

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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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



0408020180 - 5523

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

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

NOME : EDINALDO FREIRE ROQUE		IDENTIFICACAO DO PACIENTE	DOC. . . .
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. 69900-000
NOME PAI/MAE	RAIMUNDO MONTEIRO ROQUE		/ELSA DE ARAUJO FREIRE
RESPONSAVEL	IRMAO-JOSE RONALDO FREIRE DE ARAUJO		TEL. 999341034
PROCEDENCIA	UPA-VIA VERDE		IRMAO
ATENDIMENTO	SUSPEITA DE FRATURA		
CASO POLICIAL	NAO		PLANO DE SAUDE NAO
ACID. TRABALHO	NAO		VEIO DE AMBULANCIA NAO
		TRAUMA: SIM	

PA [mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 []EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TEC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA'SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

(D) Rx: urina - entubada
Artefacto - no exame -
Ap: lumbosacral → Radiografia + gesso + Rxc/TC → clínico ventral

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

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

Ritmo: ... → dias p/ nova lesão

CID:

DIAGNOSTICO: PRESCRICAO

Dr. Alcides Góes
Ortopedista e Traumatologista
CRM/AC-14087-TECP/2017

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] 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

CONT

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
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Fant. punho . Gav oxíto postura

04/01/2019

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

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 EV PLEVIDE/ELSA DE ARAUJO FREIRE
 RESPONSAVEL: O MESMO TEL...: 9969-4067
 PROCEDENCIA: VILA ACRE 11/11/2018
 ATENDIMENTO: CONSULTA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

FCS membros inferiores
 + Fratura perna (D)

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- D1

- Diclofenac 100, 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 CRMIAC 871 [] ANAT. PATO.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Ken Nilton I. Suzuki
 Medico
 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

COMPRAVIS - EVIDÊNCIA SIA

CNS

11/07/2019

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Edmílio Freire

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

CID 10

Fisioterapia

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Descrição do diagnóstico

CID 10 PRINCIPAL

Fratura Radio distal D

ADM
Analgesia

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Edmílio Freire

DATA DA SOLICITAÇÃO - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

07/07/19

CBO

Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Edmílio C. P. Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRF-AC-159



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

Novo Acre
Governo pacífico, povo amparado
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 FEVEREIRO 2019

PROTÓCOLO
AO DIRETOR

Unidade:

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: UPA 24h

Para: HUERS

Nome do paciente: Edinaldo Freire Repue

Hipótese diagnóstica: Fretume pulho

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

(E)

Fevere afebril

Obrigado

Dr. Ken Natan C. Gazzola
E. 650
CRM/AC 871

DATA: 21/11/18

ASSINATURA

SAME HUERS
CÓPIA
CONFESSAR ORIGINAL

Tallina

SISTEMA FUNDHACRE

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

SOECLTAÇÃO DE EXAMES SAUSUS

MATRÍCULA
Data Nasc. _____
Nome _____

Centro Clínico **UTI** **Clinica** **URGENTE**

VOHACRE **C.I. DA MULHER**
IDOOS **H.M.M. MONTE**
TUCUMÁ **CACON**

afro **Centro Cirúrgico** **Centro Cirúrgico**

Enfermagem **SAUSUS**

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

SUSPETA CLÍNICA

PROTOCOLO

dos primeiros Sintomas

EXAMES SOLICITADOS

Materiais

Serial Enviado:

DATA

CRM

Marconde Oliveira Silveira
CRMAC 2104

Marconde Oliveira Silveira
CRMAC 2104

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 FUNDHACRE.

DIRIU-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTER OUTRAS INFORMAÇÕES.

RETIRAR FRASCO PARA URINA E FEZES DAS 9:00 ÀS 17:00 HORAS

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

1] 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, ureia, 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.



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SAOT

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SAOT					
	Exame	Leito	Expediente		
Residente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sector	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> RR	<input type="checkbox"/> DCA	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CMA
Salto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC	<input type="checkbox"/> USC
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidentado:					
Hipótese Diagnóstica:					
Indicação:	PS punho (b) AP 1P Francisley L. Freitas Ortopedia CRMAC - 781				

274

ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DA POLÍCIA CIVIL DO RIO GRANDE DO SUL

Francisley L. Freitas
Ortopedia
CRMAC - 751

1800-1850

32848

110

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

COMPREV deVIDÊNCIA S/A

11/11/2018

PROTOCOLO
AG. RIOBRANCO

Unidade:

RECEITUÁRIO MÉDICO

Roger

Estrela do
Painel
do tel
com
comprido
do
fractura
fractura
tratamento
Provisão
tratamento : 4 meses

5522

29/11/18

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

Dr. Vincius Grecal
Ortopedista e Traumatologista
CRM / AC: 1005 TEOT: 14503

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente

Fábio Ribeiro

necessita de

15 dias

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

CID:

R.R.C

01/12/15

Marconde 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

Edmundo Tavares

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 Ortopedista
CRM / AC / 1405 - TEC
G.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



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Edinaldo Freire Ribeiro

COMPRAV.

