



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Ronildo Monteiro dos Reis, brasileiro, solteiro, serviços gerais, portador da CI nº. 244766 SSP/AC e inscrito no CPF/MF sob o nº. 702.135.692-72, residente e domiciliado à Travessa Ramos Ferreira, nº. 188, Bairro Pista, CEP 69911-190, no município de Rio Branco/AC.

OUTORGADOS: GERSEY SILVA DE SOUZA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/AC sob o nº. 3086, integrante da banca **GERSEY SOUZA SOCIEDADE UNIPESSOAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita na OAB/AC sob o nº. 137-ESC e no CNPJ sob o nº. 11.197.072/0001-97, com sede à Travessa 19 de Novembro, nº. 37, Bairro Bosque, CEP 69.900-694, na cidade de Rio Branco – Acre.

PODERES: O OUTORGANTE, por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui o **OUTORGADO** seu advogado e procurador, onde com esta se apresente, outorgando-lhe os poderes necessários para representá-lo em **JUIZO** ou **FORA DELE**, contidos na **CLÁUSULA "AD JUDICIA ET EXTRA"**, em quaisquer ações em que for autor, réu, assistente, litisconsorte, oponente, podendo tudo praticar em seu nome, assinar, requerer, declarar hipossuficiência, transigir, desistir, reconvir, concordar, discordar, ratificar, retirar e receber alvará, receber e descontar cheques, e intimações, dar quitação, acompanhar e interpor recursos e/ou quaisquer processos em todos os termos e instâncias, requerer tudo o que for necessário em qualquer repartição pública municipal, estadual e federal, e ainda, praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral cumprimento do presente mandato, para o que confere os mais amplos poderes, podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas.

Rio Branco – AC, 28 de Janeiro de 2019.

Ronildo Monteiro dos Reis
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE ESTADO DE POBREZA

Ronildo Monteiro dos Reis, brasileiro, solteiro, serviços gerais, portador da CI nº. 244766 SSP/AC e inscrito no CPF/MF sob o nº. 702.135.692-72, residente e domiciliado à Travessa Ramos Ferreira, nº. 188, Bairro Pista, CEP 69911-190, no município de Rio Branco/AC, desejando obter os benefícios da justiça gratuita, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para suportar as despesas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que nos termos da lei nº. 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Rio Branco - AC, 28 de Janeiro de 2019.

Ronildo Monteiro dos Reis
Ronildo Monteiro dos Reis

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
RONILDO MONTEIRO DOS REIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 244766 SSP AC

CPF
 702.135.692-72

DATA NASCIMENTO
 23/05/1973

FILIAÇÃO
 POMPEL MEIRELES DA
 SILVA
 ALDA MONTEIRO DOS REIS

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB. A

Nº REGISTRO
 04875340203

VALIDADE
 09/06/2019

Nº HABILITAÇÃO
 04/02/2010

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
Ronildo dos Reis

LOCAL
 RIO BRANCO - ACRE

ASSINATURA DO EMISSOR
 Selenia Leite de Sa P. Carvalho
 Diretora Geral
 Detran-AC

DATA EMISSÃO
 13/06/2014

74068898553
AC405547838

DETRAN - AC (ACRE)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
874355222

PROIBIDO PLASTIFICAR
874355222



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome:

RONILDO MONTEIRO DOS REIS

Nº de Inscrição

702135692-72



Data do Nascimento

23/05/73

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura:

RONILDO MONTEIRO DOS REIS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 08/12/99

S
E
R
V
I
C
O

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Rasque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70/Insc. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 003117986

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\$)
DEZEMBRO/2018	07/01/2019	272	167,44

IRANDY CARLOS BRANDAO
R. PLACIDO DE CASTRO 74 AEROPORTO VELHO
CPF: 00009111832215
CEP: 69.911-063 - RIO BRANCO

ROT: 9.001.09.01.000439

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	30382	Atual: 12/12/2018
Anterior:	30110	Anterior: 09/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 10/01/2019
Consumo Medido:	272	Emissão: 09/12/2018
Consumo Faturado:	272	Apresentação: 12/12/2018

