



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07099854720208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	12/01/2021 08:04:54

Partes

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

Documentos

Petição:	2776453_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2776453_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-17.pdf
Anexo - Petição:	2776453_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 18-25.pdf
Anexo - Petição:	2776453_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 26-30.pdf
Anexo - Petição:	2776453_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2776453_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 11-19.pdf
Anexo - Petição:	2776453_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 20-27.pdf
Anexo - Petição:	2776453_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 28.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 13-20.pdf

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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402452 Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 3705

Conta: 000001852-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.





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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402452 Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

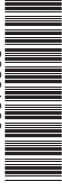
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01789/01790 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15265897



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/17

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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, de liquidez 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 entre 16 e 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 956

CPF da vítima

694.744.862-04

Nome completo da vítima

Pedro Henrique de Aguiar

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Pedro Henrique de Aguiar	694.744.862-04	Pedreiro
Endereço	Número	Complemento
Rua Santa Helena	126	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Ilheusópolis	Rio Branco	Acre
Email	CEP	Telefone (DDD)
	69.914.544	(68) 3301-8871

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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRANCO (000) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

3705

SE

013

CONTA

1852

DV

2

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NEL

AGÊNCIA

NÚMERO

DV

CONTA

NÚMERO

DV

(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 por Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CÓPIA



Rio Branco, 28 de Junho de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CÓPIA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402452 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 12/05/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de coplo do 3º e 4º metatarso do pé direito e LUXação Metatrsofalangeana 5to dedo pé direito
Fratura luxação cotovelo esquerdo

Descrição do exame físico: Pé direito: deformidade no dorso do antepe, aumento de volue do pé, limitação na flexoextensao das metatarsofalangeanas e das articulações dos dedos do pé, e redução da força muscular do pé.
MSE: aumento de volume do cotovelo, hipotrofia do braço, limitação na flexao e extensao do cotovelo e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: Tratamento: conservador com redução incruienta e imobilização gessada no pe e cotovelo, e fisioterapia
Alta: Janeiro de 2018

Sequelas permanentes: limitação funcional nas articulações metatarsofalangeanas e nos dedos do pé direito
Limitação funcional do cotovelo esquerdo conforme descrito no exame físico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/07/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM AVALIAÇÃO TECNICA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA E EXAME REALIZADO PAGO DANO FUNCIONAL EM 5 DEDO PÉ DIREITO E COTOVELO ESQUERDO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190402452

Nome do(a) Examinado(a): BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sanhaçu, 126 - Rio Branco/AC - CEP 69914-544

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 367886 - SEPC AC

Data e Local do Acidente : 12/05/2017

Data e Local do Exame : 19/07/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

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

Diagnostico: Fratura de coplo do 3° e 4° metatarso do pé direito e LUxação Metatrsofalangeana 5to dedo pé direito

Fratura luxação cotovelo esquerdo

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

Tratamento: conservador com redução incruenta e imobilização gessada no pé e cotovelo, e fisioterapia

Alta: Janeiro de 2018

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

Exame físico: Pé direito: deformidade no dorso do antepe, aumento de volue do pé, limitação na flexoextensao das metatarsfalangeanas e das articulações dos dedos do pé, e redução da força muscular do pé.

MSE: aumento de volume do cotovelo, hipotrofia do braço, limitação na flexao e extensao do cotovelo e redução da força muscular do membro.

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)? [X] Sim [] Não

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

Funcional: limitação funcional nas articulações metatarsfalangeanas e nos dedos do pé direito e redução da força muscular do pé.

Limitação funcional do cotovelo esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

() “Sem sequelas permanentes” (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

cotovelo esquerdo

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

Região Corporal

pé direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO



GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011351/2017

DADOS DO REGISTRO

Lista Hora Início do Registro: 22/09/2017 09:09

Data Hora Fim: 22/09/2017 09:29

Delegado da Polícia: Fabrício Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ativo: Departamento de Investigação Criminal

Data Hora do Fato: 12/05/2017 10:44

Local do Fato

Município: Rio Branco

Logradouro: RUA DROMEDÁRIO

Bairro: Lot Dr. Ison Alves Ribeiro

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1065 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ (VITIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Plácido de Castro

Sexo: Masculino

Nasc: 14/08/1968

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Filosofia: Cor: Parda

Nome da Mãe: Angélica Conrado de Queiroz

Nome do Pai: Braz Salles de Queiroz

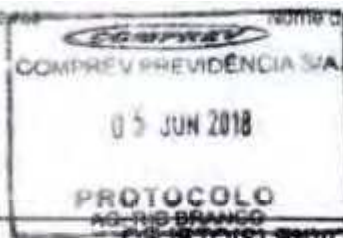
Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA S

Bairro: ILSON RIBEIRO

Telefone: (69) 99917-2916 (Celular)



Nº 126

CÓPIA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NXS3913

Número do Chassi: 9C2KC2210HR022993

Ano/Modelo Fabricação: 2017/2017

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Acre

Município Veículo: Rio Branco

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX

Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX

Veículo Aduddado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Bezaniel Conrado de Queiroz	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vítima (procurado) esta Especializada e noticiou que na data, local e horas supramencionados sofreu acidente de trânsito. Disse que ao desviar de um buraco da via pública caiu, tendo fraturado o braço esquerdo e quebrado dois dedos do pé direito, tudo conforme laudos e exames médicos.

ASSINATURAS

Valdir do Nascimento Correia
Valdir do Nascimento Correia
Responsável pelo Atendimento

Bezaniel Conrado de Queiroz
Bezaniel Conrado de Queiroz
Vítima



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rogério Corrado de Queiroz

CPF da Vítima

699.744.862-04

Data do Acidente

12/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Assinatura

Telefone (DDD)

(68) 3301-8871

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, sob o risco do seu conteúdo.

COPIA



Rio Branco 28 de Maio de 2018

Local e Data

Rogério Corrado de Queiroz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SANTO 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 25/05/2018 Hora emissão: 09:27 Operador	
Nº da Ocorrência 1705120073	Qtd. Vítimas 1	DNHr Início: 12/05/2017 16:06 DNHr Término: 12/05/2017 16:55	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUEDA DE MOTO		

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante	
End.: R DROMEDARIO	
Bairro: ILSON RIBEIRO	
Cidade: RIO BRANCO	
CEP	
Ponto de Referência: EM FRENTE A ACADEMIA DA PREFEITURA	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 99645498
Quem:

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente IDESALIEL CONRADO DE QUEIROZ	Idade: 48 ANO(s)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

CÓPIA

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL: PACIENTE COM LUXAÇÃO EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	
Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:09
	Avaliação: SENHOR SOFREU QUEDA DE MOTO E APRESENTA FRATURA DE MEMBRO SUPERIOR, ESCORIAÇÕES.	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO - HUERB		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		



1	Docação ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Destino LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Interconferência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 R80	Data/Hora Encio Equipe: 12/05/2017 16:10
	DI/Hr: Saída Base: 12/05/2017 16:10	DI/Hr: Chegada Local: 12/05/2017 16:26
	DI/Hr: Saída Local: 12/05/2017 16:45	DI/Hr: Chegada Destino: 12/05/2017 16:54
	DI/Hr: Saída Destino: 12/05/2017 16:54	DI/Hr: Chegada Base: 12/05/2017 16:55

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elaborado por Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06		YARA SOUZA DE FIGUEREDO
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	12/05/2017 16:06	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	12/05/2017 16:44	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA

CÓPIA





Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº
1705120073, de 12/05/2017, às 16:06 horas, registrada pelo SAMU como:
QUEDA DE MOTO, com 01 vítima, refere-se a **BEZALIEL CONRADO DE**
QUEIROZ, 48 anos.

