



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07085001220208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	12/02/2021 08:53:26

Partes

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

Documentos

Petição:	2783067_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2783067_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-18.pdf
Anexo - Petição:	2783067_CONTESTACAO_A nexo_02 - 19-34.pdf
Anexo - Petição:	2783067_CONTESTACAO_A nexo_02 - 35-42.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.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo n.º 07085001220208010001

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROMARILSON CUNHA FEITO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **22/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/07/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁶"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 9 de fevereiro de 2021.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **HALISSON FRANCISCO TORRES MERCES** inscrito sob nº **OAB/RR 1387**, **VINÍCIUS COSTA PERFEITO** inscrito sob nº **OAB/RR 1500**, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ROMARILSON CUNHA FEITO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07085001220208010001.

Rio de Janeiro, 9 de fevereiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Helen Caroline Homero Lobato**, inscrita no CPF sob nº 026.583.422-84, **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07085001220208010001**, que tramita 5ª VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 9 de fevereiro de 2021.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065083

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065083

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/07/2019, emitido pelo Dr. FRANCISLEI L FREITAS CRM nº 751 - AC, da Instituição HOSPITAL DAS CLINICAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º §1º, declarando que esta autorização não signifi ca prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027763/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 09:13 Data/Hora Fim: 07/02/2020 09:14
Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Divisão Especializada de Investigação Criminal

Data/Hora do Fato: 22/12/2018 01:24

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Bairro: Bosque
Logradouro: RUA DELFIM NETO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Emprego(s)
1501 CONFLITOS DIVERSOS - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROMARILSON CUNHA FEITOSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 05/10/1982 Idade: 37 anos
Naturalidade: AC - Rio Branco Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Luiza Cunha Feitosa

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA PANTANAL Nº: 231
Bairro: ROSA LINDA
Telefone: (68) 98416-2610 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Não Identificado(Sem) Idade:

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Comercial/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário: 444.144.802-30	Placa NXR1322
Renavam 00526399970	Número do Motor KC16E7D010177
Número do Chassi 9C2KC1670DR010177	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor BRANCA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido



Delegado de Polícia Civil Odilon Vinhadelli Neto
Impresso por: Valcyr do Nascimento Correia
Data de Impressão: 07/02/2020 09:14
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

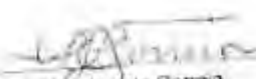
Nº: 027763/2019-A02

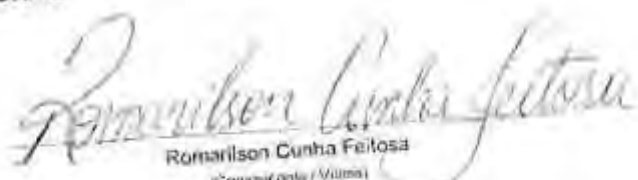
Última Atualização Denatran: 24/07/2013	Situação do Veículo: REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido: Romarilson Cunha Feitosa	Envolvimentos: Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O noticiante veio comunicar que estava trafegando na rua Delfim Neto no Bairro do Bosque, conduzindo o veículo relacionado nesta ocorrência, quando de repente escutou um barulho vindo a cair no solo desacordado, quando acordou estava caído na pista e sendo atendido pelo SAMU. Sendo socorrido e encaminhado para UPA do 2º distrito, posteriormente encaminhado para o Pronto Socorro. Disse que fraturou a clavícula e outras escoriações pelo corpo, tudo conforme documentos que seguem em anexo.

ASSINATURAS


Valcir do Nascimento Correia
Agente de Polícia
Matrícula 92258112
Responsável pelo Atendimento


Romarilson Cunha Feitosa
(Comunicante/Vítima)

"Declaro que as assinaturas em anexo são verdadeiras e representam as informações acima relatadas e deixo em posse do notificador civil o conhecimento pelo presente (declaração que há origem, conforme previsto no Artigo 10º-Denatran/2012) e 3ºº-Comunicação Falsa de Crime de Competência do Distrito Policial Comum."


Odilon Vinhaletti Neto
Delegado de Polícia Civil

Odilon Vinhaletti Neto
Delegado de Polícia
Matrícula 9290995

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signifi ca prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Vinte e Nove de Abril, 228 - Bairro - Rio Branco - AC
CNPJ: 06.951.000/0001-70 (Insc. Estadual: 11.504.111/0001-48)
Nº de Fone: 3200-1111 (08h às 18h) - 3200-1112 (9h às 18h)

Para controle de
contas e faturas
consultar

SEU CÓDIGO
0420876-5

Nº da Nota Fiscal 005246508

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - FEE é emitida
pelo CNPJ nº 06.951.000/0001-70 de acordo com a Lei nº 10.000/2002.

PERÍODO DE VALIDADE	DATA DE EMISSÃO	VALOR DA FATURA	VALOR A PAGAR
JULHO/2019	19/08/2019	481	423,67

ELIANA SANTOS DE SOUZA FEITOSA
R. PANTANAL 585 ROSA LINDA
CPF: 00075196611215
CEP: 69.909-026 - RIO BRANCO

ROT: 19.001.19.21.002880

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	DATA DE EMISSÃO
Consumo Total	4530	kWh	27/07/2019
Consumo Anterior	4049	kWh	27/06/2019
Consumo de Medição	1,000	kWh	26/08/2019
Consumo Medido	481	kWh	24/07/2019
Consumo Estimado	481	kWh	27/07/2019

Fonte de Fornecimento: NORMAL Código de Regulação: FCAH Data de Contagem: 30

Classificação	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Valor Médio
RESIDENCIAL	BI	R\$ 172,16045	1.1.1.2	449