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	7174838		1.4.1.1	2,72

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/18 270	CONSUMO 30 A R\$ 0,239380 = 7,
OUT/18 277	70 A R\$ 0,410369 = 28,
SET/18 283	120 A R\$ 0,615547 = 73,
AGO/18 213	52 A R\$ 0,683940 = 35,
JUL/18 195	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,
JUN/18 187	DIFERENCA DE TARIFA 49,
MAI/18 176	SUBVENCAO BAIXA RENDA 35,
ABR/18 196	DOACAO APAE 0800 722 2723 2,
MAR/18 199	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,37
FEV/18 181	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,173000	
31 A 100 - 0,296574	
101 A 220 - 0,444856	
221 A 272 - 0,494284	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCA O VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabens! Até o dia 09/12/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

A8AA.AA80.62E8.0343.8AD4.B023.DDE8.B0F6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 140,55	Base de Cálculo: 194,46
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 25,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 48,61
Encargos: 0,00	Valor do PIS: 0,95
Tributos: 53,91	Valor do COFINS: 4,35

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICP
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto

TAQUARI

Período de
apuração:

10/2018

EUSD:

64,75

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSEY SILVA DE SOUZA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 06/09/2019 às 16:10, sob o número 0702622432019010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0702622-43.2019.8.01.0001 e código 20DB018.

DETRAN
ACRE



Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

14155

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

Rua Flávio Peixoto (em ponte) - Jica Spomena

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

06 HORA DA OCORRÊNCIA

21:15

07 ZONA RURAL / URBANA

☐ RURAL ☒ URBANA

08 DATA

10/10/11/7

09 DIA DA SEMANA

Quarta

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADO ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐ COM VÍTIMAS ☐

16 NOME CONDUTOR

Sermendes Pereira da Silva

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

12/10/17/10/1

19 ENDEREÇO

Rua da Paz, nº 85, Nova Esperança (Floresta) fone: 992123585

20 1ª HABILITAÇÃO

01/08/1990

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

407047069

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

CHEVROLET / CELTA

28 ESPÉCIE

passageiro

29 PLACA

NX55579

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Jussara Maria Martins F da Silva

34 CHASSIS

9BGRPH8EOEG258084

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVÁRIAS

setor lat. esq. / setor med. lat. esq. / set. trav. esq. quebrado

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Baixo / centro

40 AÇÃO DO CONDUTOR

permaneceu no local



25 SET 2018

PROTOCOLO

42 NOME CONDUTOR

Evanor

43 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

Honda / fan 125

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

passageiro

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

Honda / fan 125

54 ESPÉCIE

passageiro

55 PLACA

NXR 9547

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVÁRIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 17/10/17

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSEY SILVA DE SOUZA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 06/03/2019 às 16:10, sob o número 07026224320198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.gov.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0702622-43.2019.8.01.0001 e código 20DB019.

VÍTIMAS Nº	82 NOME	83 SEXO M ☐ F ☐	84 NASCIMENTO
	85 ENDEREÇO	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐ 1 2 3	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☐ 88 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 2
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA	
VÍTIMAS Nº	91 NOME	92 SEXO M ☐ F ☐	93 NASCIMENTO
	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐ 1 2 3	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☐ 97 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 2
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 17/05/17

Alessandra Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

COMP. DE PREVIDÊNCIA S/A
15 SET 2018

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo - que o motorista V1 foi orientado a se dirigir pela sexta feira no setor de Engenharia de Trânsito para solicitação da cópia do Boletim de acidente de trânsito.

Informo também que o motorista do V2 (Evasor) sofreu uma pequena fratura e não aguentando de dor, se dirigiu ao pronto socorro, considerando-se de certa forma, a evasão.

Veículo do evasor envolvido no acidente foi remanejado ao pátio do DETRAN por envolvimento em acidente.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO GIFTRAN/DETRAN
105 NOME Sernandes P. da Silva	106 NOME Evasor	107 NOME / RG Anderson 9300570
108 ASSINATURA [Assinatura]	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA [Assinatura]
111 LOCAL Rio Branco - Acre		112 DATA 05/04/17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 012250679578
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAM 01017361360 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME
JULIO AUGUSTO M DOS REIS
AC

CPF / CNPJ 77554337220 PLACA NXR9547

PLACA ANT / UP CHASSI 9C2JC4110ER816745

ESPÉCIE / USO PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN K9 ANO FAB. 2014 ANO MOD.

