

SINISTRO 3190118067 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EDINALDO FREIRE ROQUE**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

Comprev Vida e Previdência S/A-Filial Rio Branco-AC

BENEFICIÁRIO EDINALDO FREIRE ROQUE**CPF/CNPJ:** 69669252253**Posição em 21-04-2019 19:06:54**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/04/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0411055-2

Nº da Nota Fiscal 003827452

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	45	52,46

EDINALDO FREIRE ROQUE
R FRANCISCO FERREIRA NASCIMENTO 719 VILA ACRE
CPF: 00069669752253
CEP: 69.909-710 - RIO BRANCO

DADOS DA LEITURA		ROT: 18.001.18.33.004510	
Atual:	608	Atual:	22/02/2019
Anterior:	563	Anterior:	26/01/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Medido:	45	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	45	Apresentação:	22/02/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 27

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON17108524		1.1.1.1	44

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta	Valor
JAN/19	CONSUMO	45 A R\$ 0,612880 = 27,57
DEZ/18	2A. VIA PEDIDO CONSUM 01/19-00	2,94
NOV/18	COBRANCA DIF ENERGIA 2497ANEEL	7,91
OUT/18	COBRANCA DIF PIS R2497ANEEL	0,02
SET/18	COBRANCA DIF COFINS R2497ANEEL	0,09
AGO/18	FINANCIAMENTO PADRAO 12/36	13,93
JUL/18		
JUN/18		
MAI/18		
ABR/18		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 45 - 0,612880

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 01/2019 Valor R\$ 41,27

Unidade consumidora sujeita a cobrança de energia elétrica a partir de 05/03/2015, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 08,84 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

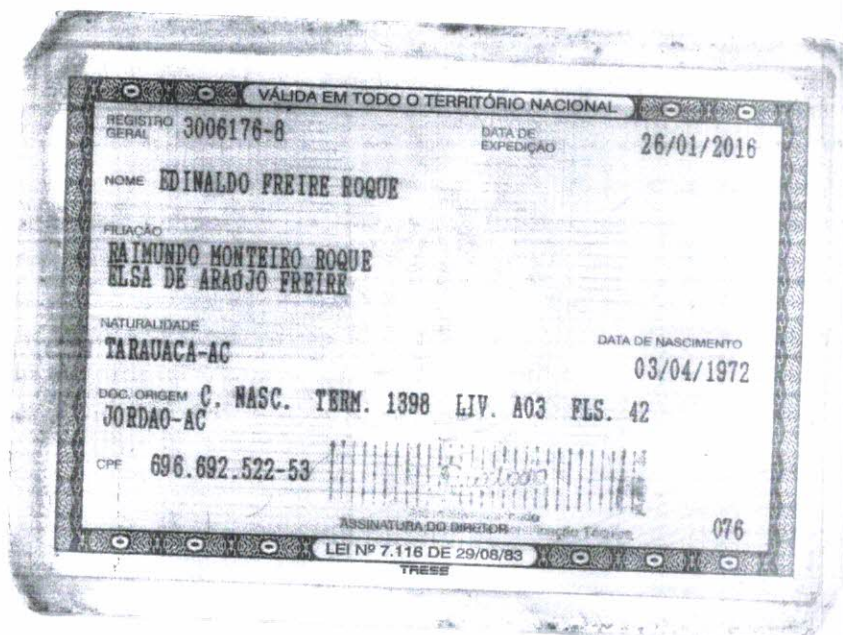
FATURA COM COBRANÇA DIFERENÇA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/18 CONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 1001413-57.2018.4.01.3000

RESERVADO AO FISCO 5844.83A6.BA28.2412.7B77.3A67.DAAF.ED98

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	10,44		Base de Cálculo:		
Energia:	12,40		Alíquota ICMS:		
Transmissão:	0,32		Valor do ICMS:		
Encargos:	4,41		Valor do PIS:		
Tributos:	0,00		Valor do COFINS:	0,00	

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIC			FIC		
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18
Realizado	2,25		3,00		
			DMIC		
			Mensal		
			DICI		
			Mensal		
			Período de apuração:		
			12/2018		
			EUSD:		
			16,59		