PERÍODO DE VALIDADE	VALOR	UNIDADE	DATA DE EMISSÃO
JUN/19	515	kWh	27/07/2019
MAR/19	442	kWh	27/06/2019
ABR/19	424	kWh	26/08/2019
MAR/19	415	kWh	24/07/2019
FEV/19	488	kWh	27/07/2019
JAN/19	498	kWh	27/06/2019
DEZ/18	467	kWh	26/08/2019
NOV/18	497	kWh	24/07/2019
OUT/18	311	kWh	27/07/2019
SET/18	0	kWh	27/06/2019

TARIFA COM TRIBUTOS:
R\$ 481 - R\$ 6,51162

CONSUMO 481 A R\$ 0,823446 = 396,07
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 17,93
FINANCIAMENTO PADRAO 9/36 9,97
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,43

Mes/Ano 06/2019 Valor R\$ 460,45

Unidade consumidora sujeita a pagamento do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/08/2019, em função das contas reajustadas neste período. O não pagamento poderá resultar em ben a inclusão do nome do consumidor na dívida, informamos ainda que a partir de 11/08/2019, o valor da tarifa (valor histórico) no valor de R\$ 2,050,04 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

RESERVADO AO FISCO A6BE, A3A0, E765, 83C5, C86C, AA85, 4185, C28A

CONTRIBUICAO	VALOR	CONTRIBUICAO	VALOR
Distribuição	114,70	Imposto de Renda	396,07
Energia	136,05	Alíquota ICMS	25,00%
Transmissão	3,46	Valor do ICMS	99,01
Encargos	39,77	Valor do PIS	0,14%
Tributos	102,09	Valor do COFINS	0,64%

PERÍODO DE VALIDADE	VALOR	UNIDADE	DATA DE EMISSÃO
JUN/19	11,72	kWh	27/07/2019
MAR/19	23,44	kWh	27/06/2019
ABR/19	46,89	kWh	26/08/2019
MAR/19	5,54	kWh	24/07/2019
FEV/19	11,09	kWh	27/07/2019
JAN/19	22,18	kWh	27/06/2019
DEZ/18	6,05	kWh	26/08/2019
NOV/18	0,00	kWh	24/07/2019
OUT/18	0,00	kWh	27/07/2019
SET/18	0,00	kWh	27/06/2019

Consumo: TAQUARI Período: 05/2019 Valor: 164,13

ROT: 19.001.19.21.002880



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Vinte e Nove de Abril, 228 - Bairro - Rio Branco - AC
CNPJ: 06.951.000/0001-70 (Insc. Estadual: 11.504.111/0001-48)
Nº de Fone: 3200-1111 (08h às 18h) - 3200-1112 (9h às 18h)

SEU CÓDIGO
0420876-5

MES PAGUADO
07/2019

Nº da Nota Fiscal

TOTAL A PAGAR - R\$
423,67

VERIFICAR
19/08/2019

005246508 FCAH

NO. DO BE: 2603120 DATA: 22/12/2018 HORA: 03:24 USUARIO: ERICO
CNS: 705805462606239 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ROMARILSON CUNHA FEITOSA DOC...: CART.SUS
IDADE.....: 36 ANOS NASC: 05/10/1982 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA PANTANAL NUMERO: 231
COMPLEMENTO....: BAIRRO: ROSA LINDA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....:
NOME PAI/MAE...: /MARIA LUZIA CUNHA FEITOSA
RESPONSAVEL...: ESPOSA - ELIANA SANTOS TEL....: 99963-0706
PROCEDENCIA...: UPA-VIA VERDE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente veio entrada no setor relatando que sofreu queda de moto, evoluindo com dor em região de clavícula D. A exame dor no polso D em região de clavícula D.

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

CP ① Injúria p/ tratamento
Cirurgia para redução e imobilização
② Analgesia C. Geral



DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Robson de Souza
PRM Traumatologia e Ortopedia
CRM 1903

COPIA

CONFORME ORIGINAL

paciente relata queda da moto e não
relata dor HTD sem dificuldade respiratória

Avaliado pelo ortopedico por fratura
de clavícula (D) e fratura em 8.

Não tem dificuldade respiratória

Hemodinamicamente estável, respirando
espontaneamente

Torax doloroso a palpacao lado (D).

Abdomen flácido.

30 15 por tes.

Oligúrico TC torax

TC torax sem alterações ósseas

Avaliado de
Neurologia

Tranmite

Wilson Tenistockes Crispie J. Med.
Residência Cirurgia Geral
CRM-AC 1265

As 05:35 o paciente lucido, orientado, desambulando
encaminhado a obs do trauma p/ aguardar
avaliação de Neuro ———— 4°C - Sherry.

em tempo: PA: 129 x 75 mmHg, SpO2: 100%, EFC: 178 bpm

22
12
Te) Indica infusão mantida em ar ambiente
referido de em HTD e de lactado.

• Sem conduta cirúrgica no momento
• Dipirona 2ml + 100 (D) 09:30
• MTA C.G.