CAP / POT / CIL 2F/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª *****

FADIA LRYA PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

** PAGO COTA UNICA ** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 29/07/2015

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO

LOCAL RIO BRANCO-AC DATA 03/08/2015

DETRAN

CONTRAN

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

AC Nº 012250679578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 03/08/2015

VIA 01 CPF / CNPJ 77554337220 PLACA NXR9547

RENAVAM 01017361360 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN K9

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9 CHASSI 9C2JC4110ER816745

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$129.04 DENATRAN (R\$) R\$14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$1.11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) R\$292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 29/07/2015

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

012250679578

RECIBO AC Nº

03/08/2015

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

ASSINATURA

NXR9547

012250679578

CÔD. RENAVAM
01017361360



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030888/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2018 11:40 Data/Hora Fim: 16/10/2018 11:50

Origem: Polícia Judiciária

Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional

Data/Hora do Fato: 05/04/2018 21:15

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Centro

Logradouro: RUA FLORIANO PEIXOTO (EM FRENTE À ÓTICA IPANEMA)

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONILDO MONTEIRO DOS REIS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 23/05/1973

Profissão: Pintor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Alda Monteiro dos Reis

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 244766

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.135.692-72

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA PLACIDO DE CASTRO

Nº: 74

Bairro: AEROPORTO VELHO

Telefone: (68) 99931-2283 (Celular)

Nome Civil: SERNANDES PEREIRA DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Telefone: (68) 99212-3585 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa NXS5579	Número do Chassi *****58084
Ano/Modelo Fabricação 2014/2013	Cor Branca
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo CHEVROLET/CELTA 1.0L LT	Modelo CHEVROLET/CELTA 1.0L LT



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
 Impresso por: Cinthia Silveira Santana Dantas
 Data de Impressão: 16/10/2018 11:50
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

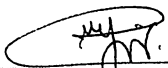
Nº: 030888/2018-A02

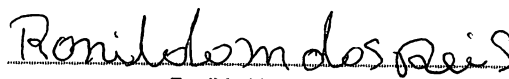
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ronildo Monteiro dos Reis	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava vindo na rua Floriano Peixoto e parou em frente à Ótica Ipanema tendo em vista que o semáforo estava fechado. Informa que de repente sentiu um colisão na traseira da sua moto HONDA/CG 125 FAN KS de placa NXR9547, de propriedade de Julio Monteiro dos Reis, causada pelo veículo Celta de placa NXS5579. Relata que em virtude da colisão foi jogado para a calçada e ficou desacordado. Comunicante afirma que foi conduzido pelo SAMU ao PRONTO SOCORRO e lá foi diagnosticado com fratura nas duas tíbias tendo sido cirurgiado tendo ficado por 26 dias internado. Que, nesta data o comunicante veio editar o BO, e disse que durante o tempo que ficou internado, a moto que estava no pátio do Detran, foi a leilão e não sabe o nome do novo proprietário.

ASSINATURAS


Cinthia Silveira Santana Dantas
Responsável pelo Atendimento


Ronildo Monteiro dos Reis
(Vítima / Comunicante)

"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 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 15/05/2017 Hora emissão: 13.54 Operador
Nº da Ocorrência 1704050103	Qtd. Vítimas 1	DU/Hr Início: 05/04/2017 19:23 DU/Hr Término: 05/04/2017 20:01	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUEDA DE MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: CARLOS
End.: R FLORIANO PEKOTO
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE AO INSTITUTO SÃO JOSÉ

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS Telefone do Solicitante: (68) 999429850 Queixa: QUEDA DE MOTO	Origem da Ligação: VIA PÚBLICA
---	--------------------------------

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1ronildo martins dos reis	Idade: 44 ANO(s)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 05/04/2017 20:00
	Avaliação: equipe informa vítima etilizado lote, com fratura exposta de tibia e fibula esquerda	
Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 05/04/2017 19:26
	Avaliação: QUEDA DE MOTO VÍTIMA ESTÁVEL	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 05/04/2017 20:01	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 05/04/2017 20:01	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 05/04/2017 20:01	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 05/04/2017 20:00	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEICULO		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 05/04/2017 20:00	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 05/04/2017 20:00	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 09 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 05/04/2017 19:32
	DI./Hr. Saída Base: 05/04/2017 19:32	DI./Hr. Chegada Local: 05/04/2017 19:42
	DI./Hr. Saída Local: 05/04/2017 19:50	DI./Hr. Chegada Destino: 05/04/2017 19:55
	DI./Hr. Saída Destino: 05/04/2017 19:55	DI./Hr. Chegada Base: 05/04/2017 19:55

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

	Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
	RENAN VIDAL DO NASCIMENTO	05/04/2017 19:23		RENAN VIDAL DO NASCIMENTO
	RENAN VIDAL DO NASCIMENTO	05/04/2017 19:23	RENAN VIDAL DO NASCIMENTO	EM FILA
	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	05/04/2017 19:48	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
	JOSLEILSON DOS SANTOS	05/04/2017 19:49	JOSLEILSON DOS SANTOS	EM FILA



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1704050103, de 05/04/2017, às 19:23 horas, registrada pelo SAMU como: **QUEDA MOTO**, com 01 vítima, refere-se a paciente **RONILDO MONTEIRO DOS REIS, 43 anos.**

Rio Branco, 15 de maio de 2017.