Rio Branco, 25 de maio de 2018.

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

CÓPIA



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: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03705

CONTA: 000000001852-2

Nr. da Autenticação E74625D14E294555

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bernardo Leonardo de Queiroz,RG nº 367 886, data de expedição 23/10/2017 Órgão SSP/AC,CPF nº 694.744.862-09, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>Banhau</u>
Número	<u>126</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Ilson Ribeiro</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>ACRE</u>
CEP	<u>69.914-544</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 23/05/2018Assinatura do Declarante: Bernardo Leonardo de Queiroz

CÓPIA



Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Vinte e Nove de Abril, 126 - Centro - Rio Branco - AC
CEP: 69.014-344 - Fone: (16) 344-4444

Para contato com o
Departamento, informe
este número

SFV CÓDIGO
0258583-9

Nº da Nota Fiscal: 001209196

CONSUMIDOR	VENCIMENTO	CONSUMO EM kWh	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	22/05/2018	163	123,38

DEZALTA CORADO DE QUETROZ
R. SANTIAGO 126 - RUA RIBEIRO
CEP: 69.014-344 - RIO BRANCO

ROT: 11.001.11.30.007210

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO
17/05/2018	115,29	CONSUMO
17/04/2018	5,04	CONTA ILUMINACAO PLS (COSIP)
14/06/2018	0,36	CORRECAO MONETARIA IC 04/18-00
14/05/2018	2,10	MULTA POR ATRASO 04/18-00
17/05/2018	0,59	JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00
	0,46	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA

RESIDENCIAL MONO 7165745

RESUMO DE CONTAS

PERÍODO	VALOR
ABR/18	150
MAR/18	178
FEB/18	170
JAN/18	145
DEZ/17	171
NOV/17	153
OCT/17	175
SET/17	169
AGO/17	165
JUL/17	180
TOTAL	1.616

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 163 A R\$ 0,707325 = 115,29

CONTA ILUMINACAO PLS (COSIP) 5,04

CORRECAO MONETARIA IC 04/18-00 0,36

MULTA POR ATRASO 04/18-00 2,10

JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00 0,59

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,46

DECLARAÇÃO DE QUITAÇÃO DE DÉBITOS DESTA UNIDADE EM 2017 (R\$ 1.200,00)

LIGUE 0800 047 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

Parabéns! Até o dia 14/05/2018, não constatamos faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

IMPORTE A PAGAR

CONSUMO EM kWh	VALOR
CONSUMO	115,29
CONTA ILUMINACAO PLS	25,00%
VALOR DO ICMS	28,82
VALOR DO IPTU	0,43
VALOR DO COSIP	0,43

INDICADOR DE CONTINUIDADE

INDICADOR	VALOR
CONTINUIDADE	115,29
CONTINUIDADE	25,00%
CONTINUIDADE	28,82
CONTINUIDADE	0,43
CONTINUIDADE	0,43

TANGARA

ROT: 11.001.11.30.007210

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Vinte e Nove de Abril, 126 - Centro - Rio Branco - AC
CEP: 69.014-344 - Fone: (16) 344-4444

SFV CÓDIGO: 0258583-9

05/2018

TOTAL A PAGAR - R\$ 123,38

VENCIMENTO 22/05/2018

001209196 FCAN

83650000001 0 23380045000 6 00000000258 4 58390518008 4

CÓPIA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kellen da Silva Araújo,RG nº 951875, data de expedição 24/06/16, Órgão SESSEC/RO

CPF nº 906.421.472-72, venho perante a este instrumento declarar que não possui 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>Nações Unidas</u>
Número	<u>719</u>
Apto / Complemento	<u>Bot.03</u>
Bairro	<u>Boquele</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-468</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3303-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

COPIA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 28/06/2018Assinatura do Declarante: Kellen da S. Araújo

[illegible]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 12/01/2021 às 08:04 , sob o número WEB121700007688 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709985-47.2020.8.01.0001 e código 280D6B5.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Berzeliel Comodoro de Almeida,RG nº 367886, data de expedição 23/10/17, Órgão SSP/AE,CPF nº 694744862-04, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>R: Santa Helena</u>
Número	<u>126</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Ilson Ribeiro</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>63934-544</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 999975323</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 03/07/18Assinatura do Declarante: Berzeliel Comodoro de Almeida

Eletrobras
Distribuição Acre

Para conferir o consumo e o valor da conta, informe o NÚMERO

SEU CÓDIGO
0258583-9

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valdeir Macedo 220 - Banguê - Rio Branco - AC
CNPJ: 06.969.474/0001-90 (Insc. Estadual: 01.004.141/0001-98)
Endereço: Centro de Energia Elétrica - Santa Olívia

Nº da Nota Fiscal: 004837340

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.426 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	21/06/2019	146	132,42

BEZALTEL CONRADO DE QUEIROZ
R. SANPAULI 126 ELSON RIBEIRO
CPF: 00069474486204
CEP: 69.914-544 - RIO BRANCO

ROT: 11.001.11.20.007240

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	11397	Atual	13/06/2019
Anterior	11251	Anterior	15/05/2019
Variação de consumo (kWh)	1,000	Próxima leitura	15/07/2019
Consumo médio	146	Consumo	12/06/2019
Consumo mínimo	146	Ativação	13/06/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Qualidade	Uso	Numero Medidor	Posto	Código Fat.
RESIDENCIAL	MONO	7165745		1.1.1.1
				166

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
04/19 101	CONSUMO 146 A R\$ 0,839063 = 122,50
05/19 149	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CCSIP) 5,28
06/19 161	CORRECAO MONETARIA IC (04/19-00) 1,17
07/19 141	MULTA POR ATRASO 04/19-00 2,51
08/19 182	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00 0,96
09/19 160	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,88
10/19 120	
11/19 166	
12/19 166	
01/20 166	
02/20 166	
03/20 166	
TOTAL SEM JUROS E MULTAS	
A R\$ 146 - 0,839063	

MENSAGENS IMPORTANTES / ABAIXO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 142,65

Para considerar a multa e juros, o consumidor deve pagar a conta até o vencimento. Caso contrário, a multa e os juros serão adicionados ao valor da conta. O valor da multa é de R\$ 2,51 e o valor dos juros é de R\$ 0,96.