Dr. Max Miranda
Cirurgião Geral
CRM-AC 1816

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

HUEBB

Marcos de Registro
Enfermeiros do Acre

IDADE

36

LEITO

M02

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

PACIENTE

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

VOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
---------	------------	---------	-------------------------

1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8/H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS Rotina	23/12/18 às 15:30hs piti lavado e orientado, dormir no período PA: 140x80 mmHg TE: 36,5°C 23/12/18 às 18:15 piti lavado e orientado, piti lavado e orientado, piti lavado e orientado, dieta: PA: 140x80 mmHg TE: 36,5°C
---	--

SAME / HUEBB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Dra. Patrícia Patrício
FRM Otorrinolaringologista
CRM-AC 1270

Clarice da Silva Cardoso
Téc. de Enfermagem
COREN: 388787

Done

À Mr. Pocher de
hôpital, Lucide, ou
interde, ou interde,

Comptable de
Carlos Roberto de Almeida Silva

Ente 1916
COREN - AC 395.715

COPIA / HUERS

COPIA

COPIA ORIGINAL

**HOSPITAL SANTA JULIANA**

Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36

Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsj@hsj.org.br

**FICHA DE INTERNAÇÃO**Prontuário: **166854** - 2

Entrada: 14/01/2019

Hora: 1530

Apto/Leito: 110 D

Paciente: -

ROMARISON CUNHA FEITOSA

Reg. Geral: 402468

Orgão Emissor: SSP

AC

Data Expedição:

CPF: 75143461200

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 705805462606239

Sexo: F

Dt. Nasc.: 05/10/1982

Est. Civil: CASADO(A)

Natur: RIO BRANCO

AC

Idade: 36 Anos

Conjuge:

Nacionalidade: BRASIL

End.: RUA PANTANAL

Nro: 231

Bairro: RESIND ROSA LINDA

CEP: 69900970

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Fone: 68

Cel.: 999630706

Fone Contato: 68 999638286

Local de Trabalho:

Profissão:

PAI:

MAE: MARIA LUIZA CUNHA FEITOSA

Pai: ROMARISON CUNHA FEITOSA

End.: RUA PANTANAL

Nro.: 231

Cidade: Rio Branco

UF: AC

Fone Res.: -

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

30843979291
0302050035
02

Médico (a): FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

Observação: AIH EM ANEXO SOLICITAÇÃO NUMERO 271259198 COPIA EM ANEXO

Atendente: Savio Silva do Nascimento

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de ROMARISON CUNHA FEITOSA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 14 de janeiro de 2019

ROMARISON CUNHA FEITOSA**AVISO**

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 14 de janeiro de 2019

ROMARISON CUNHA FEITOSA

14/01/19 À 15:50 Admitido na clínica cirúrgica, vindo de sua residência, deambulando, lucido, orientado, eupneico, normo-corado, sem queixas no momento, SSUV: PA: 120 x 80 mmHg, FC: 72 bpm, SpO₂: 98%, TAX: 35,9%, nega alergia medicamentosa, HAS, DM, Ureque acompanhado, aguardando cirurgia.

Vanessa Cristina Santos

Enfermeira

CRM: 60418/AC

Em 15/01/2019 À 12:49h Paciente deu entrada na sala 5 veio deambulando, em 100%, portando AUP com H.O, sob os cuidados do Dr. parisieli e equipe. Realizada anamnese oral versão À 12:55h pela anestesista Dr. roxane com: - Neg. alergia. Paciente monitorizado, com SpO₂ 99%, FC 80 bpm, PA 129 x 80 mmHg. À 13:00h Para plantão p/ TC Smf: Elizete. paciente estável.

Maria Elizete
Téc. de Enfermagem
CORE: 20.070006

À 13:00h recebe a plantão com pcte em sala, anestesiado, estável. À 13:30h início do procedimento cirúrgico. À 13:45h (pcte) diga término do procedimento cirúrgico. À 13:53h extubado pela Dra. Rosana. À 14:05h pcte encaminhada em maca para RPA. SpO₂ = 98%, FC = 56 bpm, PA = 114 x 68 mmHg.

Elizete dos Santos Solon
Téc. de Enfermagem
CORE: 218.521



FORMULÁRIO
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

FO.CME.HSJ. Nº02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 1 de 2

DADOS DO PACIENTE

NOME

Demarison Cunha Fritosa

DATA NASCIMENTO

05/10/1982

IDADE

36

SEXO

Masc.

NOME DA MÃE

Mãe: Luíza Cunha Fritosa

APARTAMENTO

130 D

CONVÊNIO

Sub

EQUIPE CIRÚRGICA

CRURIA

T.C. prof. Cláudia D.

INSTRUMENTADOR

Rosemilda

CRURIAO

Francisley

PERFUSIONISTA

ANESTESISTA

Carlos / contenciosa

ENFERMEIRO

Marcia / Rosiane

ANESTESISTA

Robana

CIRCULANTE

Elizete

DATA

15/01/19

SALA

05

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA

02.01.19 02
Data de Processamento
Data de validade
23.01.19 01
Nº de Controle
12



CARGA/MATERIAL Outapedia cx

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

ETIQUETA

07.01.19 02
Data de Processamento
Data de validade
07.02.19 01
Nº de Controle
26



CARGA/MATERIAL droga avulsa

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

ETIQUETA

13.01.19 02
Data de Processamento
Data de validade
13.02.19 02
Nº de Controle
16



CARGA/MATERIAL Shasta

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

ETIQUETA

15.01.19 02
Data de Processamento
Data de validade
15.02.19 02
Nº de Controle
02



CARGA/MATERIAL Furca de inox

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

ETIQUETA

11.01.19 01
Data de Processamento
Data de validade
11.02.19 05
Nº de Controle
12



CARGA/MATERIAL Shasta

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

Pag.

