

PROCURAÇÃO

Outorgante	Daniel Lopes de Souza		
Estado Civil	Solteiro	Profissão	Entregador
Nacionalidade	Brasileiro	Telefone	68-999315048
RG	117 00 955	CPF	013.840.732-05
Endereço/CEP: R: Doutor Mario Maia, 463 - São Francisco			
Cep: 69.903-579 - Rio Branco			

Outorgada: SILVIA CRISTINA BERNARDO VIEIRA, brasileira, advogada OAB/SC 15.430, com escritório na Rua Wenceslau Spancerski, 350 centro, Orleans, SC, CEP.: 88.870-000. (Fone/Fax 48.3466.43.06)

Poderes: Defender os Direitos do Outorgante, como autor ou réu, em juízo ou fora dele, em qualquer fórum ou instância, podendo dito outorgado, requerer e assinar o que julgar necessário, oferecer todo o gênero de provas e usar de todos os meios e recursos legais, para o que lhes confiro os mais amplos poderes, bem como os contidos na cláusula "AD-JUDICIA" e os especialmente necessários para, onde com esta se apresentar, mover, variar ou desistir de quaisquer ações, transigir ou renunciar em Juízo ou fora dele; receber quantias e dar quitação; arrematar ou adjudicar em qualquer praça ou leilão, prestar compromisso de inventariante, fazer as respectivas declarações, em qualquer inventário ou arrolamento, substabelecer com ou sem reserva de poderes, em todo ou em parte, a presente procuração em que lhe convier, requerer e praticar perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal o que julgar conveniente à defesa dos meus direitos e interesses, podendo receber valores oriundos de Ação Previdenciária.

Poderes Especiais: REPRESENTAR SEUS INTERESSES NOS AUTOS DE AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT), INCLUSIVE, PODERES PARA REPRESENTÁ-LO EM AUDIÊNCIA, SUBSTABELECE, TRANSIGIR, RECEBER E DAR QUITAÇÃO.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, acima qualificado(a), **DECLARO** para os devidos fins e efeitos legais, que sou pessoa pobre segundo o que prescreve a Lei 1060/50, e não possuo recursos para custear processo judicial, sem prejuízo do sustento próprio e/ou de minha família.

Rio Branco /AC, 08 de Dezembro de 2016.

OUTORGANTE/DECLARANTE Daniel Lopes de Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME DANIEL LOPES DE SOUZA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 11700955 SEPC AC	
	CPF 013.840.732-05	DATA NASCIMENTO 02/02/1988
	FILIAÇÃO JOSE XIMENDES DE SOUZA MARIA LOPES DE SOUZA	
	PERMISSÃO PERMISSÃO	ACC ACC
Nº REGISTRO 06650572229		
VALIDADE 01/07/2017		
1ª HABILITAÇÃO 01/07/2016		
CATEGORIAS		
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Daniel Lopes de Souza</i>		
LOCAL RIO BRANCO - ACRE	DATA EMISSÃO 01/07/2016	
Assinatura do Emissor Pedro Luis Longo Emissor Cartas Detran / AC 66163568753 AC406669708		
ASSINATURA DO EMISSOR DETRAN - AC (ACRE)		

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1224670509

PROIBIDO PLASTIFICAR
1224670509

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
 Rua Valério Magalhães 226 - Bongiá - Rio Branco - AC
 CEP: 06.065.533/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141/001-46
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 000014372

 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\$)
NOVEMBRO/2016	11/11/2016	224	157,03

MARIA EVANEIDE MENDES LIMA
 R DOUTOR MARIO MAIA 463 SAO FRANCISCO
 CPF: 00019600895287
 CEP: 69.901-579 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.04.008500

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	18100		Atual:	04/11/2016
Anterior:	17876		Anterior:	06/10/2016
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	04/12/2016
Consumo Medido:	224		Emissão:	04/11/2016
Consumo Faturado:	224	FCAM	Apresentação:	04/11/2016

Forma de Pagamento: NORMAL

Fator de Potência

Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Logradouro	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7177528		1.1.1.1	265