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVADO AO FISCO C9B3.775D.5B94.129F.E8F6.433A.4F82.6189

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	34,28	Base de Cálculo	122,50
Impostos	40,62	Alíquota ICMS	25,00%
Tributação	1,06	Valor do ICMS	30,62
Juros	12,71	Valor do PIS	0,67
Multas	34,41	Valor do COFINS	3,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMIC	DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99	
Realizado	0,69			2,00			0,56	

Consumo: TANGARA Período de apuração: 04/2019 US\$ 55,32

ROT: 11.001.11.20.007240

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valdeir Macedo 220 - Banguê - Rio Branco - AC
CNPJ: 06.969.474/0001-90 (Insc. Estadual: 01.004.141/0001-98)

SEU CÓDIGO: 0258583-9

MÊS FATURADO: 06/2019

Nº da Nota Fiscal: 004837340

TOTAL A PAGAR - R\$: 132,42

VENCIMENTO: 21/06/2019

FCAN

8366000001 9 32420045000 9 00000000258 4 58390619008 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego da S. Paulo,RG nº 9.516.75, data de expedição 24/06/16, Órgão SESDEC/PA

CPF nº 9064212122, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Nelson Mandela</u>
Número	<u>755</u>
Apto / Complemento	<u>Box 3</u>
Bairro	<u>Bosque</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 999.97.53.29</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Rio Branco, 03/07/13

Assinatura do Declarante: Diego da S. Paulo



Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Machado 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ nº 04.000.000/0001-70 (Insc. Estadual nº 004.141/001-48)
Nota Fiscal / Comprovante de Pagamento - Sem Valor

Para conferir o valor
Fornecido, compare
este número

SEU CÓDIGO

0394141-8

004926564

Nº de Nota Fiscal

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEE foi emitida
de acordo com a Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	13/07/2019	198	189,40

CLIENTE REGINA DE JESUS MESQUITA DA BOCHA
AV. NACOES UNIDAS 719 BOX 02 BOSQUE
CPF: 00056533196215
CEP: 69.900-465 - RIO BRANCO

ROT: 4.001.04.03.002290

DADOS DE LEITURA	VALOR	DATAS DE LEITURA
Atual	5939	24/06/2019
Anterior	5731	23/05/2019
Consumo de Referência	1,000	23/07/2019
Consumo Mensal	198	19/06/2019
Consumo Anterior	198	24/06/2019
Forma de Faturamento	NORMAL	Diário de Consumo
Código de Irregularidade	FCAM	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Nome Medidor	Posto	Código P&L	Módulo 12 meses
COMERCIAL	BI	BIF16205233	3.6.3.2	195

RESUMO DA CONTA	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
MAR/19 191	CONSUMO 198 A R\$ 0,834867 =	165,30
ABR/19 184	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,13
MAR/19 151	RELIÇAO	10,86
FEV/19 177	CORRECAO MONETARIA 10 04/19-00	2,43
JAN/19 186	MULTA POR ATRASO 04/19-00	1,12
DEZ/18 213	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00	1,56
NOV/18 185	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,48	
OUT/18 238		
SET/18 305		
AGO/18 192		
TOTAL R\$ 175,39		

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/07/2019. O não pagamento após 30 dias poderá resultar em inclusão do nome do consumidor na CADINRA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVADO AO FISCAL 330A.621C.47FO.A5EB.B3EB.C09B.BF53.B1E9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Consumo 46,14	Base de Cálculo 165,30
Imposto 54,82	Alíquota ICMS 25,00%
Outros 1,43	Valor ICMS 41,32
Desconto 10,48	Valor ICMS 0,55%
Tributos 46,43	Valor ICMS 2,55%

INDICADORES DE CONTINUIDADE	PIC	DMC	DMCII
Mensal	6,27	12,54	25,05
Trimestral	3,92	7,65	15,78
Anual	1,00	0,71	
Período de observação	04/2019	R\$ 69,81	

ROT: 4.001.04.03.002290

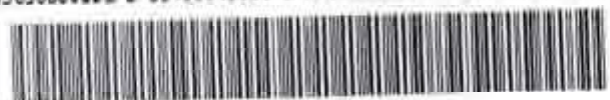
Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Machado 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ nº 04.000.000/0001-70 (Insc. Estadual nº 004.141/001-48)

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0394141-8	189,40
MES FATURADO	VENCIMENTO
06/2019	13/07/2019

Nº de Nota Fiscal: 004926564 FCAM

83630000001 2 89400045000 3 000000000394 7 14180619008 0





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221204. (atendimento para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

CÓPIA

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

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

A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resgate.

O Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

PRESTADOR ou Reinaldo da Silva Araújo inscrito (a) no CPF 906.421.472 / 72
 ou representante de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bergiel Corrêa de Queiroz inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 694.744.862 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima
Bergiel Corrêa de Queiroz inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.744.862 / 04 conforme
 determinação da Circular Susep 445/12;

Profissão: Receita - ME Renda: Receita - ME e apresento os documentos comprobatórios
Receita - ME

☒ INFORMAÇÕES

Para não incorrer nas penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

<u>UV - Nações Unidas</u> Cidade: <u>Rio Branco</u>		Número: <u>739</u> Estado: <u>Acre</u>	Complemento: <u>Box 03</u> CEP: <u>69.900-963</u>
Telefone comercial (DDD): <u>(68) 3301-8871</u>		Telefone celular (DDD): <u>(68) 99919-5644</u>	



Rio Branco 28 de Maio de 2018
 Local e Data

Reinaldo da Silva Araújo
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Beguel Corrado de Queiroz,
 RG nº 317886, data de expedição 05/07/2004,
 Orgão SSP/AC, portador do CPF nº 684.744.862-04, com
 domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Santa Helena, Ilson Balduino, nº 126,
 complemento 102A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Beguel Corrado de Queiroz, cujo o condutor era
Beguel Corrado de Queiroz.

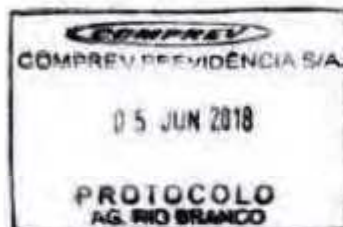
Veículo: carro
 Modelo: HONDA / CG 160 TITAN EX
 Ano: 2012
 Placa: NXS 3913
 Chassi: 7CLX C2210 H R0 22833
 Data do Acidente: 12/05/2018
 Local e Data: Rio Branco, 24/05/2018

Beguel Corrado de Queiroz
 Assinatura do Declarante

Beguel Corrado de Queiroz

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CÓPIA



HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 84674
 Numero do CNS...: 898002921360421
 Nome...: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
 Documento...: Tipo :
 Data de Nascimento: 14/08/1968 Idade: 48 anos
 Sexo...: MASCULINO
 Responsavel...: BRAZ SALES DE QUEIROZ
 Nome da Mae...: ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ
 Endereco...: CONJ. WILSON RIBEIRO RUA F 262
 Bairro...: CALAFATE Cep.: 69900-000
 Telefone...: 99904-3586
 Municipio...: 1200401 - - AC
 Nacionalidade...: BRASILEIRO
 Naturalidade...: ACRE

