

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO FREIRE ROQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000138717-6

Nr. da Autenticação 59A9407275F42C81

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190118067

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDINALDO FREIRE ROQUE

Data do acidente: 29/11/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de punho direito (barton)

Descrição do exame físico: MSD: deformidade com convexidade dorsal do punho, encurtamento radial, hipotrofia do antebraço, limitação para a flexão do punho a 70 graus e extensão do punho a 50 graus, e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: Tratamento: conservador com imobilização gessada e fisioterapia.
Alta: Março de 2019

Sequelas permanentes: dano funcional em punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/03/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM PARÂMETROS TÉCNICOS, AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E EXAME REALIZADO PAGO DANO EM PUNHO DIREITO 50%

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190118067 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO FREIRE ROQUE **Data do acidente:** 29/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @4,8,11-13 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190118067

Vítima: EDINALDO FREIRE ROQUE

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO FREIRE ROQUE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDINALDO FREIRE ROQUE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 00000138717-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



04080 20180 - 6523

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DOBE: 2599343 DATA: 29/11/2018 HORA: 18:16 USUARIO: OTERVAL
CNS: 700800493545783 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : EDINALDO FREIRE ROQUE
IDADE: 46 ANOS NASC: 03/04/1972
ENDERECO: RUA DARIA DE SENA
COMPLEMENTO: BAIRRO: WANDERLEY DANTAS
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: RAIMUNDO MONTEIRO ROQUE /ELSA DE ARAUJO FREIRE
RESPONSAVEL: IRMAO-JOSE RONALDO FREIRE DE ARAUJO
PROCEDENCIA: UPA-VIA VERDE TEL: 999341034
ATENDIMENTO: SUSPEITA DE FRATURA IRMAO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/1
Ft. intra-articular
D) Rupt. por Ac. moto-sic. No go um outro fratur
Ap. low motor -> Reduço. + gesso + Rec/TC -> clauso ventrais

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: CID: Ruptura em 1 dia p/ movimento

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO
Dr. Vinícius Gonçalves
Ortopedista e Traumatologista
CRM/AC 1405-TEOP/2008

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
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

SAME / HUERB

CÓPIA

CONF

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
No. DO BE: 2607344 DATA: 09/01/2019 HORA: 17:43 USUARIO: COSMA
CNS: 700800493545783 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : EDINALDO FREIRE ROQUE DOC...: RG30061768
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 03/04/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA DARIA DE SENA NUMERO: 215
COMPLEMENTO...: BAIRRO: WANDERLEY DANTAS
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
NOME PAI/MAE...: RAIMUNDO MONTEIRO ROQUE /ELSA DE ARAUJO FREIRE
RESPONSAVEL....: O MESMO TEL....: 999341034
PROCEDENCIA....: WANDERLEY DANTAS IRMAO
ATENDIMENTO....: CONSULTA/PRESCRICAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
CASO POLICIAL..: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

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

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

Frnt. punho @. Guao axila polmo.
ex 15ri 30ms

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CJD:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA 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

MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

No. DO BE: 1594588 DATA: 29/11/2018 HORA: 17:05 USUARIO: RANE
CNS: SETOR: 09-CONSULTORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDINALDO FREIRE ROQUE DOC...: RG 376009
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 03/04/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RAMAL BOM JESUS NUMERO:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: VILA ACRE
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: RAIMUNDO MONTEIRO ROQUE / ELISA DE ARAUJO FREIRE
RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 9969-4067
PROCEDENCIA...: VILA ACRE
ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

F.C. membros inferiores
+ fratura punho (D)

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- DT

- Diclefeno 10, 1/1

17:47

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. Ken Nilton L. Suzuki
Médico
CRM-AC 871



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		COMPREV - EVIDENCIA S/A 11 FEV 2019	CNS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Edilson Freire</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>FISIOTERAPIA</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		CID 10 PRINCIPAL	
<i>FRATURA RADIO DISTAL</i>		<i>D</i>	
OBSERVAÇÕES			
<i>ADM ANALGESIA</i>			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
<i>Edilson Freire</i>		<i>07/02/19</i>	<i>[Assinatura]</i>
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO



Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: UPA 24h

Para: HUERB

Nome do paciente: Edinaldo Tracie Roque

Hipótese diagnóstica: Fratura punho

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

(E)

Fazer melhorias

Origem do

DATA: 8/11/18

Dr. Karl Eduardo L. Siqueira
R. 1050
CRM/AC 871

ASSINATURA

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Trauma 1^o lub

SOCIEDADE DE
EXAMES SADE

SISTEMA
FUNDACAO

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SAISUS - CNPJ. 63.602.940/0001-70

VOHACRE
IDOSO
TUCUMÃ
CRIANÇA

☐ C.I. DA MULHER
☐ H.M.M. MONTE
☐ CACON

MATRÍCULA
Data Nasc.
Nome

Enfermeiro(a)
SUSPEITA CLÍNICA

☐ URGENTE

☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI

Clinica

O material só será colhido ou aceito se o formulário estiver preenchido por completo e com letra legível.

1 dos primeiros Sintomas

EXAMES SOLICITADOS
Material

Material Enviado:

DATA 07/12/18
CRM

Marcondes Oliveira Silva
CRM 2114

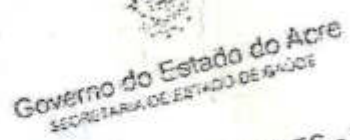
Marcondes Oliveira Silva
Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE
SR. PACIENTE, A ROTINA DA COLETA FUNCIONA DAS 7:00 ÀS 9:00 HORAS
DE 2ª A 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDACAO.

DIREJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTEN OUTRAS
INFORMAÇÕES.
RETRAI FRASCO PARA URINA E FEZES DAS 9:00 ÀS 17:00 HORAS
ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

JEJUM:

Estar em jejum significa não ingerir nenhum alimento tanto líquido como sólido, no período 12:00 ou 14:00 horas, dependendo
o tipo de exame, antes da coleta do material para a realização do mesmo. Isto é necessário quando você vai coletar sangue
para alguns tipos de exames (glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio etc.). O jejum é importante para que os resultados de
exames de sangue saiam corretos. Atenção MESMO EM JEJUM NÃO DEIXE DE TOMAR SEUS REMÉDIOS.



NowAcres 22

GOV. DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SAOT

GOVERNO DO
SECRETARIA DE ESTADO

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Assunto: Edna de

Sector: ☐ PSE ☐ AR ☐ ECA ☐ CCE ☐ CMA ☐ CMG ☐ CC ☐ UTI

Rate: 1

☐ USC ☐ UCC ☐ Encaminhado ☐ ECA

17 FEB 2019

PROT 5010

Indicação: B punk (b) AP + P

Francisley L. Freitas
Ortopedia
CRMAC - 751

17 CONSELHO

Assunto:

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

COMPREV DE PROVIDÊNCIA S/A
11 SET 2018

PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Unidade: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

Edinaldo Trine Roper
Paciente com fratura nítida
aberta hoje. Tratamento
conservador. Prolongado inicial
do tratamento: 4 meses

5522

29/11/18

Dr. Vinícius Ghecolet
Ortopedista e Traumatologista
CRM / AC: 1405 - TEOT: 14503

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente

Renato Rangel

necessita de

15 dias

de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID:

R91C

01, 12, 15

Marcondes Oliveira Silva

CRM/AC 2105

Assinatura do Médico com C.R.M.

NOTA:

Este atestado é válido para as finalidades no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho



ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente Estivaldo Ferra

Requer

necessita de 15 (quinze)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: S 522

RB

29 / 11 / 18


Assinatura do Médico com CRM
Ortopedia
CRM / AC 1405 - TEUT

NOTA:

Este atestado é válido para as finalidades no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho

NOME:

LINDO



EDUARDO FREIRE ROCHA

SUBMETEU-SE A TRATAMENTO
ORTOPÉDICO. RECEBE ALTO
COM FRATURA CONSOLIDADA DE
RADIO DISTAL, LIMITADA MOBE-
RADA DA FLEXO-EXTENSÃO E FLEXO-
-SUPINAÇÃO DO PUNTO DIREITO.