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
OUT/16	299	CONSUMO	224 A R\$ 0,653689 = 146,42
SET/16	224	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CCOSIP)	6,22
AGO/16	331	CORRECAO MONETARIA IG 10/16-00	0,05
JUL/16	248	MULTA POR ATRASO 10/16-00	3,95
JUN/16	251	JUROS DE MORA DE IMPO 10/16-00	0,39
MAI/16	184		
ABR/16	225		
MAR/16	405		
FEV/16	226		
JAN/16	297		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 224 - 0,463270			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

A COBRANCA DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO. SOLICITE, EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKU NGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS.
 LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
 Parabéns! Até o dia 02/11/2016, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 01E0.840E.9FF6.31D1.F5DB.E46A.26E6.AD0F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	59,79	Base de Cálculo:	146,42
Energia:	24,59	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	0,83	Valor do ICMS:	36,60
Encargos:	18,57	Valor do PIS:	1,08
Tributos:	42,64	Valor do COFINS:	4,96

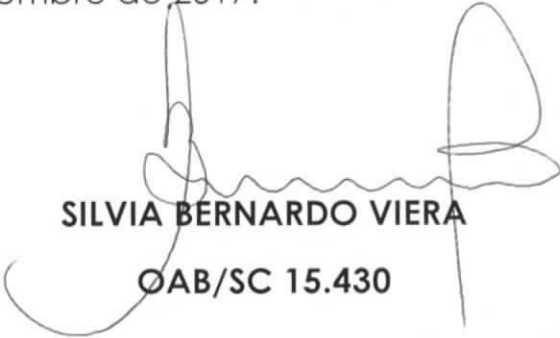
INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DCE			FIC			IMHC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Meta:	6,47	12,94	25,89	3,92	7,85	15,70	3,80			
Realizado:	0,55			1,00			0,55			
Conjunta:	SAO FRANCISCO			Período de aplicação:			09/2016		REND:	63,53

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, os poderes a mim conferidos por Daniel Lopes de Souza. para fins de ajuizamento de ação de cobrança de seguro obrigatório (DPVAT) contra **SEGURADORA LÍDER CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, na pessoa do Dr. **JOSÉ FERREIRA AGUIAR DOS SANTOS**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/AC 3504, com endereço profissional na Rua das Palmeiras, n.º 119, Bairro Bela Vista, Floresta, Rio Branco/AC, CEP 69.900-779.

Orleans/SC, 08 de novembro de 2017.



SILVIA BERNARDO VIERA

OAB/SC 15.430

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Daniel Lopes de Souza, brasileiro(a)
(a), _____,
CPF 033.840.732-05, residente e domiciliado(a)
na R. Doutor Mario Maia, n.º 463, bairro São Francisco, RIO
BRANCO/AC, declara a quem de direito possa interessar que é a
pessoa pobre e que não possui condições de arcar com as custas
processuais e honorários advocatícios de qualquer demanda judicial
sem que haja prejuízo do sustento próprio e de sua família, pelo que
requer lhe seja concedida a gratuidade judiciária, nos termos da lei
vigente.

RIO BRANCO, AC, 08 de Novembro de 2016.

Daniel Lopes de Souza

DECLARANTE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 034392 Série 00022-AM



Daniel Soares de Souza
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Daniel Soares de Souza
Loc. Nasc. Envira Est. AM Data 12/02/1988
Filiação Jose Lemeides de Souza
Marta Soares de Souza
Doc. Nº Est. Nasc. nº 8.2921-12

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 27/09/04 DRT Amazônia

CART. MINIST. PREV. SOCIAL - CUPS

Assinatura do Funcionário

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: 05.477.207/0001-75
 CNPJ/MF: AMAZON AÇO INDUSTRIA E COMERCIO LTDA
 Rua: Av. Duriti, Nº 2640, Lts 2, 19 e 19/1
 Município: Distrito Industrial Est. AM
 Esp. do estabelecimento: Auxílio de Produção
 Cargo: MANAUS CBO nº AM
 Data admissão: 14 de março de 2012
 Registro nº 001218 Fls./Ficha
 Remuneração especificada: R\$ 690,00
 (seiscentos e noventa reais) mês
 AMAZON AÇO IND. E COM. LTDA
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída: 07 de novembro de 2012
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