(B)

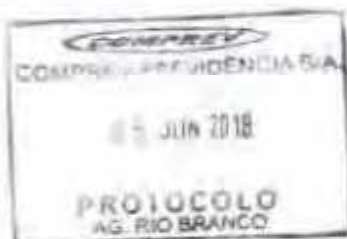
DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2452178
 Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito...: 040.0152
 Data da Internacao: 12/05/2017
 Hora da Internacao: 18:00
 Medico Solicitante: 959.557.804-59 - HERCULES MAGALHAES O. DO CARMO
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico...: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
 Dt. Hr Saida:
 Especialidade:
 Tipo de Saida:
 CID Principal:
 CID Secundario:
 Principal:
 Secundario:
 Outro: 121710017907-5

CÓPIA



SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Edurcio
225270

201 072 675 480 003

fls. 74

Novo Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE SAÚDE

4 JO DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde

1. NOME DO PACIENTE: **Bezzollet comrado de Avelinoz.**

2. DATA DO NASCIMENTO: **14/08/1968**

3. SEXO: ☒ M ☐ F

4. N.º DO PRONTUÁRIO: **84674**

5. NOME DO RESPONSÁVEL: **Angela comrado de Avelinoz.**

6. ENDEREÇO: **Rua Wilson Ribeiro Rua F 262 Catapé**

7. CIDADE: **Rio Branco**

8. ESTADO: **AC**

9. CEP: **69000-000**

CÓPIA

deve limitar de movimento + de formidado.

Cirurgia



SAME / HUERO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Exame físico + Rx + Anamnese.
Ex. de 3º e 4º PA Pe @ + Ex. de 2º PA Pe @

10. ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: **Dr. Aluizio Alves**

11. DATA: **19/05/17**

12. N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **01308010019**

13. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

14. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

15. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

16. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

17. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

18. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

19. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

20. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

21. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

22. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

23. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

24. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

25. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

26. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

27. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

28. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

29. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

30. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

31. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

32. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

33. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

34. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

35. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

36. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

37. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

38. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

39. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

40. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

41. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

42. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

43. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

44. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

45. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

46. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

47. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

48. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

49. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

50. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

51. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

52. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

53. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

54. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

55. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

56. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

57. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

58. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

59. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

60. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

61. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

62. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

63. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

64. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

65. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

66. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

67. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

68. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

69. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

70. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

71. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

72. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

73. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

74. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

75. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

76. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

77. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

78. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

79. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

80. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

81. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

82. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

83. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

84. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

85. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

86. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

87. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

88. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

89. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

90. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

91. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

92. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

93. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

94. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

95. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

96. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

97. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

98. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

99. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

100. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO: **01308010019**

151'8"

AS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO BE: 2452178 DATA: 12/05/2017 HORA: 17:13 USUARIO: SHEYLA
INS: 699002921360421 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ DOC...:
IDADE: 48 ANOS NASC: 14/08/1968 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO: CONJ. WILSON RIBEIRO RUA F NUMERO: 262
COMPLEMENTO: BAIRRO: CALAFATE
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
NOME PAI/MAE: BRAZ SALES DE QUEIROZ /ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ
RESPONSÁVEL: ESPOSA-MARIA DAS GRACAS TEL...: 99904-3586
PROCEDENCIA: CALAFATE
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
CASO POLICIAL: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM
ACTO TRABALHO: NAO

PA 450 X 80 mmHg PULSO 68 TEMP. PESO FC SPO2 98

EXAM COMPL. RATIO X SANGUE URINA TC LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: SIM NAO

DIAGNOSTICO: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Queixa principal: Acidente de trânsito, queda de moto, com fraturas de fêmur e tibia da perna esquerda. Sangue com mancha em MSE. Escala de dor: (SEM DOR) (LEVE) (MODERADA) (INTENSA) VERDE AMARELO VERMELHO AZUL

DIAGNOSTICO:

COMPROV. PREVIDENCIA S/A
PRESCRICAO
15 JUN 2018

CÓPIA

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 15/06/2018 Hora da Saída: 17:35
ATA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
CONTINUACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBJETO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

14.13hs - Admitido SETI, veio trazido pelo SAMUB, por relato de queda de moto com imobilização do membro esquerdo e com várias escoriações pelo corpo.

LENTO

REGISTRO:

100

NOMES:

1982 JUNE 10
1982 JUNE 10
1982 JUNE 10



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO

PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

151

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 12/05/2017

DT: 12/05/2017

PALX COIVVELO ESQUERDA
FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PE
DIREITO

SVD

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0,9% 500ML N 12/24
3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 8/8/1
4. TRAMAL 100 MG + 100ML SFD 9% EV 8/8+12H
5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8+12H
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
OU
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)
7. CUIDADOS GERAIS



CÓPIA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

500 + 500
10 10 20 04

06

10:00 h Paciente Leito,
despente, não repete
queixas no momento,
Portando O.V.P, não li-
gada curativos, medicado
com, 1cc Substância cristalina
375.446

16:00 h Paciente não repete
queixas no momento, ac-
tão os dados observados, f.f.p,
medicados com, 1cc 10000
mg, 1cc Substância cristalina
375.446

14/5/2017
14:50 h Paciente não repete
queixas no momento, ac-
tão os dados observados, f.f.p,
medicados com, 1cc 10000
mg, 1cc Substância cristalina
375.446



SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO

PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

151

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 12/05/2017	1. DIETA VO LIVRE SNUD	
DT: 12/05/2017	2. SF 0,9% 500ML N 12/12H - 500 750	
FXLX COTOVELO ESQUERDO	3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 6/6H - 50 750	
FRATURA DO 3 E 4 MT DE PE	4. TROMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SIN	
DIREITO	5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 750	
TROCA DA TALA GESSADA DIA	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
14/05/2017	OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)	
18/05/2017	7. CURTADOS CERAIS	
(AGUARDIA ESPECIALISTA)	8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS - 50 750	
	9. CURATIVO 1 X AO DIA	

CÓPIA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Felipe Henrique, Diretor
PEDIatria e Neonatologia
CMCB - C

COMPRES
COMPROVAÇÃO DE PRESENCIA
15 JUL 2018
PROTÓCOLO
AG 310 BRANCO

01:00 - Pac. ass
estado: BTE, sup -
adul. comenice
frio, foi sugere
gado, realizado
curativo, mede
apm. Pac. acord
17:30. Evoluam C
PA = 020 x 70 mmHg
Rx: Lateral
17/05/17 08:00h
Pac. repouso ab
sil respiratór
em curativo no
membro PA 120 x 50
mmHg TC (Lateral)
CAGR 3 8875/11