VENDE S/A

11/10/2010

P. COLO
AC. SANTO

SUBMETEU-SE A TRATAMENTO
ORTOPÉDICO. RECEBE D.LTA
com FRACTURA CONSCIONADA DE
RÁDIO DISTAL, LIMITADA A MÓDE-
RADA DA FLEXO-EXTENSÃO E FRENE-
-SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

CID: S52.2

Rio Branco - Ac, 07/10/19

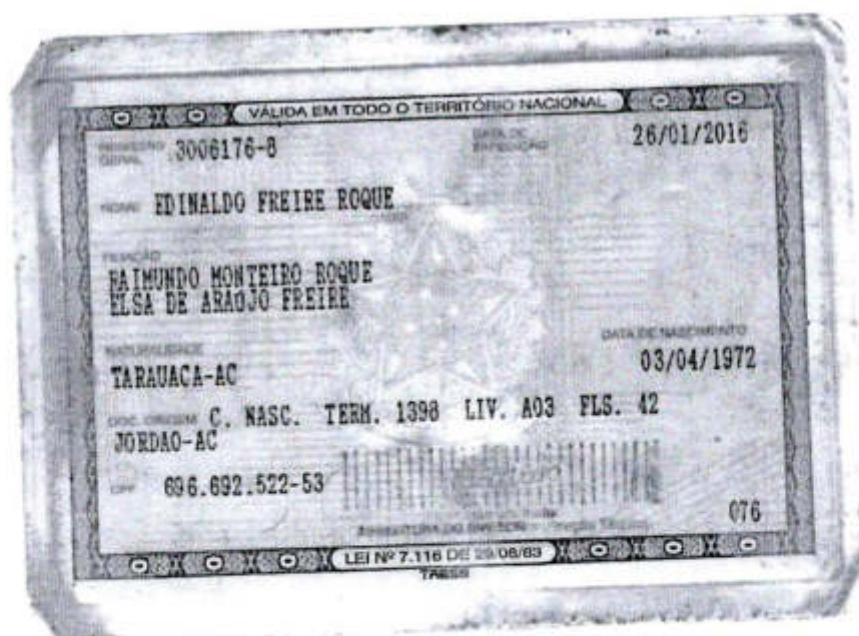
DR. G. C. F. FILHO
CENTRO DE TRAUMATOLOGIA
SANTO

CARIMBO E ASSINATURA

BR 364, KM - 02 Distrito Industrial fone: (068) 3228-4683 - Cep: 69914-220 - Rio Branco - Acre
e-mail: circunica.fundacre@ac.gov.br











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

RIZOMAR DA COSTA E SILVA

Q1V0451 9C2KC1670FR549039

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA

HONDA/CG150 START 2015 2015

2P/0149CC/ PARTICU VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO • BEN. TRIBUTARIO

00139 - RIO BRANCO

RETORNA

Deut.

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
DETTRAN - AC	011091546643
01	03027186611
EDINALDO FREIRE RODRIGUES FRANCISCO F. MASCIMENTO VILA ACRE Nro:719 RIO BRANCO-AC 69909782	
696.692.522-53	
RIZZIBERI DA COSTA E SILVA	
OLVO451 AC	
982K1670FK599639	
PAS/NOTÍCIA/LO NÃO APPLICA	
MÔNDIA/CG150 51 AÑO	
2P/0149CC/	
PARTICU	
VERMELHA	
SEN. RESERVA DE PELUQU. & PINT. PINTARÉU	
RIO BRANCO-AC 20/07/2018	



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
PÓLICIA 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: 690.000-000

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, UMA HONDA CG150 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





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
PÓLICIA 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

EDINALDO FREIRE ROQUE

Edinaldo Freire Roque
(Vítima / Comunicante / Condutor)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (un(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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falta de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

0408020180 - 5523

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

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

NOME : EDINALDO FREIRE ROQUE		IDENTIFICACAO DO PACIENTE	DOC. . . .
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. 69900-000
NOME PAI/MAE	RAIMUNDO MONTEIRO ROQUE		/ELSA DE ARAUJO FREIRE
RESPONSAVEL	IRMAO-JOSE RONALDO FREIRE DE ARAUJO		TEL. 999341034
PROCEDENCIA	UPA-VIA VERDE		IRMAO
ATENDIMENTO	SUSPEITA DE FRATURA		
CASO POLICIAL	NAO		PLANO DE SAUDE NAO
ACID. TRABALHO	NAO		VEIO DE AMBULANCIA NAO
			TRAUMA: SIM

PA [mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 []EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TEC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA'SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

(D) Regre por Ac. moto - sic Nog ur urina No ur urina

Ap ur → Regre + gesso + Rec / Tc → clínico urinário

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

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

Rubor → diar p/

CID:

DIAGNOSTICO: PRESCRICAO

Dr. Alcides Góes
Ortopedista e Traumatologista
CRM/AC-14087-TECP-2017

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] 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

CONT

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:	Nome completo da vítima:	
	696.692.522.53	Edinaldo Freire Roque	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Edinaldo Freire Roque		CPF: 696.692.522.53	
Profissão: Revisor-mo	Endereço: R. Esmeralda - Fazenda Novo Horizonte	Número: 719	Complemento:
Bairro: Vila Acre	Cidade: Rio Brumado	Estado: AC	CEP: 49909-710
E-mail:	Tel.(DDD): (68) 99957.3404		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0534 CONTA: 00138717 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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.

11 FEVEREIRO DE 2019

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Rio Brumado, AC 11/02/2019.
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
EDINALDO FREIRE ROQUE
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

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 RODO, 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. 01. Conta

CONTA: 0534.013.00138717-6
NOME: EDINALDO FREIRE RÓQUE
CPF: 69669252253

COD.OPERACAO: 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
PÓLICIA 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



Meio(s) Empregado(s)

Natureza

Não Houve

1103: Outros fatos atípicos

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.



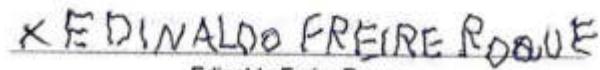
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004906/2019

ASSINATURAS


Allen Feitosa Ferreira
Responsável pelo Atendimento


Edinaldo Freire Roque
(Condutor / Comunicante / Vítima)

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