PROSSOLO ENG. E FUNDAÇÕES LTDA
 CNPJ: 04889451/0001-82
 End.: Av. Autaz Mirim, nº 1830 - Distrito Industrial.
 Cargo: Servente
 Data de Admissão: 6 de Março de 2013
 Registro: 767
 Remuneração Especifica R\$ 716,73
 (setecentos e dezesseis reais e setenta e três centavos), por mês.
 Prossolo Eng. e Fundações Ltda
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída: 14 de março de 2013
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: 02.793.710/0001-44
 CNPJ/MF: UNIVERSAL FITNESS DA AMAZONIA LTDA
 Rua: Rua Matriz Nº 1
 Município: Manaus Est. AM
 Esp. do estabelecimento: Academia
 Cargo: PROVADEIRO DE PRODUÇÃO
 CBO nº
 Data admissão: 08 de abril de 2013
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada: R\$ 850,00 (oitocentos e cinquenta e quatro reais) mês
 Universal Fitness da Amaz. Ltda
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída: 23 de março de 2015
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: M. E. MENDES LIMA - ME
 CNPJ/MF: 05.396.964/0001-14
 Rua: Edmundo Pinto, 511, 69.909-041
 Município: Rio Branco Est. Acre
 Esp. de estabelecimento: Fábrica de Gelo
 Cargo: Entregador CBO nº 5191-10
 Data admissão: 05 de setembro de 2016
 Registro nº 004 Fls./Ficha 004
 Renuneração especificada: R\$ 954,40
 (novecentos e cinquenta e quatro reais e quarenta centavos).
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída: de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 2ª REGIONAL - 2ª DPCR
Endereço: VINTE E QUATRO DE JANEIRO Seis de Agosto - 69901-150 , Fone:
3223-3943.

OCORRÊNCIA Nº: 4550/2016 - Registrado em 17 de Agosto de 2016 às 10:18h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 25/07/2016 às 06:20hs, Segunda-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município:	Porto Acre	Estado:	AC
Logradouro:	RODOVIA AC 10	Nº:	CEP:
Bairro:	PORTO ACRE	Tip de Local:	RODOVIA, ESTRADA
Referência:	KM 18		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

DANIEL LOPES DE SOUZA (35), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 313053/SSPAC, nascido em 10/05/1981, natural de Envira - AM, PAI: NILSON LINO DE SOUZA e MÃE: CARMEN LOPES DE SOUZA, Endereço: RUA DR. MARIO MAIA, 603 - Bairro: OSCAR PASSOS - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9931-5048.

VEÍCULO(S) TP. DE ENVOLVIMENTO EXAMES SOLICITADOS

Placa: NAB-0552 Apurar
Chassi: 9C2JC4120BR512694
Cor: PRETA
Modelo/Marca: CG 125 TITAN ES/HONDA
Proprietário: RAILTO FEITOZA DA SILVA

EXAMES SOLICITADOS

LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante/vítima informa que conduzia a motocicleta de placa NAB0552 na AC-10 km 18 - sentido Porto Acre - Ac/Rio Branco-Ac quando bateu em um buraco da pista perdeu o controle e foi ao chão no lado da rodovia. Que o comunicante/vítima teve fratura no ombro esquerdo e outras escoriações. Que foi levado por uma unidade móvel do SAMU ao HUEB (Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco).

CLEYTON VIDEIRA DOS SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

SERGIO MELO DE SOUZA
ATENDENTE

DANIEL LOPES DE SOUZA
COMUNICANTE

SINISTRO 3160681139 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DANIEL LOPES DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Vida e Previdência
S/A-Filial Rio Branco-AC**BENEFICIÁRIO** DANIEL LOPES DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 01384073205**Posição em 07-12-2016 11:10:53**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
08/12/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Enc: Esclarecimentos sobre periciais para processos judiciais - DPVAT

Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com>

seg 19/03/2018 11:12

Para:scbvadvogados@outlook.com <scbvadvogados@outlook.com>;

De: Instituto Médico Legal IML <imlac2013@gmail.com>

Enviado: quinta-feira, 8 de março de 2018 17:11

Para: Silvia Cristina Bernardo Vieira

Assunto: Re: Esclarecimentos sobre periciais para processos judiciais - DPVAT

Sr. Silvia Vieira,

Informamos que todas as solicitações das Vara Cíveis, do Judiciário, estão sendo atendidas, através de agendamento conforme a disponibilidade de atendimento para casos Cíveis no IML.