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

fls. 81

REGISTRO

PACIENTE

BEZAUUEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

151

HUEB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 12/05/2017	1. DIETA VO LIVRE 5MD	
DT: 12/05/2017	2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H -- 900 + 500	
FX/LX COTOVELO ESQUERDO	3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 6/6H -- 10.10.22.14	
FRATURA DO 3 E 4 MT DE PE DIREITO	4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H 500	
	5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 700	
TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA -- 14	
	OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)	
16/05/2017 (AGUARDAR ESPECIALISTA)	7. CUIDADOS GERAIS	
	8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS -- 10.10.22.14	
	9. CURATIVO 1 X AO DIA -- 14	

CÓPIA

Felipe Henrique de M. Dutra
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM/AC 2206

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



pele, lóte em pr. Indicando
acompanhado no lóte
Nigizora, boa, sem
de creatina em urina
falso inc. pm. rec. sendo
de HUEB
pele uniformes que seguem
estend. sem quebras no lóte
f. p. dec. sendo
AOS: 00 paciente exp.
em aparência, af. lóte,
sem quebras, modi-
cado (8PM). Te. S. lóte



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

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	151
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 12/05/2017 DI: 12/05/2017 PAIX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 15/05/2017 (AGUARDANDO ESPECIALISTA) SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PÉ DIREITO.		1. DIETA VO LIVRE <i>SN</i> 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H - <i>500 + 500</i> 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 6H - <i>1000 - 1000</i> 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8H <i>SN</i> - <i>4</i> 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8H <i>SN</i> 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS 9. CURATIVO 1 X AO DIA		<i>7:00 às 18:00 h -</i> <i>plante supervisão,</i> <i>caso comunique</i> <i>tiro, realizando</i> <i>limpeza e perfuração</i> <i>e auxílio de osm,</i> <i>paciente, trocador</i> <i>deixa em melhor</i> <i>estado, feito curativo</i> <i>de gelatina, limpo,</i> <i>base e sem odor,</i> <i>verificado P.A =</i> <i>90x70 mmHg. Sem</i> <i>queixas. Te. Chama</i> <i>atenc 437603</i> <i>OK de 6:00 até 18:00h</i> <i>informe, o paciente, CEI</i> <i>atenc 437603, P.A = 90x70 mmHg</i> <i>atenc 437603</i> <i>TE Chama atenc 437603</i>

CÓPIA

Felipe Henrique M. Duarte
PMA Ortopedia e Traumatologia
CMCB 2106

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 12/01/2021 às 08:04 , sob o número WEB121700007688 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709955-47.2020.8.01.0001 e código 280D6B7.

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE		IDADE		CLINICA		LEITO	
REGISTRO	PACIENTE	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151	HUEB		
BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ		HORARIO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
DT: 12/05/2017 DT: 12/05/2017 FXLX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PE DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PE DIREITO. AGUARDAR AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA 14/05/2017	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H 3. DIFERON 1 GRAMA EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8H S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - S/N 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS 9. CURATIVO 1 X AO DIA - S/N	01:00 - Pac. com estado geral satisf. apêndice normal resado, não há dor abdominal e med. após 17:00 - Pac. com 01 - Pac. com Pac. 15.04.2017 do dia 20.05.17. Pac. com dor abdominal. medicado com analg. e de 12h o paciente sem nenhuma alteração Pac. em 13a hospitalização de 10 dias de intern.					

REGISTRO	
PACIENTE	
BEZALUEL CONRADO DE QUEIROZ	
48	
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	
151	

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMEIRO
DT: 12/05/2017 FOLX COTONELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MT DE PE DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P DIREITO. AGUARDA AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA (20/05/2017) SOLICITADO NOVOS LABORATORIAIS (20/05/2017)	1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SF 0,9% 500ML N 12/12H 500 50/100 3. DIPRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SIN 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8H 7,5ML 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA 20 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 8H HRS 9. CURATIVO 1 X AO DIA 20 10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PASSE 150CM PAD + 10mmHg		Os exames laboratoriais realizados em 12/05/2017 apresentando teste de função hepática, função renal e função glicêmica, apresentando bom quadro clínico. A P. Te. está medicada com P. Te. 200mg às 17:00 por via oral. O paciente apresenta quadro de dor no membro superior direito, medicado com Tramal 100mg + Plasil 10mg EV 6/6h. O paciente apresenta quadro de dor no membro superior direito, medicado com Tramal 100mg + Plasil 10mg EV 6/6h. O paciente apresenta quadro de dor no membro superior direito, medicado com Tramal 100mg + Plasil 10mg EV 6/6h.

CÓPIA

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

COMPRESO
COMPTON S.p.A. - VIA
05 JUN 2018
PROTOCOLLO
N. 110 BIANCO

[illegible]

CÓPIA

~~Religie Hristiană și Cult
din Orașul Iași
CAM/1108~~

COMPRES
COMPRESSO E ADRENALINA S.A.
15 JUN 2018
PROTOCOLLO
AG. RIO-BRANCO

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

7.00 hrs por: supruice
 06.00 hrs por: supruice
 05.00 hrs por: supruice
 04.00 hrs por: supruice
 03.00 hrs por: supruice
 02.00 hrs por: supruice
 01.00 hrs por: supruice
 00.00 hrs por: supruice
 23.00 hrs por: supruice
 22.00 hrs por: supruice
 21.00 hrs por: supruice
 20.00 hrs por: supruice
 19.00 hrs por: supruice
 18.00 hrs por: supruice
 17.00 hrs por: supruice
 16.00 hrs por: supruice
 15.00 hrs por: supruice
 14.00 hrs por: supruice
 13.00 hrs por: supruice
 12.00 hrs por: supruice
 11.00 hrs por: supruice
 10.00 hrs por: supruice
 09.00 hrs por: supruice
 08.00 hrs por: supruice
 07.00 hrs por: supruice
 06.00 hrs por: supruice
 05.00 hrs por: supruice
 04.00 hrs por: supruice
 03.00 hrs por: supruice
 02.00 hrs por: supruice
 01.00 hrs por: supruice
 00.00 hrs por: supruice



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

REGISTRO PACIENTE

BEZAEUEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE 48

CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 151

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DI: 12/05/2017 DI: 12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MT DE PE DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PE DIREITO. AGUIA/RDA AGENDAMENTO ESPECIALISTA (20/05/2017) SOLICITADO NOVOS LABORATORIAIS (20/05/2017)	1. DIETA VO LIVRE <i>3 x 3</i> 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H - <i>500 + 500</i> 3. DIPYRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 88H - <i>90.22.14</i> 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 88H <i>SN</i> 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 88H <i>SN</i> 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA - <i>4</i> OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS 9. CURATIVO 1 X AO DIA - <i>4</i> 10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS 180 OU PAD 110mmHg	COPIA COMPREVE COMPROVAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO 04/06/2018 PROTOCOLADO NO RIO BRANCO Pelipe Henrique de M. Dutra PM (Onde estiver o nome dele) (Assinatura)	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	<i>Não pôde ser visto paciente no laboratório, comparecer, a fim de tomar banho e fazer exame, com quadro de dor, com parafusos no cotoVELO + quebra do cotoVELO + quebra do cotoVELO, de 30 do parafusos, de 30 do parafusos, + a medicação c.p.m. quebra cotoVELO F.F.F. de 30 do cotoVELO de 30 do cotoVELO. PA = 192 x 80 mmHg</i> <i>04.30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>1. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>2. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>3. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>4. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>5. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>6. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>7. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>8. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>9. 30.05.17 = 04.30.05.17</i> <i>10. 30.05.17 = 04.30.05.17</i>
---	--	--	--	--