CID-552-2

Rio Branco - Ac,

0710419

Edisio

CARIMBO e ASSINATURA

REC. NEGATIVE FILM



X1111 AM10M:011

UPT-1 DISTRICT - RIO NEGRO





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA: 3006176-8 DATA DE EMISSÃO: 26/01/2016

NOME: EDINALDO FREIRE ROQUE

RELACÃO:
RAIMUNDO MONTEIRO ROQUE
ELSA DE ARAJO FREIRE

NATURALIDADE: TARAUACA-AC DATA DE NASCIMENTO: 03/04/1972

DOC. ORIGIN. C. NASC. TERM. 1398 LIV. A03 FLS. 42

JORDAO-AC

CPF: 696.692.522-53

076

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

NO-RED-EQUALITY



08/02/2019



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
696.692.522-53

Nome
EDINALDO FREIRE ROQUE

Nascimento
03/04/1972

CÓDIGO DE CONTROLE
DE40.B765.BBA3.CB99



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:50:43 do dia 08/02/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Demonstrativo de Documento Emitido

01 01077186611

EDINALDO FREIRE ROQUE
RUA FRANCISCO F NASCIMENTO 719
69.909-782 RIO BRANCO-AC

696.692.522-53 QLV0451

RIZOMAR DA COSTA E SILVA

QLV0451 9C2KC1670FR549039

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA ALCO/GASOL

HONDA/CG150 START 2015 2015

2P/0149CC/ PARTICU VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN TRIBUTARIO

00139 - RIO BRANCO 20/07/2018

RETORNA

Dut.





MINISTERIO DAS CULHAS

011091546643

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

01 0307186611 00245866250

EDINALDO FREIRE ROQUE
RUA FRANCISCO F. MASCIMENTO
VILA ACRE Nº 6719
RIO BRANCO-AC 69909782

696.692.522-53 ALV0451

FELIZDMAR DA COSTA E SILVA

OLV0403 AC 9C2K61670FK5A9623

PAG/MOTOCICLO/MAGNIFICA	ALCO/GASOL
-------------------------	------------

2P/0149CE/
PARTICU
VENNELPH

SEM RESERVA DE DOMÍNIO & NOT. PRIMEIRO

20/07/2018

DENATBAN

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

011091396643

01 010771B664K 2018

EDUARDO FREIRE ROQUE
Nro Legales AL9000580471

696.692.522-33 6130451

DLV0451 AC
PC2K61670FR049039

PAS/MDIOE/ICCD/WHO/REF/10A ALCD/BRASOL

HOJIDA/C6150 START	2015	2013

2F/01499CC/	PARTICU	VERMELHA
-------------	---------	----------

HPA60A	本表各列数据均系	1	本表各列数据均系
--------	----------	---	----------

№ ПАСО ГОТА УНИКА №

SEM RESERVA DE DOMÍNIO A BENEFICIÁRIO

R10 FRMCD-NC 20/07/2010

DENATRA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004906/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/02/2019 11:16 Data/Hora Fim: 20/02/2019 11:18
Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Departamento de Investigação Criminal
Data/Hora do Fato: 29/11/2018 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: RML BOM JESUS

Bairro: Vila Acre
CEP: 00.000-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1103: Outros fatos atípicos	Não Houve



ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDINALDO FREIRE ROQUE (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Tarauacá Sexo: Masculino Nasc: 03/04/1972
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Elsa de Araújo Freire Nome do Pai: Raimundo Monteiro Roque

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 696.692.522-53

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA FCO FERREIRA DO NASCIMENTO Nº: 719
Bairro: VILA ACRE
Telefone: (68) 99957-3404 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA SAINDO DE SUA RESIDÊNCIA QUANDO SUA MOTO, UMA HONDA CO150 START, ANO 2015/2015, DE COR VERMELHA, PLACA QLV 0451/AC, DESLIZOU E O MESMO CAIU FICANDO LESIONADO, CONFORME CONSTA NO PRONTUÁRIOS MÉDICOS BE Nº 2599343, 1594558 E 2607344.