TAQUARI





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO CERIAL	3006176-8	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/01/2016
NOME: EDINALDO FREIRE ROQUE			
FILIAÇÃO: RAIMUNDO MONTEIRO ROQUE ELSA DE ARAÚJO FREIRE			
NATURALIDADE	TARAUACA-AC	DATA DE NASCIMENTO	03/04/1972
DISC. ORDEM C. NASC. TERM. 1398 LIV. A03 FLS. 42 JORDAO-AC			
CPF	696.692.522-53	ASSINATURA DO DETENTOR	
		076	
LEI Nº 7.116 DE 29.08/83			

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: 696.692.522-33 Nome completo da vítima: 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: 696.692.522-33
Profissão: Revisor-me Endereço: R. Francisco Freire Nascimento Número: 719 Complemento: _____
Bairro: Uila Aze Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69909-710
E-mail: _____ Tel.(DDD): (68) 99957.3404

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0534 CONTA: 00138717 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 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.

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data, Rio Branco, AC 11/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

EDINALDO FREIRE ROQUE
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) 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 de preenchimento e assinatura.

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

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)
digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



0800 726 0101

(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

BR0816
1687079513

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC CAIXA)

www.caixa.gov.br

0800 726 0101

(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

BR0816
1687079513

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC CAIXA)

www.caixa.gov.br

0800 726 0101

(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDINALDO FREIRE ROQUE 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 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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Fe fratura - articular no nível do radio distal
 (5) Raje, por Ac. moto - sic. No go um o. fraco partes
 Ap. h. motor → Reduço. + gesso + Rxc/TC → clavo articular

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: / /

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 / HUERS

Cópia

COM

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[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: ___/___/___

Fam. punho @. Guro axila polmo.
ca 45ni gero

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: / /

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

ALERGIAS MED.:



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

fls. 28

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR	 insuportável intensa incômoda moderada leve nenhuma () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 1-4 () 0						Glicemia:	mg/dL
								Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____:____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____, com () Jelco nº: _____ () Scalp nº: _____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às ____:____:

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 / ELSA 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:

FCS membros inferiores
+ fratura punho (D)

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- DT

- Diclefeno 10, IM

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. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Ken Nilton I. Suzuki
Médico
CRM/AC 871



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



016655



AR

EDINALDO FREIRE ROQUE
R FRANCISCO FERREIRA DO NASCIMENTO 719
VILA ACRE
RIO BRANCO - AC
69909-782

Data de Producao : 03/01/2019



FB900269741BR

REMETENTE

AG DA P SOCIAL RIO BRANCO - CENTRO
AV GETULIO VARGAS - 647
CENTRO
RIO BRANCO - AC
69900-060

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO

- ☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ AUSENTE
☐ FALECIDO

- ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO
☐ OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:/...../.....

RESPONSÁVEL

Impresso pela Dataprev

FORM: ID200X

016655



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

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Vila Acre
 CEP: 00.000-000

Natureza	Meio(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 DESLIZOU E O MESMO CAIU FICANDO LESIONADO, CONFORME CONSTA NO PRONTUÁRIOS MÉDICOS E E 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

X EDINALDO FREIRE ROQUE
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."



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA AD NEGOTIA"

OUTORGANTE: **EDINALDO FREIRE ROQUE**, brasileiro, solteiro, portador do RG n. 3006176-8 SSP/AC, CPF n. 696.692.522-53, residente e domiciliado na Rua Francisco Ferreira Nascimento, nº 719, bairro Vila Acre, Rio Branco-Acre, não possui e-mail.

OUTORGADOS: FAÍMA JINKINS GOMES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/AC sob o nº 3.021, com endereço profissional no rodapé, onde recebe intimações.

FINALIDADE: Por este instrumento de procuração e na melhor forma de direito, confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, outorgar procurações à terceiros e nomear prepostos, podendo agir em Juízo ou fora dele, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo sua procuradora usar dos poderes contidos na cláusula "*ad-judicia et extra & ad-negocia*", bem como os poderes especiais dispostos no artigo 105 da Lei 13.105/2015, quais sejam: reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e firmar compromisso bem como agir administrativamente perante aos órgãos públicos competentes para o bom desempenho desse mandato, inclusive de requerer certidões negativas ou positivas nas fazendas federais, estaduais e municipais, bem como informações sobre sua situação no SPC, SERASA, CADIN, CDL, Prefeitura Municipal de Rio Branco, SEFAZ, Receita Federal do Brasil, Cartórios em geral, delegacias de polícia, administração pública direta e indireta, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, dando tudo por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARO que sua situação econômica não permite pagar à custa do processo, tampouco honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família, razão porque necessita dos benefícios da ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA.