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

REGISTRO

PACIENTE

BEZAUEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

151

HUEBR
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

DI:12/05/2017
DI:12/05/2017
FX/LX COITOVELO ESQUERDO
FRATURA DO 3 E 4 MT DE PE
DIREITO
TROCA DA TALA DESSADA DIA
14/05/2017
SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PT
DIREITO.
AGUARDA AGENDAMENTO DO
ESPECIALISTA(20/05/2017)
SOLICITADO
LABORATORIAIS(20/05/2017)
NENHOS
AVALIADO PELO ESPECIALISTA
(22/05/2017/KP/ROT103H/CTD)

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0,5% 500ML IV 12/12H
3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 6/6H
4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H(S/N)
5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8H(S/N)
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
OU
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)
7. CUIDADOS GERAIS
8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS
9. CURATIVO 1 X AO DIA
10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110mmHg



Selipe Henrique APOL. Dutra
CRM 100611/06
CRM 100611/06

SAME / HUEBR
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

As 07:00 notando
do estado de consciência
ante, comunicativa
apareceu, demonstrando
com auxílio da família
livre, não verbal
gras no momento,
mantendo o estado de
Alta acintar com a
dieta oferecida, fígado
fígado logica presente
também com o de am
veio, trocando lençol
de cama e roupa por
nova, curativo novo
feito com SF 0,9%,
Clonidina no estado
margem de MID.
Tea corpo presente
Carni 95,5g
Ativo Presente
No tempo após o 02mo
mundo, PAS 100x60mmHg
Rec. Enfoço presente



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

REGISTRO

PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

151

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 12/05/2017	1. DIETA VOLUNTARE 9NJ 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H - 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 800H - 40:36:30:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0.9% EV 800H (SN) 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 800H (SN) - 4 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS - 40:36:30:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA - 4 10. CAPSULAS 25MG VO SE PAS-100 OU PAD-110mmHg	B. 30.00. Prescrito de acordo com o diagnóstico e tratamento da paciente. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção.
DI: 12/05/2017	1. DIETA VOLUNTARE 9NJ 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H - 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 800H - 40:36:30:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0.9% EV 800H (SN) 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 800H (SN) - 4 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS - 40:36:30:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA - 4 10. CAPSULAS 25MG VO SE PAS-100 OU PAD-110mmHg	B. 30.00. Prescrito de acordo com o diagnóstico e tratamento da paciente. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção.
DI: 12/05/2017	1. DIETA VOLUNTARE 9NJ 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H - 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 800H - 40:36:30:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0.9% EV 800H (SN) 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 800H (SN) - 4 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS - 40:36:30:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA - 4 10. CAPSULAS 25MG VO SE PAS-100 OU PAD-110mmHg	B. 30.00. Prescrito de acordo com o diagnóstico e tratamento da paciente. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção.
DI: 12/05/2017	1. DIETA VOLUNTARE 9NJ 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H - 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 800H - 40:36:30:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0.9% EV 800H (SN) 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 800H (SN) - 4 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS - 40:36:30:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA - 4 10. CAPSULAS 25MG VO SE PAS-100 OU PAD-110mmHg	B. 30.00. Prescrito de acordo com o diagnóstico e tratamento da paciente. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção.
DI: 12/05/2017	1. DIETA VOLUNTARE 9NJ 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H - 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 800H - 40:36:30:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0.9% EV 800H (SN) 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 800H (SN) - 4 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS - 40:36:30:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA - 4 10. CAPSULAS 25MG VO SE PAS-100 OU PAD-110mmHg	B. 30.00. Prescrito de acordo com o diagnóstico e tratamento da paciente. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção.
DI: 12/05/2017	1. DIETA VOLUNTARE 9NJ 2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H - 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 800H - 40:36:30:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0.9% EV 800H (SN) 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 800H (SN) - 4 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS - 40:36:30:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA - 4 10. CAPSULAS 25MG VO SE PAS-100 OU PAD-110mmHg	B. 30.00. Prescrito de acordo com o diagnóstico e tratamento da paciente. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção.

CÓPIA

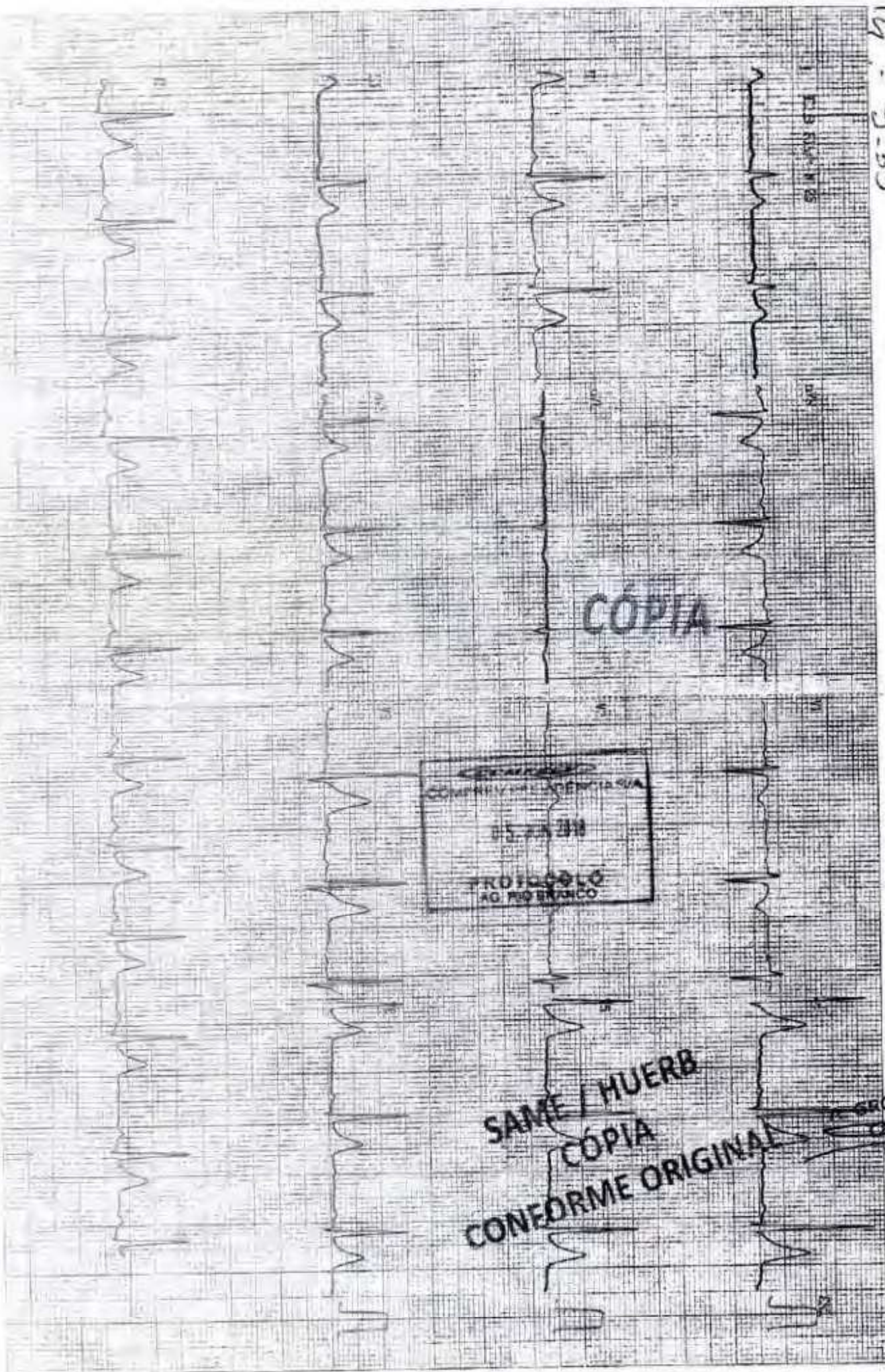
Felipe Henrique dos Reis, Diretor
FIM Despesa Administrativa
R\$ 2106

