



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ACRE
Juizados Especiais
Setor de Reclamação

EXMO SR JUIZ DE DIREITO DO CEJUSC DE RIO BRANCO - AC

QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

REQUERENTE: Antonio Monteiro dos Santos, inscrito(a) no CPF nº 029.526.202-88, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Baixa Verde, 202, 9.9945-7971(wastpp), Cidade Nova, Rio Branco-AC, vem à presença de Vossa Excelência propor a presente

RECLAMAÇÃO CÍVEL

em face do(a) REQUERIDO(A) Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A, inscrito(a) no CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04, estabelecido(a) no(a) Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro - CEP 20031-205, Rio de Janeiro-RJ, tendo em vista o resumo dos fatos que se segue:

RESUMO DOS FATOS

A parte requerente alega no dia 17.10.2016 sofre acidente de moto, onde ficou internado por vários dias; Que o requerente informa que após recuperação entrou com procedimento de solicitação de recebimento do seguro junto ao requerido; Que o requerente informa que mandou por três vezes as cópias solicitadas, sendo negado o pagamento, por último foi pedido do requerido um laudo, após dois nos do acidente, sem condições de apresentar; Que o requerente se sente transtornado pelo fato, pois ficou vários dias internado com traumatismo craniano, onde atuando precariamente em suas atividades laborais.

PEDIDO

Endereço: Av. Paulo Lemos de Moura Leite, 878 - Cidade da Justiça, Loteamento Portal da Amazônia - CEP 69915-777, Fone: ND, Rio Branco-AC - E-mail: cejusrb@tjac.jus.br
Mod. 500138 - Digitado por Mair Vila de Messias



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ACRE
Juizados Especiais
Setor de Reclamação

ANTE O EXPOSTO, requer:

- (a) citação do requerido para manifestar-se;
- (b) que o requerido pague o valor referente ao seguro;
- (c) inversão do ônus da prova;
- (d) que o requerido pague o valor a ser arbitrado pelo MM. Juiz, a título de indenização por danos morais, pelos transtornos causados.

Dá-se à causa o valor de R\$ 19.960,00.

A parte requerente, neste ato, foi intimada da AUDIÊNCIA designada para a data e local abaixo informados.

Processo : 0004454-42.2019.8.01.0070

Audiência: Dia 18/06/2019, às 09:30h.

Local: Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania dos Juizados Especiais Cíveis de Rio Branco - Av. Paulo Lemos de Moura Leite, 878 - Cidade da Justiça, Loteamento Portal da Amazônia - CEP 69915-777, Fone: ND, Rio Branco-AC - E-mail: cejusrb@tjac.jus.br.

Rio Branco -AC, 14 de maio de 2019.

Antonio Monteiro dos Santos
 Antonio Monteiro dos Santos
 Requerente

DETRAN
ACRE

Povo do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO DAT

01420

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA
Vil. Santos Dumont

03 MUNICÍPIO
Epitaciolândia

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.
em frente ao armazém do M.S.S

16 HORA DE OCORRÊNCIA
17:10

07 ZONA URBANA / URBANA

08 DATA
11/11/2016

09 DIA DA SEMANA
Segunda

10 NATUREZA DO ACIDENTE

- ATROPELAMENTO
- COLISÃO
- TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM
- CHOQUE COM OBJETO FIXO
- OUTRA (ESPECIFICAR)