PACIENTE: 166854 - 2

ROMARISON CUNHA FEITOSA

LEITO: 110 D

DATA: 15/01/2019

HORA: 07:55

NRO PRESCRIÇÃO: 237205

NRO REQ. FARM: 1374335

PRESCRIÇÃO MÉDICA		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		
02	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	8 X 6
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	6 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	1	EV	6 X 6
03	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% INJ EV C/100 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8
05	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8
06	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	FA	1	EV	8 X 6
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 6
07	CURATIVO	UN	1		

08. Cefepim 25mg VO o goro 18:00
Dra. Cassia Hassem
Médica
CRM/AC-1979
19:30 Queixo-10 de mal-estar taquicardia.
CD = atenolol 25mg VO 19:30

Francisnei L. Freitas
Ortopedista
CRM/AC-1979

AS 18:00 pte apusita PA 160x500 mmHg
Dra. Cassia Hassem
Médica
CRM/AC-1979

EVOLUÇÃO

POS de artrose e clavicula

Francisnei L. Freitas
Ortopedista
CRM/AC-1979

16/01/19
Francisnei L. Freitas
Ortopedista
CRM/AC-1979

5/01/19 às 15:50 m Retorno do CC em man. u.
deito, lucido, orientado, eupneico, sem queixa
no momento, portando A/P em MSE com HU em
curvo, SSUV: PA: 140x80 mm Hg, FC: 81bpm, SPO₂: 98,
TAX: 37,4°C, medicada com, segue acompanhada
do, orientado aos cuidados P.O. Vanessa Cristina Santos
Enfermeira
COREN-AC 483367

15/04/19 15:50 às 19:00 h, Evolução calma; eupneico;
afetado; comunicativo, orientado; portadora de sonda nasogástrica
em MSE medicada c.p.m.; dieta líquida, 1^o
no leito em repouso; PA: 140x80 mm Hg, TAX: 37,2°C,
SPO₂: 98, FC: 81b, p.m.; TCC Jarvin Coran RB644-9.

15-04-19. De 19:00h a 2:00h, Evolução. eupneico, afeto
de repouso, sem queixa, comunicativo, atento, man. u.
deito, lucido, orientado, portadora de sonda nasogástrica
em MSE. FC: 81b, p.m., segue em repouso no leito em
unidades de suporte de emergência. SSUV: PA: 140x80
mm Hg. TAX: 36,8°C SPO₂: 97,4%. FC: 80 b.p.m. TCC
Jarvin Coran RB644-9.

16/01/19 Recebeu alta hospitalar, saiu de sala de espera de rodar acompanhado
de familiar + tei. enfermagem, entregues cartão de alta + exames que
trouxeram. Vanessa da Mata
Enfermeira
COREN-AC 483367

16-01-19. Realizado curativo em região claviclar D. -
utilizado 01 par de luva 7,5, 02 pacotes de gaze,
soro de SF 0,9%, 15ml de álcool 70%, 15cm de mi-
crofio. Apresentando pouca dor, sangramento.
Tei Enf. Gamaux 1073237



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
HOSPITAL SANTA JULIANA

Fone: 0xx68-3212-4700 / fax: 0xx68-3224-9129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *Romerson Cunha Feitosa*
Nº Apt.: *130-D*
Data: *15-03-19*
Cirurgia: *frat. clavícula D*
Início: *13:30*
Término: *13:45*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Francisco*

Enfermeiro (o): *Marcelo / Rose*

Anestesista: *Rosana*

Tipo de Anestesia: *geral*

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração: - Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- Esforço respiratório limitado	1				
- Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica: -> 80% do nível pré-anestésico	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- 50 à 80% do nível pré-anestésico	1				
- < 50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência - Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço)	2	<i>1</i>	<i>2</i>		
- Acorda quando chamado pelo nome	1				
- Não responde o comando	0				
Coloração: - Coloração e aparência normais da pele	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterico	1				
- cianose evidente:	0				
Atividade muscular: - Capacidade de movimentar todas extremidades:	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1				
- Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				

Total

9

10

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

* Horário de liberação.

* Assinatura do Enfermeiro

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

Rosana Freire
Enfermeira
CORENAC 304781

Relatório de Enfermagem da RPA
(Recuperação Pós Anestésico)

Em 15-01-19 às 11:10 paciente deu entrada SRPA após procedimentos cirúrgicos, extubado, oxigenado com oxigênio, suspenso, normotenso, postando AUP MSE MU bom fluxo, sendo monitorado por oximetria de pulso. SpO_2 99% FC 107 bpm PA 134x97 mmHg. Às 14:25 hs permanece SRPA SpO_2 98% FC 100 bpm PA 160x85 mmHg. Às 14:40h segue SRPA SpO_2 99% FC 97 bpm PA 149x78 mmHg. Às 14:55 segue extubado SRPA SpO_2 99% FC 102 bpm PA 141x85 mmHg. Às 15:10h segue SRPA SpO_2 98% FC 97 bpm PA 149x83 mmHg. 15⁰⁵ paciente muito alta de Resenha encaminhado ao IUTO em massa.

Dr. Andréia M. Silva C. Lima
CÓDIGO 971.281

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

digitado e impresso em: 13/12/2018 às 08:06:42

STRO PACIENTE

Barbosa C. Feres

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

WHLA 2

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANAMNESE DE TRAUMA

DO TRAUMA:

①

sem traumas

DIAGNÓSTICO

FÍSICO

OSTICO

ATUA NA EMERGENCIA:

*Edisio G. P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AC. 100000*

EXS. PRE-OP.

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

15:00 hte admitido na CCB p/ fratura de clavícula, sem dando exames laboratoriais. Inf. Claudio Cruz

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

SUS Sistema Ministério União da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNEB _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXERCITANTE _____ 4 - CNEB _____		Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE _____ 6 - N° DO PRONTUÁRIO _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - TIPO DE INSERÇÃO _____ 9 - SEXO _____ 10 - NASCIMENTO _____ 11 - NOME DA MÃE _____ 12 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 13 - ENDEREÇO CIVIL, N° _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO _____ 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 16 - CEP _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ac. Transito - Dor E DOE</i> <i>na OMBRO DIREITO</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Cirurgia</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rxio X</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRATURA CLAVICULAR</i>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>DETECÇÃO DE TUBERCULOSE</i> 22 - CARACTER DA INTERNAÇÃO <i>ORTO</i> 23 - DOCUMENTO <i>3078774781</i> 24 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/RESIDENTE <i>EDDIE FILHO</i> 25 - ASSINATURA <i>[Assinatura]</i> 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 27 - CNEB DA SEGURADORA 28 - N° DO BILHETE 29 - DATA 30 - CNEB DA EMPRESA 31 - CNEB 32 - CNEB DA EMPRESA 33 - CNEB 34 - VERIFICAR COM A PREVIDÊNCIA 35 - EMPREGADO 36 - EMPREGADOR 37 - AUTÔNOMO 38 - DESEMPREGADO 39 - APOSENTADO 40 - NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO 41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 42 - CNEB DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 43 - DOCUMENTO 44 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO 46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

Filho
de
[Assinatura]
AC: 369

CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BUSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69909620 - Tel.: 221-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ROMARILSON CUNHA FEITOSA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.016990
Num. do BE: 02603120

Idade.: 36A
Requis.: 23/12/2018

US. Origem.: HUERE/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):	4,92	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:	15,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:	44,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:	90,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:	30,90	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:	34,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:	12.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Eosinofilos:	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:	254	mm3	
Mielocitos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Metamielocitos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	%	
Bastoes:	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Segmentados:	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:	8.890	mm3	
Linfocitos:	24	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:	3.048	mm3	
Monocitos:	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:	508	mm3	
Blastos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Observacao:			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:	1 MINUTO e 10 SEGUNDOS.	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:	7 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:	205.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRM 778/PA 23/12/18 as 09:35 Coleta: 23/12/18 as 08:57-1a. Via Impressa: 23/12/18

ELIANA S. FERREIRA SARAIVA
Biomedica
CRM 778/PA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ROMARILSON C. FEITOSA

ID paciente:

ID amost: 5

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cod barra: 2016990

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 23/12/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	97	mg/dL		60 - 100
URE	34	mg/dL		10 - 50
CRE	0.8	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 23/12/2018

Data/Hora teste: 23/12/2018

Data/Hora impr.: 23/12/2018 09:33:35

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Rafael C. S. Jansen
Farmacêutico/Bioquímico
CRF - AC/089

23/12/2018 09:33:35

esta amostra

Página 1 de 1

SAIME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

23/12/2018 09:33:35

Página 1 de 1

PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 709, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 68908-620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ROMARILSON CUNHA FEITOSA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.016990
Num. do BE: 02603120

Idade.: 36A
Requis.: 23/12/2018

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.: SALA DE GESSO
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA

Amostra: Plasma

Metodologia:.....	Quick		
Tempo de Protrombina:...	11,10	Segundo	VALOR NORMAL 11,0
Atividade Protrombina:..	98,60	%	VR: 100 %
INR:.....	1,01		

Liberado por: LIGIA MENDES DE SOUZA-CRF AC 229 23/12/18 as 09:35 Coleta: 23/12/18 as 09:57-1a. Via Impressa: 23/12/18

Ligia
Mendes de Souza
CRF - 229/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Doz ombro (D)

História da Doença Atual: de trânsito Doz ombro direito

História da Doença Anterior: NDN

Exame Físico: Dez colito

Diagnóstico Provisório: fratura clavícula

Diagnóstico Definitivo: O infuso

Motivo da Cobrança: /

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ 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/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 46 A 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 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 - Rio Branco - AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

3779

REQUERIMENTO

Eu, Romarilson Cunha Feitosa

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

Venho REQUERER:

- ☒ Prontuário de atendimento neste Hospital,
☐ Relatório da cirurgia realizada,
☐ Exames que eventualmente estejam em seu poder,
☐ 2ª Via da Carteira de Vacina
☐ Declaração para Planejamento Familiar,
☐ Outros:

Obs. _____

Prontuário: 166854 Médico: Dr. Francislei

Entrada: 14 / 01 / 19 Saída: 16 / 01 / 19

Convênio: SUS Telefone: () 99963-8286

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) INSS

Nome do Paciente: O mesmo

Parentesco com Paciente: _____

Romarilson Cunha Feitosa

Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 03 / 05 / 19 Hora: 9h



Sistema Ministerial
Unico de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNE

4 - CNE

5 - Nº DO SIGNATÁRIO

6 - RACIA

7 - TELEFONE DE CONTATO

8 - TELEFONE DE CONTATO

9 - CEP

10 - UF

11 - CEP

12 - UF

13 - CEP

14 - UF

15 - CEP

16 - UF

17 - CEP

18 - UF

19 - CEP

20 - UF

21 - CEP

22 - UF

23 - CEP

24 - UF

25 - CEP

26 - UF

27 - CEP

28 - UF

29 - CEP

30 - UF

31 - CEP

32 - UF

33 - CEP

34 - UF

35 - CEP

36 - UF

37 - CEP

38 - UF

39 - CEP

40 - UF

41 - CEP

42 - UF

43 - CEP

44 - UF

45 - CEP

46 - UF

47 - CEP

48 - UF

49 - CEP

50 - UF

51 - CEP

52 - UF

53 - CEP

54 - UF

55 - CEP

56 - UF

57 - CEP

58 - UF

59 - CEP

60 - UF

61 - CEP

62 - UF

63 - CEP

64 - UF

65 - CEP

66 - UF

67 - CEP

68 - UF

69 - CEP

70 - UF

71 - CEP

72 - UF

73 - CEP

74 - UF

75 - CEP

76 - UF

77 - CEP

78 - UF

79 - CEP

80 - UF

81 - CEP

82 - UF

83 - CEP

84 - UF

85 - CEP

86 - UF

87 - CEP

88 - UF

89 - CEP

90 - UF

91 - CEP

92 - UF

93 - CEP

94 - UF

95 - CEP

96 - UF

97 - CEP

98 - UF

99 - CEP

100 - UF

101 - CEP

102 - UF

103 - CEP

104 - UF

105 - CEP

106 - UF

107 - CEP

108 - UF

109 - CEP

110 - UF

111 - CEP

112 - UF

113 - CEP

114 - UF

115 - CEP

116 - UF

117 - CEP

118 - UF

119 - CEP

120 - UF

121 - CEP

122 - UF

123 - CEP

124 - UF

125 - CEP

126 - UF

127 - CEP

128 - UF

129 - CEP

130 - UF

131 - CEP

132 - UF

133 - CEP

134 - UF

135 - CEP

136 - UF

137 - CEP

138 - UF

139 - CEP

140 - UF

141 - CEP

142 - UF

143 - CEP

144 - UF

145 - CEP

146 - UF

147 - CEP

148 - UF

149 - CEP

150 - UF

151 - CEP

152 - UF

153 - CEP

154 - UF

155 - CEP

156 - UF

157 - CEP

158 - UF

159 - CEP

160 - UF

161 - CEP

162 - UF

163 - CEP

164 - UF

165 - CEP

166 - UF

167 - CEP

168 - UF

169 - CEP

170 - UF

171 - CEP

172 - UF

173 - CEP

174 - UF

175 - CEP

176 - UF

177 - CEP

178 - UF

179 - CEP

180 - UF

181 - CEP

182 - UF

183 - CEP

184 - UF

185 - CEP

186 - UF

187 - CEP

188 - UF

189 - CEP

190 - UF

191 - CEP

192 - UF

193 - CEP

194 - UF

195 - CEP

196 - UF

197 - CEP

198 - UF

199 - CEP

200 - UF

201 - CEP

202 - UF

203 - CEP

204 - UF

205 - CEP

206 - UF

207 - CEP

208 - UF

209 - CEP

210 - UF

211 - CEP

212 - UF

213 - CEP

214 - UF

215 - CEP

216 - UF

217 - CEP

218 - UF

219 - CEP

220 - UF

221 - CEP

222 - UF

223 - CEP

224 - UF

225 - CEP

226 - UF

227 - CEP

228 - UF

229 - CEP

230 - UF

231 - CEP

232 - UF

233 - CEP

234 - UF

235 - CEP

236 - UF

237 - CEP

238 - UF

239 - CEP

240 - UF

241 - CEP

242 - UF

243 - CEP

244 - UF

245 - CEP

246 - UF

247 - CEP

248 - UF

249 - CEP

250 - UF

251 - CEP

252 - UF

253 - CEP

254 - UF

255 - CEP

256 - UF

257 - CEP

258 - UF

259 - CEP

260 - UF

261 - CEP

262 - UF

263 - CEP

264 - UF

265 - CEP

266 - UF

267 - CEP

268 - UF

269 - CEP

270 - UF

271 - CEP

272 - UF

273 - CEP

274 - UF

275 - CEP

276 - UF

277 - CEP

278 - UF

279 - CEP

280 - UF

281 - CEP

282 - UF

283 - CEP

284 - UF

285 - CEP

286 - UF

287 - CEP

288 - UF

289 - CEP

290 - UF

291 - CEP

292 - UF

293 - CEP

294 - UF

295 - CEP

296 - UF

297 - CEP

298 - UF

299 - CEP

300 - UF

301 - CEP

302 - UF

303 - CEP

304 - UF

305 - CEP

306 - UF

307 - CEP

308 - UF

309 - CEP

310 - UF

311 - CEP

312 - UF

313 - CEP

314 - UF

315 - CEP

316 - UF

317 - CEP

318 - UF

319 - CEP

320 - UF

321 - CEP

322 - UF

323 - CEP



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - 69.901-380 - Rio Branco - Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax: 3224-9129

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque - CEP: 69.900-631

Rio Branco-AC - Tel.: (68) 3212-4700 - Fax: (68) 3224-9129

RELATÓRIO DE CIRURGIAS

NOME:

Francisco Cunha Teixeira

PRONTUÁRIO:

IDADE:

SEXO:

PESO:

DATA: *15/01/2019*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura do crânio direita

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

10cm

CIRURGIAS REALIZADAS:

craniotomia crânio direita

FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO:

☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

TIPO DE CIRURGIA

ANESTESISTA

craniotomia

Gomes

EQUIPE CIRÚRGICA:

CIRURGIÃO: *Francisco*

1º AUXILIAR: *L. G. MARTINS*

2º AUXILIAR: *Cunha Jr.*

ANESTESISTA:

CIRCULANTE:

Hora Início:

Horá Término:

Duração:

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

[Assinatura]

Pomarkton Cmls 54

EVOLUÇÃO

GRUPO

166854 11015

Rx brief clareto

DATA DO TRAUMA

22/12/18

15 101119

14-101119

PRON CISTEE

HSS

Cx Branca

3,6

DR Italo Maia Vieira
PRM Ortopedia Traumatologia
CRM / AC 15000

~~166854~~ 10

14/01/19 19 50kg to 01
Bacalh n° 18, 01 mult
vna, 01 equipo. Prof.
Vanderluc 485367-

14/01/19 1001 19 00 kg 07:00 h.
Paciente lucida, orientada, accept
vcs, apêndil, normalidade, comente
nativo, acerta duata operada
portando AUP em mSE, foi me
viciado c.p.m., purgada porida
giron parente. sdu. PA: 120 x 70
mmHg, SpO2 97%, FC: 93 bpm. Tce. p
velia 37.5799 —



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário: 166 854-2 Convênio: SUB Data: 15/01/19 Apt/Leito: 110 D Sala: 05

Paciente: Demétrio de Souza Furtosa Circulante: 166 854-2

Cirurgia: Furt. clavicula D. Cirurg.: Francisco G. Aux.: Carlos + Cintia Instrum.: Sobrinho

Anestesiado: Rabano Tipo Anestesia: Geral Hora Entrada S. O.: 12:49 Hora Saída S. O.: 12:59 13:10 13:45

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant.	Taxas	Quant.
ABOCATH nº		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 40 x 12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	500ml
AGULHA RAQUI nº		ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm 15	1	ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm		ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm		ÁLCOOL A 70%		BIST. MONOPOLAR	500ml
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNOGRAFO	500ml
RETA		ATROPINA 1 ml	1	CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	500ml
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGENIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGENIO	500ml
COMPRESSA 2x2	1	DOLANTINA		OXIMETRO	500ml
COTTONOIDE		DORMONIO		R.P.A	500ml
DRENO PENROSE nº		EFEORINA		RAIO - X	
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	500ml
ELETRODOS nº	1	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL 5 ml	1		
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG		TUBAGEM	1
FIO NYLON nº 3-0	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO 500ml	30 ml		
FIO VICRIL nº 2-0	1	KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE 2x2	1	MANITOL			
UTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
RACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº 2/4	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO nº		NAUSEDRON	1		
LUVA ESTÉRIL nº 7, 5	1	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%			
LUVA PROCEDIMENTO nº 7, 5	1	OCITOCINA			
MALHA TUBULAR	1 ml	OXACILINA 500MG			
METILCELOULOSE		PAVULON			
MICROPORE 30 x 4,5	600ml	PLASIL			
POVIDINE-DEGERMANTE cloro	80 ml	PROPOFOL 30 ml	1		
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE 3 ml	1		
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	1	ROCEFIN			
SERINGA 20 ML	1	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA	1	SORO FISIOLÓGICO 500 ML	1	P/ lacerar	
SONDA ASPIRAÇÃO nº 20	1	SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº 7,5	1	THIOPENTAL 1GR			
Luva 8,0	1	TILATIL	1		
Luva 8,0 - estéril - radiada	1	XILOCAINA 2% CN			
Luva 8,0 - estéril - radiada	1	XILOCAINA 2% SN	20 ml		
Luva 8,0 - estéril - radiada	1	XILOCAINA GEL			
		Ropivacaina 20ml	1		
		cibazolam 1g	1		
		cibazolam 10ml	1		
		Morfin 10mg	1		



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
00.529.443/0003-36

Emissão 15/01/2019
Horário 07:27
Página 1

PRONTUÁRIO: 166854 - 2

PACIENTE: ROMARISON CUNHA FEITOSA

DATA: 15/01/2019

LEITO: 110 D

☒ LÚCIDO E ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ DELIRIUM/CAM-ICU	☐ COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	☐ SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº _____ ☐ TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☒

AUSCULTA PULMONAR: _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

☒ M() T() N() COOPERANTE	☐ M() T() N() NÃO COOPERANTE
---	--

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M() T() N() TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M() T() N() ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 M() T() N() TÉCNICAS DESOBRUTIVAS	21 M() T() N() FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M() T() N() EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M() T() N() CRIOTERAPIA
04 M() T() N() VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M() T() N() ELETROTHERAPIA
05 M() T() N() DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M() T() N() AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M() T() N() VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M() T() N() ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M() T() N() INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M() T() N() MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M() T() N() MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M() T() N() CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M() T() N() DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL	30 M() T() N() VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M() T() N() ORTOSTATISMO	31 M() T() N() HUFF
13 M() T() N() TREINO DE MACHA	32 M() T() N() ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M() T() N() SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M() T() N() TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M() T() N() SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M() T() N() MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M() T() N() POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M() T() N() PEAK FLOW
17 M() T() N() DEAMBULAÇÃO	36 M() T() N() THRESHOLD
18 M() T() N() SEDESTAÇÃO	37 M() T() N() ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 M() T() N() ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

Jessica Duarte
Fisioterapeuta
CREFITO - 0261271

10-43
Leandro Souza

[Handwritten signature]



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
00.529.443/0003-36

Emissão 16/01/2019
Horário 07:31
Página 1

PRONTUÁRIO: 166854 - 2

PACIENTE: ROMARISON CUNHA FEITOSA

DATA: 16/01/2019

LEITO: 110 D

☐ LÚCIDO E ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ DELIRIUM/CAM-ICU	☐ COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	☐ SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº _____ ☐ TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☐

AUSCULTA PULMONAR: _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

☐ M ☐ T ☐ N ☐ COOPERANTE	☐ M ☐ T ☐ N ☐ NÃO COOPERANTE
--	--

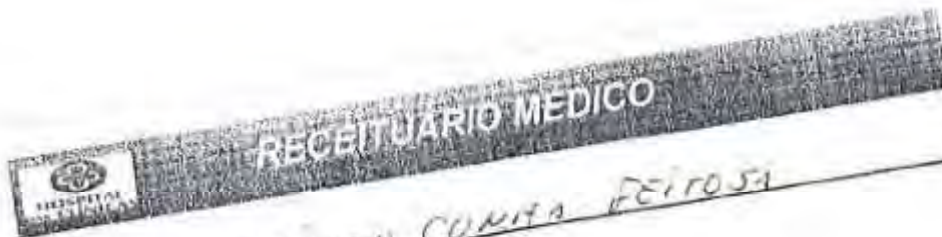
CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M ☐ T ☐ N ☐ TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M ☐ T ☐ N ☐ ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 M ☐ T ☐ N ☐ TÉCNICAS DESOBSTRUTIVAS	21 M ☐ T ☐ N ☐ FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M ☐ T ☐ N ☐ EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M ☐ T ☐ N ☐ CRIOTERAPIA
04 M ☐ T ☐ N ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M ☐ T ☐ N ☐ ELETROTHERAPIA
05 M ☐ T ☐ N ☐ DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M ☐ T ☐ N ☐ AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M ☐ T ☐ N ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M ☐ T ☐ N ☐ ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M ☐ T ☐ N ☐ INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M ☐ T ☐ N ☐ DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M ☐ T ☐ N ☐ ALONGAMENTO GLOBAL	30 M ☐ T ☐ N ☐ VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M ☐ T ☐ N ☐ ORTOSTATISMO	31 M ☐ T ☐ N ☐ HUFF
13 M ☐ T ☐ N ☐ TREINO DE MACHA	32 M ☐ T ☐ N ☐ ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M ☐ T ☐ N ☐ SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M ☐ T ☐ N ☐ TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M ☐ T ☐ N ☐ SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M ☐ T ☐ N ☐ POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M ☐ T ☐ N ☐ PEAK FLOW
17 M ☐ T ☐ N ☐ DEAMBULAÇÃO	36 M ☐ T ☐ N ☐ THRESHOLD
18 M ☐ T ☐ N ☐ SEDESTAÇÃO	37 M ☐ T ☐ N ☐ ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 M ☐ T ☐ N ☐ ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M ☐ T ☐ N ☐ ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

Dr. *Neftali Verçosa*
Fisioterapeuta
CREFITO 0257598-F
16.01.19
10:00

Elaine



NOME: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Laudo de DDUT

O Sr. supracitado sofreu
Fratura de crânio a direita dia
22/10/2018. Adotado tratamento
cirúrgico. Paciente obtive boa
evolução com consolidação óssea
sem limitação funcional

Clín: 542

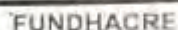


Francisco L. Freitas
Ortopedista
CRM/AC 751 RQE 294

Rio Branco - AC, 22/03/2019

CARIMBO e ASSINATURA





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)									
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE								CNS	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
NOME DO PACIENTE <i>Romilson Cunha Freitas</i>								Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						DATA DE NASCIMENTO / /		SEXO MASC. () FEM. ()	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				CÓD. IBGE MUNICÍPIO			UF	RAÇA COR	
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fotografia</i>				CID 10	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)									
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)									
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fra. de mala consolidada</i>								CID 10 PRINCIPAL	
OBSERVAÇÕES <i>Non Pm</i>									
SOLICITAÇÃO									
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				DATA DA SOLICITAÇÃO : ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)					
				<i>Francislei L. Freitas</i> <i>Ortopedista</i> <i>CRM/AC 751 RQE 294</i>					
CBO		Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							

Declaração

Declaro para os devidos fins
que o paciente Romairson Cunha
Fritore realizou fisioterapia na
instituição dos períodos de 03/06/19 até
01/julho de 2019.

Declaro que o paciente está de
alta da fisioterapia com melhora
da amplitude de movimento e força
muscular.

Att,



Sup. da Fisio
01/07/2019

01/07/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014398444170
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00526399970 RNTRE 2019

NOME JONAS VIEIRA DE SOUSA
ALC

CPF/CNPJ 444.144.802-30 PLACA NXR1322

PLACA ANT/LF NXR1322 AL CHASSI 9C2KC1670DR010177

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA COMBUSTIVEL ALCO/LGASOL

MARCA / MODELO HUNDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP / POT / CL 2P/0149CC/ CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA 1* 2* 3* VEIC / COTAS

PREMIO ANUAL (R\$) R\$0.32 PREMIO TOTAL (R\$) R\$84.58 DATA DE PAGAMENTO 12/03/2019

OBSERVAÇÕES SEN RESERVA DE DUTINHO * REN. TRIBUTARIO * VEIC MUD COR PRETA * BRANCA *

LOCAL RIO BRANCO - AC DATA 13/03/2019

CONTIN

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

AC Nº 014398444170 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

EXERCICIO 2019 DATA EMISSÃO 13/03/2019

VIA 01 444.144.802-30 CPF/CNPJ PLACA NXR1322

RENAVAM 00526399970 HUNDA/CG 150 FAN ESI MARCA / MODELO

ANO FAB 2013 ANO MOD 2013 CHASSI 9C2KC1670DR010177

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO ANUAL (R\$) R\$0.32 CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

PREMIO TOTAL (R\$) R\$4.47 DATA DE PAGAMENTO 12/03/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.249.808/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053008/20

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

CPF: 751.434.612-00

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROMARILSON CUNHA FEITOSA : 751.434.612-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: ROMARILSON CUNHA FEITOSA
CPF: 751.434.612-00

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065083 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22,24) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PAG 27

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053008/20

Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

CPF: 751.434.612-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROMARILSON CUNHA FEITOSA : 751.434.612-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: ROMARILSON CUNHA FEITOSA
CPF: 751.434.612-00

ROMARILSON CUNHA FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065083 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARILSON CUNHA FEITOSA **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22,24) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PAG 27

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00