Mônica Valéria N. de Lima Santiago
Gerente Administrativa
Decreto nº 111/2015



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL – SEPC
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – 1ª DPCR
CARTÓRIO 02
ENDEREÇO: RUA HENRIQUE DIAS, 146, BOSQUE. CEP.: 69900-571
RIO BRANCO – AC
TELEFONE: (68) 3222-6908 / 3226-4226 / 3225-1718 - E-MAIL: drpc1.sepc@gmail.com

fls. 23

GUIA DE SOLITAÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO
(ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA) – LEI Nº 6.194/74

GUIA nº 158

Rio Branco – AC - 15/10/2018

A(o) Ilmo(a) Senhor(a)
DIRETOR(A) DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL – IML
Rio Branco - Acre

Senhor(a) Diretor(a),

Solicito a Vossa Senhoria, para fins de DPVAT, que seja a pessoa a seguir qualificada, seguindo-se os questionamentos abaixo apontados:

Nome: Raimundo Monteiro dos Reis Idade: 45 anos

Identidade nº 244766 Órgão Emissor: SSP/AC

Filiação: Raimundo Monteiro dos Reis

E Alde Monteiro dos Reis

Endereço: Rua Floresta de Castanho nº 74 Aeroporto Velho.

1º Há Ofensa à Integridade corporal ou à saúde do (a) paciente?

2º Em que consiste? Descrever.

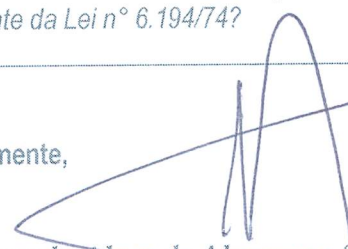
3º Do evento resultou invalidez permanente?

3.1) Total ou parcial?

3.1.1) Se parcial, é completa ou incompleta?

4º Qual o nível de perda anatômica ou funcional, em percentual, considerando-se os níveis definidos na tabela constante da Lei nº 6.194/74?

Respeitosamente,


Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara
Delegado Coordenador Titular
Gabinete da 1ª DPCR



Secretaria Estadual de Saúde do Acre
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco
Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SOLICITAÇÃONº SOLICITAÇÃO: **16049**Solicitante: **MARIA LUIZA PINHEIRO BRITO****espos(a)**RG: **243257**CPF: **444.170.982-04**Telefone: **(68)****9600-8501**Celular: **(68)****9979-0176**Paciente: **RONILSO MONTEIRO DOS REIS**Data da Entrada: **05/04/2017****PROTOCOLO SAME**Tipo Documento: **Prontuário de Internação**Nº: **84259**1º Atendimento em: **02/05/2017** ÀS: **09:06:56**POR: **graciete.feitosa**

De acordo com a lei nº 3.268, de 30 de Setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que os dados compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autenticadas das informações a ele pertinentes.

OBS.: Entrega de prontuário, será após 48 horas da data do primeiro pedido, podendo esse prazo variar entre dois e 8 dias. Prontuário de até 3 anos e anterior a 3 anos prazo até 90 dias. Todas as solicitações deverão ser feitas com documento oficial original contendo foto do paciente e solicitante. Na ausência um destes casos acima, só através de solicitação judicial. Só poderá ter acesso as cópias do prontuário médico e boletim de emergência, as pessoas abaixo relacionadas:

- 1- O Próprio paciente;
- 2- Os pais, se o paciente for menor de idade;
- 3- O cônjuge ou esposo com certidão de nascimento do paciente para comprovação do grau de parentesco;