COMPREV
COMPROVAÇÃO DE RESERVA
05 JUN 2018
PROTOCOLO
Nº 100 BRANCO

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

B. 30.00. Prescrito de acordo com o diagnóstico e tratamento da paciente. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção. A paciente está bem, sem sinais de infecção.

SE: 6 - 41
9:35
cma 8



COMPANHIA ADENIA S/A
15-7-2020
PROTOCOLO
AO PROENANCO

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

ROVER PTAL
Cardiologia
CRM 638

71



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

COMPRES COMPRESSÃO DEVIDÊNCIA
11.5 JUN 2018
PROTOCOLO AC. RIO BRANCO

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: *RX/LX de cotovelo ⑤ +*

RX de 3º e 4º PAPE ⑥ + LX de 5º PAPE ⑦

Motivo da Cobrança: _____

Dr. Alvaro Alves
P.R.M.O. Ortopedia e Traumatologia
CRM 2061

- 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/ FISIOLÓGIA
- 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. REG.

- 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

CÓPIA

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Nome: BEZALIEL CONRRADO DE QUEIROZ

Idade: 48 A

Exame: TC DE COTOVELO ESQUERDO

Atendimento: 30147

Data: 13/05/2017

TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

RELATÓRIO:

Exame realizado sob tala gessada.

Fratura transversal completa e intra-articular na região dorsal da cabeça do rádio, com fragmento ósseo deslocado anterior e distalmente, junto ao colo do rádio, medindo cerca de 2,2 cm.

Fratura / avulsão do processo coronoide da ulna, com fragmento ósseo de 2,1 cm deslocado superiormente em cerca de 1,3 cm.

Pequena impactação cortical no rebordo posterior do capitulo umeral.

O conjunto dos achados acima descrito é sugestivo de episódio de luxação posterior reduzida do cotovelo.

Sinais de acentuado derrame articular no cotovelo.

Borramento difuso de partes moles do cotovelo, mais significativa na região posterior.

Demais estruturas ósseas preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura transversal completa e intra-articular na região dorsal da cabeça do rádio.

Fratura / avulsão do processo coronoide da ulna.

Pequena impactação cortical no rebordo posterior do capitulo umeral.

O conjunto dos achados acima descrito é sugestivo de episódio de luxação posterior reduzida do cotovelo.

Sinais de acentuado derrame articular no cotovelo.

CÓPIA



DR. MARCOS PARENTE

MÉDICO RADIOLOGISTA

CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Idade: 45 A

Exame: TC DE PÉ DIREITO

Atendimento: 30353

Data: 18/05/2017

TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

RELATÓRIO:

Fratura transversal completa no colo do 3º e 4º metatarsos, com desvio plantar do segmento distal e com diástase cortical de até 0,4 cm.

Presença de barra fibrocartilaginosa na região plantar do cuneiforme lateral e base do 3º metatarso, com leve esclerose nas superfícies apostas.

Ossificação de 0,8 cm adjacente à região dorsal da navicular-cuneiforme medial, de aspecto crônico.

Diminuto esporão calcaneano dorsal.

Proeminência do processo posterossuperior do calcâneo.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Ausência de derrame articular significativo.

Planos musculares e tendíneos sem anormalidades evidentes, salientando-se a limitação do método na avaliação destas estruturas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura transversal completa no colo do 3º e 4º metatarsos, com desvio plantar do segmento distal.

Presença de barra fibrocartilaginosa na região plantar do cuneiforme lateral e base do 3º metatarso.

Ossificação adjacente à região dorsal da navicular-cuneiforme medial, de aspecto crônico.

Diminuto esporão calcaneano dorsal.

Proeminência do processo posterossuperior do calcâneo.

CÓPIA



DR. MARCOS PARENTE

MÉDICO RADIOLOGISTA

CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



RECEITUÁRIO



PACIENTE:

LIMAS

Ateste para os devidos fins que o Sr.
 BERNARDO CARLOS DE OLIVEIRA NETO
 residente de Trânsito na data 12/05/17
 apresentando fratura do 3º e 4º metatarsos,
 fratura metatarsal falangea 5ª dedo pé @
 e fratura luxação do tornozelo @ para
 realização da redução imediata e imobilização
 no estêrile @ e pé @.
 Evolu. com exames regulares e limitação
 para a flexão e extensão do tornozelo @, hipotensão do
 tornozelo @ e redução de fratura metatarsal no M.S.E.
 no pé @ apresentando limitação funcional no pé @
 e pé @, aumento do volume dos pés @ e resumo
 das fraturas metatarsais do pé @
 para tanto é portador de lesão definitiva
 no M.S.E. e pé @.

DATA

29/06/18

CIO - 193-2 / 192-2

ASSINATURA DO MÉDICO

Diego Lima Pauli
 Médico Ortopedista
 CRM 483-AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178/0001-705
 RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
 CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



RECEITUÁRIO

INSCRIÇÃO S/A

28 JUN 2019

PAULO GILG

PACIENTE:

LINDA

De acordo com o diagnóstico, segue o diagnóstico
 de fratura na dia 12/5/17 com fratura
 3º e 4º metatarsos + luxação metatarsal na 1ª metáfase
 5º dedo pé D + fratura do cotovelo (peito)
 Após unido a redução recente e imobilização
 com gesso e PT.

Evoluindo com grande rigidez e limitação
 para a flexão e extensão do cotovelo, hipertrofia
 do m. biceps, redução da força muscular
 no m. s. e no pé D. Apresenta limitação
 funcional nos dedos e pé, aumento do
 volume dos dedos do pé e redução de
 força muscular do pé D.
 Portanto é portador de sequelas de fratura
 no m. s. e pé D e está de alta
 médica.

