)</i> <i>3) Alta Cirurgia Geral</i> <i>4) No Hospital</i>		SAME / HUERS CÓPIA CONFORME ORIGINAL		
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):		<i>Dra. Natali Mendes</i> <i>Cirurgia Geral</i> <i>CR 14/AC-1923</i>		
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS		[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.		
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO		
<i>08:43' - pte trazido pelo samu em nuca, portando collar cervical, procedente de via pública, vítima de colisão moto x moto. Apresenta-se lúcido, eupneico normoconscado. tel marcelo 197263.</i>				

CÓPIA



CONFIRME ORIGINAL

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

Novo Acre
Governos paritários, 6000 empregos criados

UNIDADE: 105 HLEMS

NOME: Adriano Lucas CIDADE: 20 B.E.: LEI 10.410
OBSERVAÇÃO

OBSERVAÇÃO: LEITO: ~~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~~

122

[illegible]

Dr. J. Leonardo Contreiras
Médico Ortopedia Traumatologia
CRM 584 - AC



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

digitado e impresso em: 14/04/2018 às 13:35:35



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

IDADE

20

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

122-A

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

FRATURA DIÁFISARIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

CD INTERNAÇÃO

PACIENTE REFERE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO QUE OCASIONOU FORTE DORES EM REGIÃO ANTERIOR DE PERNA ESQUERDA

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA 2+/4+ FLUTUANTE EM TERÇO DISTAL DE PERNA, NEUROLÓGICO E PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS.

1. DIETA VO LIVRE

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

3. DÍPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H

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

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ AO DIA

8. CEFAZOLINA 1G EV 8/8/H

9. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS CADA 4/H

Paulo Marcelino Jr.
Médico
CRM 5004

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

10:20:04 12

16:22:04 10

04

16:20:04

16:20:04

10:00 Paciente trouxe
bombo no leito reali-
zado pela família, não
pedre Queiroz, médico
cm, Teófilo de Almeida
16:00 Paciente estável, sem
queixas, lucido, eupríico,
adequado, medicação cm:
16:120 X 80 mmHg TA: 96
Paciente em repouso.
Técnicos: Pamela.

15/04/18

PA 120 X 80 mmHg

Presente, referem

libre Faltas aguçado

moderado no per

que presentes sinais

fractura, a cebra a

distal, com os dois

avistando, com pontos

—

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

16:30. Envolvimento.
 verbal. comunicativo.
 vocais ditos efecidos.
 diversos preceitos, não
 vacila no preceito,
 sem quises. Utilizado
 PA = 120 x 30 ~ 4g. IdA = 36,8%
 Tax. Inf. Ver = ~ ~ ~
 Verá Lucia A. Da Silva
 Tac. Enfermagem
 COREN 276.200



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

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



REGISTRO

IDADE

CLÍNICA

LEITO

PACIENTE
FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

20

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

122-A

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA E
FIBULA ESQUERDA

CD INTERNAÇÃO

PACIENTE REFERE ACIDENTE
AUTOMOBILISTICO QUE OCASIONOU
FORTE DORES EM REGIÃO ANTERIOR
DE PERNA ESQUERDA

EDEMA +/4+FLUTENA EM TERÇO
DISTAL DE PERNA, NEUROLÓGICO E
PULSOS PERIFÉRICOS
PRESERVADOS.

ORIENTADO A NÃO MOVIMENTAR
MEMBRO

17.04.18

Do Serviço Social
Consultoria de Atenção
Especializada
Odeiza S. da Silva
Assistente Social
CRESS - 0308/AC
Odeiza S. Silva

1. DIETA VO LIVRE

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

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% 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 D3

9. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS CAD 4/4

Marcelino S. da Silva
Médico
CRM 5004

12.05.24

16.05.24

16.05.24

16.05.24

16.05.24

12.18.24

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

08h - Paciente co-
tível, realigado
banho de asper-
são, as 08h re-
ligado e unativo
cl. S.F., as 16h
paciente estável,
aceitou as dietas
oferecidas, fun-
ções fisiológi-
cas normais, P.A.
140 x 90 mmHg, T.a.
36,0°C, Freq.
60 - 70 bpm
sem T.E. - Riscado
excluído 43766



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

digitado e impresso em: 17/04/2018 às 11:27:16

HUERB
Hospital de Urgência e Emergência do Estado do Acre

REGISTRO

PACIENTE

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

IDADE

20

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

122-A

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 13/04/18 DT 13/04/18	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8/H SNA 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SNA 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ DIA 8. CEFAZOLINA 1G EV 8/8/H D4 9. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS CADA 4/H	18 20 04 18 16 22 04 18 16 22 04 18 16 22 04 18 16 22 04 18 16 22 04 18 16 22 04 18 16 22 04 18 16 22 04	8:00h Encontra-se efelid, suquinho, banana, leite, Tomem lenho no leite, feito leite de vaca de cama PA: 120 x 70 mm Hg Eliana Dourado N. Moreira COREN: 560847 TE AC 19:00h Encontra-se efelid, suquinho, banana, leite, não repõe fluidos no momento, continua dieta líquida, PA 120x60 mmHg Eliana Dourado N. Moreira COREN: 560847 TE AC
----------------------------	--	--	---