6.6.179

84259

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

Nº. DO BE: 2441112 DATA: 05/04/2017 HORA: 20:01 USUARIO: OLIVIA
CNS: 708406235565565 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RONILDO MONTEIRO DOS REIS DOC...: NT
IDADE.....: 43 ANOS NASC: 23/05/1973 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: TRAV SENA MADUREIRA NUMERO: 80
COMPLEMENTO....: BAIRRO: ADALBERTO ARAGAO
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: POMPEL MERELES DA SILVA /ALDA MONTEIRO DOS REIS
RESPONSAVEL...: VEIO DE SAMU TEL....: 9979-0176
PROCEDENCIA...: SOBRAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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:

Paciente trazido pelo SAMU, profissionais referem queda de moto com MIE para um muro da moto, relatam presença de fratura aguda. Paciente lucido, orientado, agitado refere ingestão de bebida alcoólica durante o dia, colisão moto x carro. Sics aerias, periclas, sico de color cervical, MVB bilateralmente em todos os focos, s/RA, em ar ambiente, RCR, s/RA, s/RA, s/RA. Glos gov 35, pupilas isotomáticas, Abdom. plano, fôcido indolor a palpação. Encefalograma: CLASSIF: RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
Escala da dor: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

Fratura em lesão (E)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Difenidramina 1g
- 2) tilatil 40mg
- 3) Solicito Rx de lesão (E) AP, Perfil
- 4) Ap. da Ortopedia
- 5) Alta para cirurgia geral

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

DESISTENCIA

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IMIL [] ANAT PATOL

1) VACINA DT 015m 05

Dr. Samara D. Oliveira
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-AC 2102

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

1) SAT 5000 UL LM
2) Ce f8/otm 2Pm 8L

Dr. Lucio Norato
Médico CRM 504 - AC
Médico Traumatologia

no 21100 do parente admi-
tido no entre amigos, a con-
dado, e os outros e mesmo
pe uso da bebida alcoólica.
Para procedimento urgente.

fls. 26

COLEN 17206

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

COMPREV PREVIDENCIA S/A
25 SET 2018
PROTÓCOLO

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 SET 2018

Unidade:

ANEXO I

Ministério da Saúde
SUS Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CINES

2 0 0 1 5 7 8

4 - CINES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Romildo Monteiro dos Reis

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

23051913

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/05/1973

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Alida Monteiro dos Reis

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Trav. Sena Madureira 80 Aclapberto Aragão

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - COD. IBGE (MUNICÍPIO)

18 - UF

AC

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente embriagado com alteração de conduta imbuída
e sofrer oculto de trauma oporção no momento do
trauma. exposto -

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

paciente com sintomas e sinais com decréscimo

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Proteínas e glicose - Tongela exposto

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS, CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CID (CAUSAS EXTERNAS)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL)

SAME / HUERE
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

CLÍNICA: *Ortopedia* LEITO Nº *179* À CLÍNICA *Ortopedia*

ENTE: *Raulo Henrique*

TIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Homem 43 anos, vítima de trauma direto do membro superior direito (E) + escape de fratura do úmero anterior. Solicito avaliação e conduta para o caso.

Marcelo Oliveira Silva
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2105

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: *09/04/17* HORA:

RELATORIO DA CONSULTA:

Subito a ocorrência de trauma direto do membro superior direito (E) com escape de fratura do úmero anterior. Solicito avaliação e conduta para o caso.

Dr. Francisco Nelson L. Frota
Cirurgia Plástica
CRM 983/AC

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO MÉDICO:

DATA: / / HORA:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

UNIDADE:

P.S. A. E. P. 13

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

Nome do Paciente

Romildo Monteiro

Idade

43

Observação:

Diagnóstico pré-operatório:

Semi amputação do tornozelo E

Cirurgia proposta:

Limpeza cirúrgica + fixação externa

Diagnóstico definitivo:

Amesmo

Cirurgia realizada:

Amesmo

Data

05/04/19

Cirurgião

Paulo F. Mendes

1º Auxiliar

Dr. Loureiro

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesista

Dr. Pedro Coutinho

Anestesia

Raquidiana

Acidentes durante o ato cirúrgico

() Sim

(X) Não

Descrição

SAME / HUERB
CÓPIA

Biopsia de congelação

CONFORME ORIGINAL (X) Não

Diagnóstico patológico:

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

() Farmácia

() CT

() Residência

() Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

① Drenagem, anti-drenagem e colocação de curativo

② Limpeza da lesão / semi-amputação do tornozelo E C, S.F. 0,9, abundante

③ Realizado fratura Exposta de tíbia

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

fls. 30

1. f. hule, a perde de substância óssea, muscular e tendínea, membro ligado a perna. PI
istmo muscular cutâneo posterior.
- 4) Realizado fixador externo no plano de f. h.
 - 5) fixação de f. hule e f. o de Kirsch na tra medula
 - 6) Nova limpeza da exatidão da lesão e/ confirmação da grossura
 - 7) Aproximação de bordos de pele e f. h.
 - 8) Curativo

Dfs. (sem) amputação: Grande risco de necrose da fusante a lesão e/ grande risco de evoluir PI amputação do membro

Porto Fernando Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Médico CRM 155.78

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Data

Assinatura do Cirurgião

CRM

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 84259
Numero do CNS.....: 708406235565565
Nome.....: RONILDO MONTEIRO DOS REIS
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 23/05/1973 Idade: 43 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: POMPEL MERELES DA SILVA
Nome da Mae.....: ALDA MONTEIRO DOS REIS
Endereco.....: TRAV SENA MADUREIRA 80
Bairro.....: ADALBERTO ARAGAO Cep.: 69900-000
Telefone.....: 9979-0176
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE



DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2441112
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "E"
Leito.....: 999.0028
Data da Internacao: 05/04/2017
Hora da Internacao: 20:30
Medico Solicitante: 391.464.562-37 - RAIMUNDO NONATO ANUTE DE LIMA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

101 710 013 255-6

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

Unidade: _____

Ministério da Saúde		SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERE				2 0 0 1 5 7 8			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
NOME DO PACIENTE Romildo Monteiro dos Reis				84259			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
						Masc. ☒ Fem. ☐	
10 - RAÇA/COR				10.1 - ETNIA			
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
Alda Monteiro dos Reis				25 SET 2019			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
Trav. Sena Madureira 80 Adalberto Aragão				Rio Branco			
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO				18 - UF			
				AC			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
ponto ulcerado por muito tempo sem amplexão do torço direito mas exposto na pele							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				U querendo verba do pulm			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				boa cura e m			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
Furúnculo exposto torço							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
29 - CLÍNICA		30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				05/04/17			
PREENCHER EM CASO DE SAÍDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNPJ DA EMPRESA		44 - CBOR	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				SAME / HUERE			
35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				COPIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () ANCIANO () NÃO SEGURADO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - CID, CBO E EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		CONFORME ORIGINAL			
() CNS () CPF							
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

UNIDADE: _____

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

Nome do Paciente

RONILDO MONTEIRO DOS REIS

Idade: 43

Observação: _____

Diagnóstico pré-operatório:

FRACTURA EXPOSTA + EXPANSÃO DO TUBO
NÃO TIBIAL

Cirurgia proposta:

CORREÇÃO DO LOM DO TUBO DISTAL
DO TUBO

Diagnóstico definitivo: _____

Cirurgia realizada:

CORREÇÃO DO ROTULHO NOVO VASULO
CLASSE DO SINAL REVERSO

Data

15/4/14

Cirurgião

FRANCISCO MONTEIRO

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesista

SAME / HUEB

Anestesia

RAQUÍ

Acidentes durante o ato cirúrgico

() Sim

(X) Não

Descrição

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Biopsia de congelação

() Sim

(X) Não

Diagnóstico patológico: _____

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

(X) Enfermaria

() CT

() Residência

() Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) PACIENTE O DOCUMENTO CIRURGICAL MONTEIRO
 2) ANESTESIA + RAQUÍ
 3) CORREÇÃO DO ROTULHO NOVO VASULO DO TUBO DISTAL
 4) CORREÇÃO DO LOM DO TUBO DISTAL
 5) CORREÇÃO DO ROTULHO COM LIGADURA DO NERVO,
 6) VOTA O ANTERIOR SINAL

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUEBB



[Signature]
DR. CARLOS NELSON E. FROH
CRM 03314

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Corte de pele no dorso do pescoço com finalidade de remoção de lesão benigna e com finalidade de fechamento da ferida com pontos de sutura.

Dr. MARCELO PIMENTA

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1.791-AC / TEOT 15.217



Nome: **RONILDO MONTEIRO DOS REIS**

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que se fizerem necessários, junto ao DPVAT, que o paciente acima, atendido por mim, encontra-se com dor residual e rigidez articular em tornozelo esquerdo, irreparável, fato este decorrente de acidente de motocicleta que lhe causou fratura exposta da tíbia direita distal, em meados de abril de 2017, o que lhe causou pseudoartrose neste segmento, tendo sido tratado cirurgicamente, inicialmente com fixador externo e posteriormente em placa bloqueada.