Outrossim, informo que a partir do dia 15 de janeiro de 2018, estamos atendendo através de solicitação do Ministério Público do Estado do Acre - MPAC

Att,

SECRETARIA DO IML

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350

Av. Antônio da R. Viana, nº 1248 -CEP: 69.900-526, Vila Ivonete - Rio Branco/AC

Em 26 de fevereiro de 2018 15:31, Instituto Médico Legal IML <imlac2013@gmail.com> escreveu:

Acuso recebimento.

Att,

SECRETARIA DO IML

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350

Av. Antônio da R. Viana, nº 1248 -CEP: 69.900-526, Vila Ivonete - Rio Branco/AC

Em 26 de fevereiro de 2018 15:08, Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com> escreveu:

Prezada Sra Luécia, conforme combinado agora há pouco por telefone estou lhe reencaminhando este -mail.

Favor confirmar o recebimento e se possível me informar algum prazo de retorno.

Desde já obrigada pela atenção.

Silvia Bernardo Vieira

De: Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com>

Enviado: terça-feira, 6 de fevereiro de 2018 12:07

Para: imlac2013@gmail.com

Assunto: Esclarecimentos sobre perícias para processos judiciais - DPVAT

IML – INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE RIO BRANCO – ACRE

Ref.: Realização de Perícias para fins de Cobrança de Indenização DPVAT

Prezado Diretor Dr Alexandre Baroni Oliveira;

Eu, **SILVIA CRISTINA BERNARDO VIEIRA**, advogada, OAB/SC 15430, com sede do escritório na [Rua Campos Elisios, 295](#), Centro, município de Orleans, SC, venho com o devido acato solicitar informações sobre a realização de perícias para fins de cobrança de indenização do Seguro Obrigatório (DPVAT), pelas razões abaixo explicadas.

Temos sido intimados nos autos de ações judiciais, ajuizadas na Justiça Estadual Comum da Comarca de Rio Branco – Acre, para apresentar Perícia realizada pelo IML, ato contínuo, encaminhamos nossos clientes ao IML para se submeter à referida perícia.

Todavia, nossos clientes têm retornado sem a perícia, alegando que o IML não está fazendo, por consequência, o judiciário tem determinado a extinção das ações com o seu arquivamento.

Diante desta realidade, vimos, formalmente, solicitar informações, por escrito, para que possamos apresentar ao judiciário, sobre as razões pelas quais tais perícias não têm sido realizadas.

Acaso as perícias possam ser realizadas gostaríamos de saber qual o procedimento e as exigências deste órgão para a sua realização, só assim tomaremos todas as medidas cabíveis para cumprir tais exigências.

Por fim, solicitamos a confirmação do recebimento deste e-mail, bem como que a resposta seja encaminhada através do mesmo.

Atenciosamente.

Orleans, SC, 06 de fevereiro de 2018.

Silvia Bernardo Vieira

OAB/SC 015430

(48) 98845 4313

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

DATA: 25/07/2016 HORA: 07:31 USUA
SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

HORA: 07:31 USUARIO: ANDREIA

SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DOC.: RG11700955

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 442

BAIRRO: SOBRAL

UF: AC CEP...:

/MARIA LOPES DE SOUZA

TEL...: 99315048

74931.5048

5. Explain

PLANO DE SAUDE.....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAUMA: NAO

PA [130 X 80 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [96] SPO2 [100]

EXAM.COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAF

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS: *paciente com* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *12/04/2014*

quede se nota. Specto ao no sendo o
flor prta de concessão.