DOS HONORÁRIOS CONTRATADOS

O Outorgante assume ainda o compromisso contratual de pagar aos outorgados, o valor de 30%(trinta por cento) sobre o proveito econômico que obtiver com a demanda judicial, inclusive quantias decorrentes de sucumbência, se houver.

Rio Branco – AC, 22 de abril de 2019.

EDINALDO FREIRE ROQUE
EDINALDO FREIRE ROQUE

NOME: _____

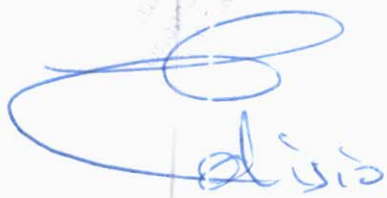
Luís

EDUARDO FREIRE ROCHA

SUBMETEU-SE A TRATAMENTO
ORTOPÉDICO. RECEBE ALTA
COM FRATURA CONSOLIDADA DE
RADIO DISTAL, LIMITADA MOVIMENTAÇÃO
PARA DA FLEXO-EXTENSÃO E PRONA-
-SUPINAÇÃO DO PUNTO DIREITO.

CID- S52-2

Rio Branco - Ac, 07/07/19



CARIMBO e ASSINATURA

Trauma 1º

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SAI/SUS - CNPJ. 63.602.940/0001-70

NDHACRE
IDOSO
TUCUMÃ
CRIANÇA

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

MATRÍCULA

Data Nasc.

Nome

Colunelo F. Silva

Sexo ☐ M ☐ F

atório ☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI

☐ URGENTE

Clinica

Enfermaria/leito

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

SUSPEITA CLÍNICA

dos primeiros Sintomas

EXAMES SOLICITADOS

Rx Hbto @ API Rnd

Matéria
Matéria
Matéria
Matéria

terial Enviado:

Marcondes Oliveira Silva
CRM/AC 2105

DATA

07/12/18

Marcondes Oliveira Silva

CRM/AC 2105

Assinatura do Médico

CRM

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

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

DIRIJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTENÇÃO DE OUTRAS INFORMAÇÕES.

RETIRAR 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 do 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 seus 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

November 70

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT

HISTÓRIA

Paciente: Edna do

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Registro:** _____

PSA: ☐ **RSA:** ☐ **GCR:** ☐ **CCE:** ☐ **CMA:** ☐ **CMS:** ☐ **CC:** ☐ **UTI:** ☐

Relato: _____

USG: _____

UCC: _____

Inocultograma: _____

ECA: _____

Quilos: _____

Incidentes: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Indicação: B punho (b) AP + P

Data: _____ **SIGNATURA DO PROFISSIONAL CONCORDANTE:** _____ **CONSELHO:** _____

Francisco L. Freitas
Ortopedia
CRM/RJ - 751

Autor: _____



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

COMPREV
11/11/2019
PROTEÇÃO
AG. RIDE BRANCO

RECEITUÁRIO MÉDICO

Exatidão Fratura Rogni

Paciente com fratura

distal hoje tratamento

conservador. Prescrição inicial

do tratamento : 4 meses

S 522

29/11/18

Dr. Vinícius Gregol
Ortopedista e Traumatologista
CRM/AC: 1405 - TEO: 14503

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

fls. 40

Novo Acre
Governo paralelo, poder empreendedor



ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente

RAUL RAGUEL

p s. Celmocho

necessita de

15 dias

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

CID:

RH-AC

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 RGFS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificat va de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 28/04/2019 às 18:25, sob o número 07045659520198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0704565-95.2019.8.01.0001 e código 2168C81.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

fls. 42

Novo Acre
Governo para todos, sem desperdício

ATESTADO MÉDICO

11 FEV 2019

PROTODLO
AC. 193-1-20

Atestado que o paciente

Edmundo Ferra

Roque

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.

Dr. Cláudio Grassle
Ortopedista e Traumatologista
CRM/AC 1405 - TEU

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