O mesmo encontra-se de alta ambulatorial e com rigidez irreparável.

CID 10: S 82.3 / M 84.1 / M 25.6

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1791 - AC

Rio Branco-AC, 05/09/2018.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

RECEITUÁRIO MÉDICO

Ronildo M. dos Reis

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins
que o paciente acima encontra-
se em recuperação pós opera-
tória de tratamento de Pseudo-
artro de tibia Distal Esq,
usando podendo desempenhar
suas funções.

14/jan/2019

CID T93.X/R52.1

DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13638 - AC

HOSPITAL
DAS CLÍNICASGOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRELAUDO MÉDICO/RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR**NOME:** RONILDO MONTEIRO DOS REIS**IDADE:** 43 ANOS**PRONTUARIO:** 25879

Paciente deu entrada nesta unidade no dia 12/05/2017, aos cuidados da Dr Nelson Frota, com história de fratura em porção distal da perna esquerda. Realizou há aproximadamente 21 dias, primeira abordagem cirúrgica para rotação de retalho em membro inferior esquerdo. Admitido para concluir segundo tempo cirúrgico.

Realizou no dia 12/05/2017 cirurgia de automização de retalho em membro inferior esquerdo. No intraoperatorio foi realizado liberação do retalho, com boa vascularização, pedículo sangrante, realizada a rafia do segmento distal, evoluindo sem intercorrências no intra e pós-operatório.

Recebe alta no dia de hoje, em BEG. LOTE, anictérico, acianótico, afebril, hidratado, funções fisiológicas preservadas e sem alterações, eupneico e eucardico. AC: RCR em 2T, BNF S/S; AP: MV+, SRA; ABD: semi-globoso, flácido, RHA +, indolor a palpação, sem VMG ou massas. Membro inferior esquerdo: com curativo conforme orientação do médico responsável.

CID: Z 54.0

Recebe alta com:

- Orientações
- Retorno ambulatorial
- Receita médica
- Atestado médico



Fernanda Facincani Medeiros
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/AC 2099

MÉDICO
Rio Branco-AC, 13/05/2017

Laudo Médico

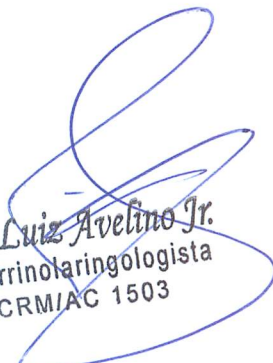


Paciente **RONILDO MONTEIRO DOS REIS 44 anos**, em acompanhamento no Programa Saúde Auditiva com quadro de hipoacusia bilateral.

Audiometria: **LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE Á DIREITA E PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAU MODERADO SEVERO Á ESQUERDA.**

Data: 07/07/2017

CID: H90.7



Dr. Luiz Avelino Jr.
Otorrinolaringologista
CRM/AC 1503

Rio Branco Acre, 08 de Agosto de 2017.

BR 364 –KM 02 DISTRITO INDUSTRIAL-RIO BRANCO (ACRE) – CEP. : 69.914-220

H.C. - Celulares: 6899387385

Programa Saúde Auditiva: Ramal 291 Telefones: 32264336 / e-mail:

adm_acre@otoclin.med.br

Laudo Médico



Paciente **RONILDO MONTEIRO DOS REIS 44 anos**, em acompanhamento no Programa Saúde Auditiva com quadro de hipoacusia bilateral.

Audiometria: **LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE Á DIREITA E PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAU MODERADO SEVERO Á ESQUERDA.**

Data: 07/07/2017

CID: H90.7

Rio Branco Acre, 08 de Agosto de 2017.