DATA 21/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
 RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
 CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3190402452

Vítima: Beyrolf Leonardo de Oliveira

Natureza : INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 2700,00 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação médica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 9838 758 23 / 681 933855142.

Beyrolf Leonardo de Oliveira

Rio Branco/AC 15 de Dezembro de 20 19.



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: _____

LAURO

Atesto que o Sr. BEZALTEZ CONRAD DE OLIVEIRA
sofreu acidente de trânsito no dia 12/05/17
apresentando fratura de colo 3º e 4º metacarpo,
luxação interfalangea 5º
dedo do pé ① e fratura haversiana do
cotovelo ⑤ sendo submetido a redução
imediata e imobilização no cotovelo ⑤ e
pé ①.
Evo foi com grande dificuldade fixar na
flexoextensão do cotovelo ⑤ (estando a 45°),
supinação do braço e redução da força muscula-
res no M.S.C. NO pé ① apresenta limitação
funções nos interfalangeos os dedos e no pé,
aumento de volume no dorso do pé e redução
da força muscular do pé ①.
Por tanto é portador de sequelas definitivas
no M.S.E em 75% e no pé ① 50%.

DATA: _____

de auto-médica.

2017 05/12/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

[Assinatura]
Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 456 - AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178/0001-05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.900-664 - FONE: 3223-4608



CÓPIA



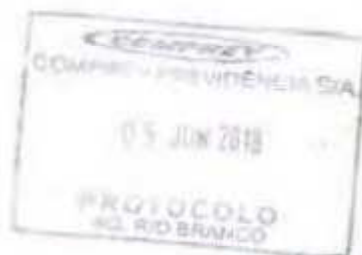
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CENTRO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO			
NOME ESTER DA SILVA AMARAL			
RG 901475 ESTER DO		DATA DE NASCIMENTO 08/08/1966	
CPF 996.621.473-72		DATA DE EMISSÃO 23/01/2012	
ENDEREÇO JOSE CARLOS AMARAL RUA DO FRANCISCO CARLOS DA SILVA			
PRAZO DE VALIDADE 12 MESES		DATA DE VALIDADE 23/01/2012	
FOTOGRAFIA			
ASSINATURA ESTER DA SILVA AMARAL			
NOME RIO DE JANEIRO		DATA DE EMISSÃO 23/01/2012	
ASSINATURA ESTER DA SILVA AMARAL			
NOME RIO DE JANEIRO		DATA DE EMISSÃO 23/01/2012	
ASSINATURA ESTER DA SILVA AMARAL			
NOME RIO DE JANEIRO			
DATA DE EMISSÃO 23/01/2012			
ASSINATURA ESTER DA SILVA AMARAL			
NOME RIO DE JANEIRO			
DATA DE EMISSÃO 23/01/2012			
ASSINATURA ESTER DA SILVA AMARAL			

CÓPIA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - AC		Nº 013385434989	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
UF	COD. RENAVAM	ANOS	EXIBITIVO
01	01117594928		2017
NOME			
BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ			
Nro. Lacre: AC0000587354			
DESCRIÇÃO		PLACA	
394.744.862-04		NX53913	
PLACAS/ANEXOS		CHASSI	
		9C2KC2210HR022993	
VEICULO TIPO		COMBUSTIVEL	
PAB/MOTOCICLO/NAO APLICA		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 160 TITAN EX		2017	2017
CLASSIFIC. CIL	CATEGORIA	COR/PRINCIPAL	
2P/0162CC/	PARTICU	VERMELHA	
CATEGORIA	VEIC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
1º	MPAGOS	1º	
2º		2º	
3º		3º	
4º		4º	
5º		5º	
6º		6º	
7º		7º	
8º		8º	
9º		9º	
10º		10º	
11º		11º	
12º		12º	
13º		13º	
14º		14º	
15º		15º	
16º		16º	
17º		17º	
18º		18º	
19º		19º	
20º		20º	
21º		21º	
22º		22º	
23º		23º	
24º		24º	
25º		25º	
26º		26º	
27º		27º	
28º		28º	
29º		29º	
30º		30º	
31º		31º	
32º		32º	
33º		33º	
34º		34º	
35º		35º	
36º		36º	
37º		37º	
38º		38º	
39º		39º	
40º		40º	
41º		41º	
42º		42º	
43º		43º	
44º		44º	
45º		45º	
46º		46º	
47º		47º	
48º		48º	
49º		49º	
50º		50º	
51º		51º	
52º		52º	
53º		53º	
54º		54º	
55º		55º	
56º		56º	
57º		57º	
58º		58º	
59º		59º	
60º		60º	
61º		61º	
62º		62º	
63º		63º	
64º		64º	
65º		65º	
66º		66º	
67º		67º	
68º		68º	
69º		69º	
70º		70º	
71º		71º	
72º		72º	
73º		73º	
74º		74º	
75º		75º	
76º		76º	
77º		77º	
78º		78º	
79º		79º	
80º		80º	
81º		81º	
82º		82º	
83º		83º	
84º		84º	
85º		85º	
86º		86º	
87º		87º	
88º		88º	
89º		89º	
90º		90º	
91º		91º	
92º		92º	
93º		93º	
94º		94º	
95º		95º	
96º		96º	
97º		97º	
98º		98º	
99º		99º	
100º		100º	
PREMIO TRIPARTIDO (R\$)		OP. (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
R\$0.47		R\$125.05	
DATA DE PAGAMENTO		11/05/2017	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO			
LOCAL		DATA	
RIO BRANCO-AC		16/05/2017	

CÓPIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**CPF:** 694.744.862-04**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A**Data do acidente:** 12/05/2017**Titular do CPF:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**CPF de:** Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

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

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

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: 28/06/2019
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CPF: 694.744.862-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/05/2017

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

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: 10/07/2019
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome Benedito Comrado de Vasconcelos
 Nacionalidade: Brasileira, Est.Civil Solteiro
 Profissão Vendedor
 Identidade 363486 CPF: 694.344.362-04
 Endereço R. Soledade, 126, Jd. São Felipe, Rio Branco - AC

OUTORGADA:

Nome: **KEILA DA SILVA ARAUJO**
 Nacionalidade: **BRASILEIRA** Est. Civil: **SOLTEIRA**.
 Profissão: **EMPRESARIA**
 Identidade: **951675 SSP/RO** CPF: **906421472-72**
 Endereço: **Av: NAÇÕES UNIDAS 242 Bairro: BOSQUE**
RIO BRANCO-AC CEP-**69900463**

CÓPIA

PODERES:O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RIO BRANCO/AC 24 de Maio 2018



OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CPF: 694.744.862-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/05/2017

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

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: 10/07/2019
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452**Vítima:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**CPF:** 694.744.862-04**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 12/05/2017**Titular do CPF:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
CPF: 694.744.862-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Thayane Pinheiro Fernandes Felix