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

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

DIAGNOSTICO: *Problema*

CID:

Run x 2m / Prescrição / Horário da Medicação

Trabalho + 80,9% (same) - auto - 80,9%

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS

[] FAMILIA [] V IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

C 49.3



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado da Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Renil Rodrigues de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

80.251

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/02/1989

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1.1.1

11 - NOME DA MÃE

Maria Lopo de Souza

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Jose Freire de Souza

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Radio Farol, nº 442, Sobral

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco, Ac

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

999315048

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de ac. automobilístico, queda de en ombro direito, fratura de 1/3 do úmero monomel direito. Exame fisicamente negativo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

cirurgia

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

Exame físico e radiografias

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura monomel 1

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/04/16

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Rui Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 1833

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - SECTOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Med. Rui Pinto

REGISTRO PACIENTE DANIEL LOPES DE SOUZA IDADE 28 CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
FX / LX DE UMEROPROXIMAL DIREITO 26/07 PACIENTE LOTE, REFERE DOR DE MODERADA INTENSIDADE NO OMBRO DIREITO SOLICITO EXAMES	1. DIETA LIVRE VO 2. SF 0,9% 500 ML - EV - 12/12H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML - EV - 8/8H S/N 4. DIFIRONA 1G - EV - 6/6H S/N 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H S/N 6. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 7. CAPTOPRIL 50 MG - VO - SE PAS >= 160 E/OU PAD >= 100 MMHG 8. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H		Das 08:00 às 18:00, paciente recebeu suportes, analgésicos, antibiótico, hidratação, dieta, sem queixa, boa tolerância, eliminação fisiológica, medicação adequada (PM). Deixado em repouso. 16/07/18 08:00h Paciente recebeu suportes, analgésicos, antibiótico, hidratação, dieta, sem queixa, boa tolerância, eliminação fisiológica, medicação adequada (PM). Deixado em repouso.

Paulo Carlos dos Santos
Fisioterapeuta
CRM/AC 1955

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: na em sono (1)

História da Doença Atual: paciente atende de ex. auto-relato de
sonolência em sono (1). Apresentando 12/14 de
útero normal (2).

História da Doença Anterior:

Exame Físico: Em mobilidade, 12/14 de útero
distrito em sono (1).

Diagnóstico Provisório: 12/14 de útero normal (1)

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança: /

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISILOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO

Nome do Paciente _____

Daniel Lopes de Souza

Idade: _____

28a

Observação: _____

Diagnóstico pré-operatório: _____

fratura luxação do úmero
proximal esquerdo

Cirurgia proposta: _____

Redução inclemente e imobiliza-
ção

Diagnóstico definitivo: _____

fx. lx. úmero prox. (E)

Cirurgia realizada: _____

RI + Imobilização

Data

25/07/16

Cirurgião

Dr. Leonardo Cavalho

1º Auxiliar

Dr. Capixio Belfrão

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesista

Dr. Pedro + Dr. Bruno

Anestesia

Sedação

Acidentes durante o ato cirúrgico

() Sim

(X) Não

Descrição

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 em DDH sob sedação

2) Redução inclemente com técnica de
tração e contra-tração do úmero pro-
ximal esquerdo

3) Imobilização com tampa MJ

Rui Ramces dos Santos
PRM Oropetite e Traumatologia
CRM: 146.1956

QUESITOS DO (A) AUTOR (A)

- 1) O (A) autor restou com sequelas do acidente de trânsito sofrido? Quais? Especifique a parte do corpo afetada.
- 2) As sequelas sofridas acarretam incapacidade e/ou debilidade para o (a) autor (a)? Quais?
- 3) Qual o grau de incapacidade e/ou debilidade?
- 4) Em razão das sequelas, o (a) autor poderá ser prejudicado quando for submetido à exame adicional na busca por emprego?
- 5) O(a) autor(a) poderá disputar vaga de emprego, em pé de igualdade, com outros candidatos saudáveis?
- 6) Em razão da sequela o(a) autor(a) possui limitações ou dificuldades de exercer atividades habituais e/ou laborais de forma como fazia antes do acidente?

ANEXO**(art. 3º da Lei 6.194, de 19 de dezembro de 1974)**

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10