Dr. Luiz Avelino Jr.
Otorrinolaringologista
CRM/AC 1503

BR 364 –KM 02 DISTRITO INDUSTRIAL-RIO BRANCO (ACRE) – CEP. : 69.914-220

H.C. - Celulares: 6899387385

Programa Saúde Auditiva: Ramal 291 Telefones: 32264336 / e-mail:

adm_acre@otoclin.med.br

Nome: Ronildo Monteiro dos Reis

Data do exame: 08/05/2018

Médico solicitante: Dr. Francislei L. Freitas



ELETRONEUROMIOGRAFIA DOS MEMBROS INFERIORES

Comentários:

- O estudo da neurocondução sensitiva e motora dos membros inferiores evidenciou sinais de perda axonal sensitivo-motora nos nervos fibular profundo, fibular superficial e sural à esquerda (redução ou ausência das amplitudes dos potenciais sensitivo-motores distais). O restante do estudo de neurocondução mostrou-se normal, não havendo evidência adicional de neuropatia.
- A eletromiografia de membros inferiores (realizada com eletrodo de agulha monopolar) evidenciou sinais de atrofia tecidual (diminuição da atividade de inserção) nos músculos extensor longo do hálux e extensor curto dos dedos à esquerda, com padrão de recrutamento das unidades motoras ausente nestes músculos. Os demais territórios mostraram-se normais, inclusive a região paravertebral lombo-sacral.
- O estudo do reflexo-H no nervo tibial apresentou normal e simétrico, não evidenciando comprometimento sensitivo da raiz S1 bilateralmente.

Conclusão:

- 1- **Neuropatia axonal distal dos nervos fibular profundo e fibular superficial à esquerda, de grau acentuado, sem sinais de reinervação pelo estudo atual.**
- 2- **Neuropatia axonal sensitiva distal do nervo sural esquerdo, de grau acentuado.**

Dra. Marjorie V. H. Yomura

CRM/AC: 1445

Considerando muito importante a comunicação entre o colega que solicita o exame e quem o executa, estou à disposição para qualquer esclarecimento ou discussão nos telefones (68) 3223-7417 ou (68) 98119-9178.



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

fls. 41

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente:

LAZARO

Ronildo Nogueira dos

Reis necessita transporte
público fins tratamento
de saúde por 180 dias.

CID-582.3 582.4

DATA: 17/08/17

Edisio

CARIMBO

Edisio C. P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM/AC 369

ASSINATURA



Governo de Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: Renildo Monteiro dos Reis

O paciente supracitado apresenta fratura dos ossos da
perna (E) a partir de 04/04/11

ou há _____, tendo sido tratado com finador ent
+ medicação.

No momento, encontra-se em acompanhamento com
bulotonal. Evoluiu com pseudocirrose
e, na qual foi realizado o transplante
apresenta ótima com melhora de com
hidatídeo.

CIP: 582.2/582.4

Dra Livia dos R. Ferreira

CRM-AC 1933
Médico

21 / 11 / 18

Rio Branco - AC



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

1º MIO

Mato Quiss. Ronaldo Monteiro do
Reis sofreu acidente Trânsito no dia
04/04/2019 a partir de fratura
Exposta dos ossos da perna distal (E)

Devido submissão a cirurgia
ortopédica com placa e parafusos na
tibia distal e fixação de pé.
Apresenta também perda definitiva
de 70% no eixo (E).

Exclui com deformidade grave na perna
(E) (1/3 inferior), perda de parte mals,
cicatriz de cura extensa, Pseudo-
artrose tibia distal e marcha claud-
icante e Redução da força muscular do membro
paralelo e perna de suporte.

Definição no eixo (E)

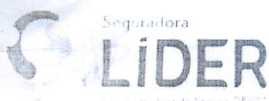
DATA: 08/02/19

MIE

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608

José L. Silveiro C.
Médico Ortopedista
CRM 483-AC



(//)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180448996 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RONILDO MONTEIRO DOS REIS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Vida e Previdência S/A-Filial Rio Branco-AC

BENEFICIÁRIO RONILDO MONTEIRO DOS REIS

CPF/CNPJ: 70213569272

Posição em 30-01-2019 15:10:42

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

24/12/2018 R\$ 3.881,25 R\$ 0,00 R\$ 3.881,25

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/12/2018	Reprogramação de pagamento	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1cbLEXvgFj7RzjKgbCnV?api_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KKYIM7uxv7Ze3__2bA5gZvLc0=
06/12/2018	Reprogramação de pagamento	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SXr6KRr__cYCF4mAMeF?api_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KKYIM7uxv7Ze3__2bA5gZvLc0=
06/11/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/7NRAWplk4OiXez__x5?api_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KKYIM7uxv7Ze3__2bA5gZvLc0=
29/09/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vu+psS5sVprxe2JPHqL?api_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KKYIM7uxv7Ze3__2bA5gZvLc0=
29/09/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/katbt4V6ZS6QrZ+3B3c?api_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KKYIM7uxv7Ze3__2bA5gZvLc0=