Paulo Marcelino S. Jr.
Médico
CRM: 125004

ALTA
CONFORME ORIGINAL
SAMME / HUERR
CÓPIA

8:00h Encontra-se efelid, suquinho, banana, leite, Tomem lenho no leite, feito leite de vaca de cama PA: 120 x 70 mm Hg
Eliana Dourado N. Moreira
COREN: 560847 TE AC
19:00h Encontra-se efelid, suquinho, banana, leite, não repõe fluidos no momento, continua dieta líquida, PA 120x60 mmHg
Eliana Dourado N. Moreira
COREN: 560847 TE AC

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Pag.: 001

122

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

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

S. Origem.: HUERB/PS *cc*
olicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

macias (em milhoes):...	5,27	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
moglobina:.....	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	f1	VR: 78 a 98 f1
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	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
sofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
lor Absoluto:.....	0	mm3	
sinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
lor Absoluto:.....	73	mm3	
elocitos:.....	0	%	VR: 0 %
lor Absoluto:.....	0	mm3	
tamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
lor Absoluto:.....	0	%	
stoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
lor Absoluto:.....	0	mm3	
gmentados:.....	69	%	VR: 54 a 64 %
lor Absoluto:.....	5.037	mm3	
nfocitos:.....	20	%	VR: 21 a 35 %
lor Absoluto:.....	1.460	mm3	
nocitos:.....	10	%	VR: 4 a 8 %
lor Absoluto:.....	730	mm3	
astros:.....	0	%	VR: 0 %
lor Absoluto:.....	0	mm3	
servacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

iberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 14/04/18 as 13:46 Coleta: 14/04/18 as 11:46-1a. Via Impressa: 14/04/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

empo de Sangramento:.....	02 minuto e 15 segundos	VR: 1 - 5 minutos
empo de Coagulacao:.....	07 minutos	VR: 2 - 10 minutos
ntagem de Plaquetas:....	220.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

iberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 14/04/18 as 13:46 Coleta: 14/04/18 as 11:46-1a. Via Impressa: 14/04/18

Francisco C. de Abreu Menezes
Biotecnico
RPA 4 - 4º 130 - PA



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: febre com história de vesículas e linfadenopatia no tórax e paranasais com sintoma de

História da Doença Atual: febre com história de tosse com muco amarelado e paranasais

História da Doença Anterior: febre com história de tosse e linfadenopatia

Exame Físico: febre com tosse e linfadenopatia e
síndrome febril paranasal e tosse

Diagnóstico Provisório: FM TUBERCULOSE TUB. DE BOLA

Diagnóstico Definitivo: 12

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/ FIOLOGIA
- 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



Dr. Issasse Eüller Dantas

Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1344

FERNANDO LUGAS DUPO MEIRELES ON: 08/06/97

LAPOMÊNULO ORTOPÉDICO

Decorso para os últimos 500 dias de o paciente
surgimento de e mostrou em desenvolvimento
desta operação recebendo uma médica de
a trauma ortopédico no dia 13/04/18
apresentando trauma diafragma dos ossos
da perna esquerda sendo tratado por
novo cirúrgico para o stress mais com
para o pé e para os no dia 21/04/18
evoluindo rapidamente com lesões

Verso
→

Tel: (68) 3223-7417 / 9-8111-0348

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

Osses e ligam. para reparo extenso
do osso esculpido em 25% e do
torçao em 25%.

Cid: Sol

MF/ave 05/09/2013

Issasse Eüller
Ortopedia / Traumatologia
CRM/AC 1344

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483662721

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483662721

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
AB

ACC
AB

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

DATA EMISSÃO
25/10/2017

Polegar Direito
ASSINATURA DO EMISSOR

66931178566
AC807809155

ACRE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
NOME
FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

DATA DE EMISSÃO
29/04/2016

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

NATURALIDADE
RIO BRANCO - AC

DOC ORIGEM
4 OF RIO BRANCO-AC

CERTID NASC
3.951 FLS 151 LIV A-15

CPF
804.634.872-49

DATA DE NASCIMENTO
08/06/1997

3 VIA

SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

P 80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

Polegar Direito

Fernando Lucas Pinto Meireles

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 012983996893
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD RENAVAM 0086844503 EXERCÍCIO 2016

NOME CLAUDIMAR DA SILVA MEIRELES

AC

CPF / CNPJ 215.907.702-00 PLACA MZX2689

CHASSI 9C2KC08106R004702

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NÃO APLICA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARKA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2005 ANO LIC. 2016

CAP / POT / CL 2P / 0149CC / CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