Odilon Vinhadelli Neto
Delegado de Polícia Civil



Delegado de Polícia Civil: Odilon Vinhadelli Neto
Impresso por: Vanda Ferreira de Oliveira
Data de Impressão: 20/02/2019 11:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 004906/2019-A01

ASSINATURAS

Vanda S. de Oliveira

Vanda Ferreira de Oliveira
Responsável pelo Atendimento

x EDINALDO FREIRE ROQUE

Edinaldo Freire Roque
(Vítima / Comunicante / Condutor)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

04080 20180 - 6523

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DOBE: 2599343 DATA: 29/11/2018 HORA: 18:16 USUARIO: OTERVAL
CNS: 700800493545783 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : EDINALDO FREIRE ROQUE
IDADE: 46 ANOS NASC: 03/04/1972
ENDERECO: RUA DARIA DE SENA
COMPLEMENTO: BAIRRO: WANDERLEY DANTAS
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: RAIMUNDO MONTEIRO ROQUE /ELSA DE ARAUJO FREIRE
RESPONSAVEL: IRMAO-JOSE RONALDO FREIRE DE ARAUJO
PROCEDENCIA: UPA-VIA VERDE TEL: 999341034
ATENDIMENTO: SUSPEITA DE FRATURA IRMAO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/1
F. intra-articular
D. R. p. Ac. moto - sic. No go. em artros. fratur.
Ap. h. motor -> Reduço. + gesso + R. e / TC -> cl. artros. centrais
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]
DIAGNOSTICO: R. em + dia p/ mov. livre

CID:
PRESCRICAO
HORARIO DA MEDICACAO
Di. Vinício Gonçalves
Ortopedista e Traumatologista
CRM / AC - 1405 - TEOP. 1988

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
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

SAME / HUERB

CÓPIA

CON

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: <u>696.692.522-53</u>	Nome completo da vítima: <u>Edinaldo Freire Roque</u>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <u>Edinaldo Freire Roque</u>	CPF: <u>696.692.522-53</u>	
Profissão: <u>Recuso-me</u>	Endereço: <u>R. Emílio - Fátima Nascimento</u>	Número: <u>719</u>
Bairro: <u>União Ave</u>	Cidade: <u>Rio Branco</u>	Estado: <u>AC</u>
E-mail:	CEP: <u>69909-710</u>	Tel. (DDD): <u>(68) 99957.3404</u>

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <u>0534</u>	CONTA: <u>00138717</u>	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.

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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vitima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vitima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vitima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vitima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>Rio Branco, AC 11/02/2019</u>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	CPF: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____		CPF: _____
		Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome: _____
<u>EDINALDO FREIRE ROQUE</u>		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

11/02/2019
CONVENIO: 000338753
OPERADOR: 123

Ag. de conta
CONTA: 0534.013.00138717-8
NOME: EDINALDO FREIRE ROQUE
CPF: 69669252253

COD. OPERAÇÃO: 42104330

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

=====

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 004906/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/02/2019 11:08

Data/Hora Fim: 11/02/2019 11:25

Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Departamento de Investigação Criminal

Data/Hora do Fato: 29/11/2018 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Logradouro: RML BOM JESUS

Bairro: Vila Acre

CEP:00.000-000

Tipo do Local: Via Pública



Natureza

1103: Outros fatos atípicos

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDINALDO FREIRE ROQUE (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Tarauacá

Sexo: Masculino

Nasc: 03/04/1972

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Elsa de Araújo Freire

Nome do Pai: Raimundo Monteiro Roque

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 696.692.522-53

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA FCO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nº: 719

Bairro: VILA ACRE

Telefone: (68) 99957-3404 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA SAINDO DE SUA RESIDÊNCIA QUANDO SUA MOTO DESLIZOU E O MESMO CAIU FICANDO LESIONADO, CONFORME CONSTA NO PRONTUÁRIOS MÉDICOS BE Nº 2599343,1594558 E 2607344.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004906/2019

ASSINATURAS


Allen Feltosa Ferreira
Responsável pelo Atendimento


Edinaldo Freire Roque
(Condutor / Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