- 11 TIPO DE PAVIMENTO
- ASFALTO
- CONCRETO
- PARALELEPÍEDO
- CASCALHO
- TERRA
- AREIA

- 12 CONDIÇÕES DA VIA
- SECA
- MOLHADO
- OLEOSA
- ENLAMEADA
- DANIFICADA
- OBRAS

- 13 CONDIÇÕES DO TEMPO
- BOM
- CHUVA
- NEBLINA
- GARÇA

14 Nº DE VEÍCULOS
01

15 Nº DE VÍTIMAS
02

16 NOME CONDUTOR
ANTONIO MONTEIRO DOS SANTOS

17 SEXO
 M F

18 NASCIMENTO
11/11/1911

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO
16-08-2012

21 CATEGORIA
AB

22 PRONTUÁRIO
05568671437

23 UF
AC

24 EX. MÉDICO EM DIA
 SIM NÃO

25 USAVA CINTO
 SIM NÃO

26 USAVA CAPACETE
 SIM NÃO

27 MARCA
YAMAHA/FALER

28 ESPÉCIE
PASSEIRO

29 PLACA
MZQ5064

30 MUNICÍPIO
Rio Branco

31 UF
AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO
 SIM NÃO

36 AVARIAS
médica montta

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA
Bairro Centro

40 AÇÃO DO CONDUTOR
Conduzido para o pronto socorro

37 CARRO 

38 MOTO 

41 EXAME ALGOLÓGICO REALIZADO
 SIM NÃO

42 NOME CONDUTOR

43 SEXO
 M F

44 NASCIMENTO

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA
 SIM NÃO

51 USAVA CINTO
 SIM NÃO

52 USAVA CAPACETE
 SIM NÃO

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO
 SIM NÃO

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

63 CARRO 

65 MOTO 

67 EXAME ALGOLÓGICO REALIZADO
 SIM NÃO

68 NOME

69 SEXO
 M F

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO
 M F

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

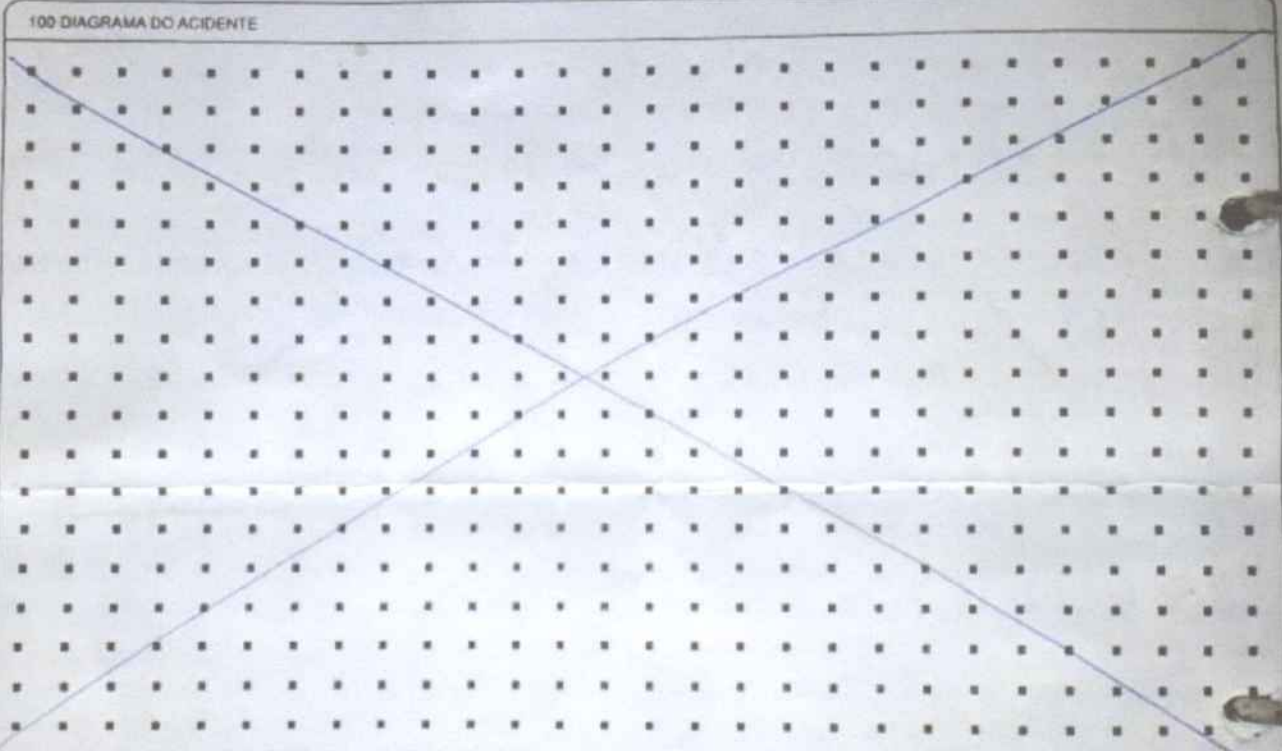
81 UF

VEICULO / CONDUTOR

VEICULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS Nº

VÍTIMAS N.º 01	92 NOME ROBERTO NOGUEIRA DA SILVA	93 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	94 NASCIMENTO 4/11/1979
	95 ENDEREÇO	96 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	97 VIAJANDO COM O VEÍCULO <input checked="" type="checkbox"/> SEM O VEÍCULO <input type="checkbox"/>
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input checked="" type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA P. SACORRO	
	91 NOME ANTONIO MONTENEGRO DOS SANTOS	92 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO 1/18/1919
94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJANDO COM O VEÍCULO <input checked="" type="checkbox"/> SEM O VEÍCULO <input type="checkbox"/>	
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA P. SACORRO		



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES Informa que fomos acionados via Cross para atender um acidente de trânsito na Av. Santos Dumont em frente ao mercadinho São Sebastião, ao chegar, nos deparamos com duas viaturas, uma delas já dentro do Samu e a outra sendo atendida no local pelos Bombeiros, que pediram a nossa ajuda para levar a 2ª vítima até o pronto socorro, ao retornar ao local do acidente a motocicleta tinha sido removida do local do acidente por quem localizamos a mesma em uma casa próxima, o proprietário da residência nos entregou a motocicleta, não foi encontrada nenhuma placa, não houve perícias, não há boletins em Brasília/Equilaculândia, não foi possível obter mais informações sobre o sinistro.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA VI	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÁNSITO CIFRAN/DETRAN ACRE
105 NOME ANTONIO M. DOS SANTOS	106 NOME	107 NOME / RG A. PIMENTEL 9300562
108 ASSINATURA Impossibilitado	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
111 LOCAL Equilaculândia Acre	112 DATA 17-10-2019	

neurologia

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2395443 DATA: 18/10/2016 HORA: 12:41 USUARIO: OTERVAL
CNS: 708600541198186 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

CAUSA EXTERNA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : ANTONIO MONTEIRO DOS SANTOS DOC...: CNS
IDADE...: 25 ANOS NASC: 18/10/1991 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO...: RUA ANA DE SOUZA LIMA NUMERO: 120
COMPLEMENTO...: BAIRRO: LIBERDADE
MUNICIPIO...: EPITACIOLANDIA UF: AC CEP...: -
NOME PAI/MAE...: /MARIA DAS GRACAS MONTEIRO DOS
RESPONSAVEL...: ESPOSA- MAURICELIA TEL...: 99929-1954
PROCEDENCIA...: MUNICIPIO EPITACIOLANDIA
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [139 X 86 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [107] SPO2 [98]

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de acidente automobilístico em Brasília, trazido pelo SAMU por av. neuro e ortopedista, em prancha rígida. A - vias aéreas permeáveis, cl. cda cervical, B - respirando bem em ar ambiente, C - hemodinamicamente estável, D - Glasgow 15, E - olhos sem abertura ocular devido ao edema palpebral bilateral. Escala de dor: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] incômodos em torax, MSE cl. tala, abdome flácido e indolor.

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

① TC crânio.
② RX.
③ Av. neuro.
④ Av. ortopedia.
⑤ Alto do cu, geral.

**SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

NEURO

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 [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

às 12:41h Pac. deu entrada nesta SET, conduzido pelo Samu, encaminhado de Brasília, vítima de acidente de moto. Suspeita de fratura em cotovelo E + aproximação hematoma na região ocular + escoriações no abdome. Cl. NUT com MSE + HU em cervic + SVD. Encaminhado para realização de Ex: de RX + TC. TC em 10 min.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER



HORA

CLASSIFICAÇÃO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DISCRIMINADOR

PARÂMETROS

PA	X	mmHg	TAX.	°C	SPO2	%	FC	Bpm	PESO
<p>ESCALA DE DOR</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>LEVE MODERADA INTENSA</p> <p>😊 😊 😐 😐 😐 😐 😐 😐 😐 😐 😐 😐</p>									GLICEMIA mg/dl
									GLASGOW ALTERADO () NÃO ALTERADO ()

ALERGIA MEDICAMENTOSA

RECLASSIFICAÇÃO

HORA

CLASSIFICADOR (CARIMBO E ASSINATURA)

CLASSIFICADOR (CARIMBO E ASSINATURA)

18.10.16 Neuroe
 paciente sonolento, desperta
 aos estímulos orgânicos
 Edema e hematomas
 face.
 CT ecranial: HSAT + hematomas
 face.
 Cond: Al obs traq.

Drª Claudiana L. Vieira
 Neurologista / Neurocirurgiã
 CRM 1379
 R: Hugo Carneiro No 234 Bosque
 Fone: 3023 4987

CBMF
 20/10/16

Per. apresentando fratura
 encaminhado ao ambulatório de CBMF.
 ALTA BME!

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO BRANCO
NEUROCIRURGIA



NOME: Antonio M Santos

IDADE: 25

SETOR:

ENF: 02

EVOLUÇÃO NEUROCIRURGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

DATA: 18.10.16

Data de Internação:

1. DIETA: ZELU
2. SFC 0,9% 1500ml EV 8/8hs
3. Dipirona 1g dil (8 ml AD) EV 6/6hs
4. Omeprazol 40mg dil EV 1x/dia cedo
5. Plasil 2ml dil EV 8/8hs SOS
6. Tramadol 100mg+ SG a 5% 100ml EV 8/8h em 40' S/N
7. Observar nível de consciência
8. SSVV 6/6hs

18/10/2016

Atenção

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

9. Etofolotina 20g EV 6/6hs
10. Dilatol + AD FN 1 dose
- 11 - A oks. Trovas
- 12 - Axiol BNF P...
13. Fenitoina 200mg
- 14 Refusar color café
- 15 - Haldol 5mg am 12/12h



SINAIS VITAIS					
PA	TAX	FC	FR	GLI	INSULINA
120x80	36	75	20		
90/60					

ORTOPEDIA

paciente com hi) fratura de acetabulo e fratura da tuberosidade do trocanter maior e fratura da coroa acetabular
com fratura da tuberosidade do trocanter maior e fratura da coroa acetabular
com fratura da tuberosidade do trocanter maior e fratura da coroa acetabular

Dr. [Signature]

J. Leonardo L. [Signature]

Comunidade de [Signature]

Atividade ortopedica com orientacoes

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUEB

16:30 Paciente em repouso
PA: 143x75 mmHg. Tec. Andrôa
vermosos nudo e afilado.
está com escoriações per
to do corpo. Sic Galateia
digi e em todo corpo.
ivD sendo chamado Sec
ml. com [Signature]
44 x 73 mmHg
Tec. Elisavete
207-477 [Signature]

AS=9h paciente refere
melhora orientada
de ambulando tomar
banho de aspersão com
ajuda da técnica de
Anjos e PA 120 x 80 mmHg
+ foi feito curativo tec
Tec; Das Anjos

AS 18h paciente relata
que este melhor
PA: 140 x 80 mmHg
Tec; Das Anjos



NOME: Antonio Santos IDADE: SETOR: 2395443 ENF:

EVOLUÇÃO NEUROCIRURGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

DATA: 19/11/16.

Data de Internação:

ACE não cirurgia
MSA Traumatiza

E/b: 14

depreen todo, noventa
memorias espontaneamente,
atendentes graves
simples.

Obn via
Avul da BNF/ortopedia



1. DIETA: hamb de prova.
2. Sf 0,9 l — 500 ml EV 8/8h
3. Dipirona 1g dil (8 ml AD) EV 6/6hs
4. Omeprazol 40mg dil EV 1x dia cedo
5. Plasil 2ml dil EV 8/8hs SOS
6. Tramadol 100mg+ SG a 5% 100ml EV 8/8h em 40' S/N
7. Observar nível de consciência
8. SSVV 6/6hs
9. cefalotina 1g EV 6/6h
10. Metilid 5mg IM 12/12
11. Avul da BNF/ortopedia
12. Tirolid 200mg EV 12/12

SVD
SPO 500 500

OK
OK
OK
OK
OK
OK
OK
OK
OK
OK
OK
OK

ATENÇÃO
ROTINA

OK
OK

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

11h

As 11:30, Paciente segue no leito desacomodado, norma tensão, normocardiaco, dieta zero, diurese presente, oxigenação arterial, Par-tendo AVP em M se com HV em cãso, Partendo SVD despresado 530ml de urina xanguinolenta					
realizado curativos em MSB e região frontal da cabeça. PA 130 x 74 mm/Hg, SPO 92%, FC: 64 bpm, E.T.E. Digito Scartos					
João Marcos L. Mader Enfermeiro COREN/AC 336895					
As 16:00 encontrando paciente normo-observações do trauma para dia					
SINAIS VITAIS					
PA	TAX	FC	FR	GLI	INSULINA
130/74		54			

intimidade ao tratamento.
 - Prof: Andrzej - Daniel Gustavo
 - Fy - 150415
 - 24 h paciente
 - amunicativo e
 - visitado com PA
 - 30 x 70 mmHg. Tec
 - urinária -
 - 16.00hs / dorme bastante
 - urine Presente
 - 7 = 120 x 80 mmHg

!l = noção + Fátima
 AS = 9h Paciente
 apresentou melhoras
 tomou banho de aspersão
 com agulha de tecido
 dos Anjos CPA 120 x 80 mmHg
 Tec; Enf Das Anjos

SAME / HUERBES
CÓPIA ORIGINAL
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Novo Acre

data:

nome:

Antonio M Souza 25

idade:

REGISTRO: 2395443

ENFERMARIA:

Obs T

LEITO

12

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
21.10.16	Novo	1) Dieta normal 2) SF O,9: 1500ml 3) Diurônico 4AD EV SOS 4) Polvo 4AD EV SOS 5) Colobolona 1g EV 6h 6) Trilipid 4AD EV 6h 7) Dorcivalo 200mg 8) SSY 4AD 6h	07:30 - 08:30 08:30 - 09:30 09:30 - 10:30 10:30 - 11:30 11:30 - 12:30	em alta hospitalar com prescrição médica e orientações das especialidades ortopédica, BMF e URC, acompanhando exame sangue exames (urina + TC). Esp. de 1008 AT
		DU. BMF alta DU. ortop alta		
		ESCOLHA PELTA		
				alta
				curado e

COPIA ORIGINAL
SANE

CONFORME ORIGINAL

Handwritten signature

alta

curado e



Unidade: _____

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA 18/10/16 HORA: _____ MUNICIPIO DE REFERENCIA RIO BRANCO

NOME DO PACIENTE: ANTONIO MONTEIRO DOS SANTOS

- UNIDADE SOLICITADA
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASSIS BRASIL | <input type="checkbox"/> XAPURI | <input type="checkbox"/> CRUZEIRO DO SUL | <input type="checkbox"/> MANOEL URBANO |
| <input type="checkbox"/> SENA MADUREIRA | <input type="checkbox"/> ACRELÂNDIA | <input type="checkbox"/> MÂNCIO LIMA | <input type="checkbox"/> RODRIGUES ALVES |
| <input type="checkbox"/> SENADOR GUIOMARD | <input type="checkbox"/> BUJARI | <input type="checkbox"/> FEIJÓ | <input type="checkbox"/> JORDÃO |
| <input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIA | <input type="checkbox"/> PLÁCIDO DE CASTRO | <input type="checkbox"/> TARAUCÁ | <input type="checkbox"/> OUTROS |

Dr. Eduardo Arcio M. ...
 CRM 1441 / AC

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____

DIAGNÓSTICO TEC - MODERADO + Fx DO CRANIO (Região Frontal)

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: + Fx DE COTOVELO ESQUERDO

AVALIADA PELA ESPECIALIDADE (NEUROLOGIA + ORTOPEDIA)

PRESSÃO ARTERIAL: 120x90 F. CARDIACA 96 bpm F. RESPIRATÓRIA: 22 lbpm TEMPERATURA 36 °C

MOTORISTA: _____

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(++++++++)	SIM	NÃO	(++++++++)
	<input checked="" type="checkbox"/>	DESIDRATADO		<input checked="" type="checkbox"/>	CIANOTICO
	<input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO		<input checked="" type="checkbox"/>	ICTERICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () ALERTA () VERBAL () SONOLENTO () CONFUSO () SEM RESPOSTA GLASGOW 14/15

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: () DIABETES () HAS () ICC () SEQUELA AVC () DPOC () OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO USO	DOSAGEM
DIPYRIDAAMP	EV 14 9/50	AMIKACILINA	AMP EV 500mg 8/50
DICLOFENACO	AMP IM 75mg 8/50	CAPTROPIL	COMP EV 100mg 8/50
FGMO BAMBINAL	AMP EV 100mg 8/50		

EXAMES COMPLEMENTARES: ECG () TORAX () RX ABDOMEN () RX OUTRO () TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB	HT	LEUCO	TGO	TGP	AMILASE	URINA I

GASOMETRIA PO2 PCO2 GLICEMIA

HOSPITAL DE DESTINO: () PRONTO SOCORRO () SASMC () FUNDHACRE () HC () SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO _____ CRM _____ MÉDICO REGULADOR _____

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE: M. B. de Mello
NOME: _____ FUNÇÃO: _____
CRM: _____ COREM - AC _____

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAIR VILA DE MESSIAS NASCIMENTO, liberado nos autos em 14/05/2019 às 14:00. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0004454-42.2019.8.01.0070 e código 21919FBF5.

Data 21 / 10 / 16 = Hora _____ Médico _____

Dr. Claudia L. Vieira
Neurologia / Neurocirurgia
R. Hugo Galvão Nº 234 - Bosque
Fone: (0xx68) 3223-1897

Recebi a ficha de orientações médicas e estou ciente da necessidade de seguir as instruções recebidas

Mauricélia Dour da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

R 239544

Av. Nações Unidas, 700 - Bosque - Rio Branco - Acre - Cep: 69.908-620 - Tel. (0xx68) 3223-3080.
FAX: 3223-1897 - Direção Geral: (0xx68) 3223-1897 e-mail: hgerb.sessacre@ac.gov.br

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTERA NACIONAL DE HABITAÇÃO

AC

ANTONIO MONTEIRO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 12245437 SSP AC

CPF 029.526.202-88 DATA NASCIMENTO 18/10/1991

FILIAÇÃO
 MONTEIRO DOS SANTOS
 MARIA DAS GRACAS
 MONTEIRO DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AD

Nº REGISTRO 05568651937 VALIDADE 19/09/2022 1ª HABILITAÇÃO 16/08/2012

OBSERVAÇÕES

Antonio Monteiro dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL RIO BRANCO, AC DATA EMISSÃO 25/09/2017

60146441892
 AC407588876

ASSINATURA DO EMISSOR

ACRE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1480399590

PROIBIDO PLASTIFICAR 1480399590

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAIR VILA DE MESSIAS NASCIMENTO, liberado nos autos em 14/05/2019 às 14:00 .
 Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0004454-42.2019.8.01.0070 e código 219FFB5.