1 *PAGO* COTA UNICA 1* *****
2* *****
3* *****
VEIC. COTA UNICA 1* *****
2* *****
3* *****

PARCELAMENTO / COTAS UNICA **
PRÊMIO TOTAL (R\$) 1.11 R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO 11/10/2016

OBSERVAÇÕES AL.FID. BANCO HONDA S/A *
BENEFICIÁRIO

LOCAL RIO BRANCO - AC DATA 07/11/2016

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

AC Nº 012983996893 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 07/11/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 215.907.702-00 PLACA MZX2689

RENAVAM 00868244503 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2005 CAL DRE 9 9C2KC08106R004702

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) R\$129.04 DENATRA (R\$) R\$14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$1.11 TOTA A SERVIDO MULTISEGURO (R\$) R\$292.01

PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/10/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180373299 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES **Data do acidente:** 13/04/2018 **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 CIRURGICO ORTOPEDICO: REDUÇÃO E OSTEOSINTESE 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, PREDINISONA 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

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 inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

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 OSTEOSINTESE 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 CEFLEXINA, 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? ☒ 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:

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 (*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias	Vide motivo do impedimento no campo das observações
<input checked="" type="checkbox"/> "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 _____ % do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal _____ % do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
Região Corporal _____ % do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal _____ % do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo

Dr. Lucigella Casar Souza
Cirurgia Geral
CRM 103 - AC

DUCIGELDA CASAS SOUZA CRM : 103 / UF :AC



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

Periciando: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

Página 1 de 3

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

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

Nº Laudo

16.0400.07.18

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





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL
Periciando: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

Página 2 de 3

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

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

Data do Acidente: 13/04/2018.

Assinatura do Médico Perito Legista

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

a) [X] Sim b) [] Não c) [] Prej.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometidas.

R: Membro inferior esquerdo.

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

R: Fratura diafisiária da tíbia e fíbula esquerda.

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

a) [] Sim b) [X] Não

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

R: XX.

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

a) [] Distúrbios apenas temporários.

b) [X] Dano anatómico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatómico e/ou funcional definitivo informando as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

R: Submetido à cirurgia ortopédica. Evoluiu com edema crônico e limitação funcional moderada do

movimentos do membro inferior esquerdo.

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

a) [] Sim, em que prazo:
b) [X] Não.



IML/AC
Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1360 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Vianna, nº. 1246, Rio Branco/AC - CEP: 69.900-526





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

Periciando: **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 abaixo assinalados.)

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

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

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

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

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

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

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

Segmento Anatômico

1ª LESÃO: Fratura diafisária da tíbia e fíbula esquerda.

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

2ª LESÃO: xxx

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

3ª LESÃO: xxx

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

4ª 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

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295330/18
Vítima: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES
CPF: 804.634.872-49

Data do Acidente: 13/04/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Samantha de Paula Barbosa



Ministério Público
do Estado do Acre

Promotoria Especializada de Defesa do
Consumidor - DPVAT



ASD – AVISO DE SINISTRO – DPVAT

1. Informações do Sinistro:

Seguradora Responsável			Local Entrega Documentos	
Seguradora Líder – Gerência de Sinistros			Via Correio	
Nome da Vítima			Data de Nascimento	Número CPF
Fernando Lucas Pinto Mendes			08/06/1997	804.634.872-49
Endereço			Bairro	Cidade
Rua Luiz Z da Silva, 292, Apto 422			Manoel Júlio	Rio Branco
Estado	UF	CEP	Estado Civil	Requerente
ACRE	AC	69.918-452	Solteiro	O mesmo
Tipo de Identificação		Identidade da Vítima	Órgão Expedidor da Identidade	
RG, CNH		406386	SSP/AC	
Natureza do Sinistro			Tipo de Vítima	
Invalidez			Colisão	
Tipo de Veículo envolvido no Sinistro			Número do B.O.	Data do Acidente
Moto				13/04/2018
O Veículo causador do acidente foi identificado			Valor total das despesas médicas	
Sim				

2. Informações do Requerente:

Nome do Requerente/Representante Legal			Número do CPF do Requerente	
Fernando Lucas Pinto Mendes			804.634.872-49	
Tipo Documento Identidade do Requerente			Identidade do Requerente	Órgão Expedidor
RG, CNH			406386	SSP/AC
Endereço do Requerente			Bairro	Cidade
Rua Luiz Z da Silva, 292, Apto 422			Manoel Júlio	
Estado	UF	CEP	Telefone	Telefone
ACRE	AC	69.918-452	68.99985-2067	68.9212-4857

3. Informações Bancárias:

Nome do Banco		Número do Banco	
Banco do Brasil		001	
Tipo de Conta		Agência	Conta
Conta Corrente		2358-2	53813-2

4. Informações Adicionais:

Contato Adicional (e-mail MPE/DPVAT)	
MMACEDO@MPAC.MP.BR	

MPE
Mara Célia Ramos de Macedo
Coordenadora do DPVAT
MPE/AC - Mat. 256

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180373299 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES **Data do acidente:** 13/04/2018 **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 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:

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 médico-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 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: 24/10/2018
Nome: FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES
CPF: 804.634.872-49

FERNANDO LUCAS PINTO MEIRELES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS