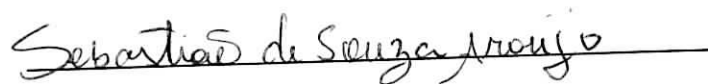


PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO brasileiro, Casado, Técnico manutenção de Filtro, inscrito no CPF sob o nº012.196.562-75e no RG sob o nº11341106SSP/AC, residente e domiciliado na Rua: Estrada da Sobral, nº680, Bairro: Aeroporto Velho, CEP:69911-114, Rio Branco-Acre, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui suas procuradoras as advogadas **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906 e **Danielle Lima da Silva**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 5317, com endereço profissional na Rua Hugo Carneiro, n.º 543, sala 06, Cep:69900-565, na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 20 De Março 2019.

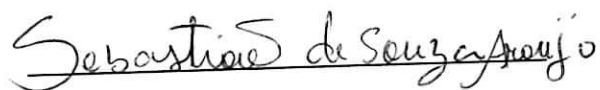


DECLARAÇÃO

SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO brasileiro, Casado, Técnico manutenção de Filtro, inscrito no CPF sob o nº012.196.562-75e no RG sob o nº11341106SSP/AC, residente e domiciliado na Rua: Estrada da Sobral, nº680, Bairro: Aeroporto Velho, CEP:69911-114, Rio Branco- Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

Por ser expressão da verdade firma o presente na forma e termos da lei.

Rio Branco – Acre, 20 de Março 2019.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
11341106 SSP AC

CPF
012.196.562-75

DATA NASCIMENTO
20/04/1990

FILIAÇÃO
JOSE DE ARAUJO
MARIA MARGARIDA DE
SOUZA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
7

Nº REGISTRO
0245306882

VALIDADE
29/05/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/05/2012

OBSERVAÇÕES

Sebastião de S. Araújo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
02/09/2016

Pedro Luis Longo
 Diretor Geral
 ASSINATURA DO EMISSOR

82918406183
AC407044540

DETRAN - AC - RIO BRANCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1299672871

PROIBIDO PLASTIFICAR
1299672871



INDICADORES DE DESEMPEÑO								
	DCE			DCE			DMIC	DMIC
	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Mensual
Límite	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99	
Realizado	8,13			2,00			4,17	
Conjunto	TANGARA						11/2018	115,27



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO E SEGURANÇA PÚBLICA - SESP
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR
Endereço: RUA RIO GRANDE DO SUL, S/Nº, AEROPORTO VELHO - 69903-420, FONE: 3225 6220

fls. 13

OCORRÊNCIA OFF-LINE N.º 56/2016-3ª DPCR - Registrado em 30 de dezembro de 2016

Data/Hora do Fato: 29/12/2016- HORÁRIO: 08:00 H

FATO COMUNICADO

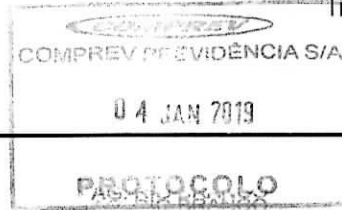
LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEICULO AUTOMOTOR

Município:
RIO BRANCO

Rio Branco
Nº

Estado: AC
Bairro: BOSQUE
Tipo de Local: VIA URBANA

Referência: RUA PERNAMBUCO, próximo
concessionária HONDA



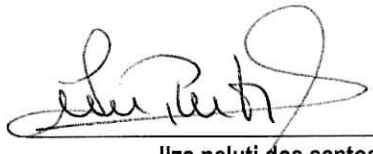
ENVOLVIMENTO: **COMUNICANTE/VÍTIMA**

SEBASTIÃO DE SOUZA DE ARAUJO, RG: 11341106 SSPAC MÃE: MARIA MARGARIDA DE SOUZA e JOSE DE ARAUJO, DAT NASC: 20/04/1990, ENDEREÇO: Estrada da Sobral, Nº 700, Bairro Sobral NÚMERO DE TELEFONE (68) 99929-7835.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, NA RUA PERNAMBUCO, MARCA HONDA/ FAN 125, ANO 2012, PLACA NAC 8715, COR PRETA, OCASIÃO QUE UM CARRO AVANÇOU O SEMÁFORO E COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA, CAUSANDO-LHE LESÃO NO SEU BRAÇO DIREITO.


Karlesso Nespoli Rodrigues
Delegado de Polícia Civil


Ilza peluti dos santos
Agente de Polícia Civil

Comunicante/vítima

0408020172 - 5628

MC/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2414175 DATA: 29/12/2016 HORA: 08:25 USUARIO: ALESSANDRA
CNS: 703007861180572 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO DOC...: CNH
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 20/04/1990 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: ESTRADA DA SOBRAL NUMERO: 700
COMPLEMENTO....: BAIRRO: SOBRAL
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: JOSE DE ARAUJO /MARIA MARGARIDA DE SOUZA
RESPONSAVEL...: O MESMO TEL....: 99979
PROCEDENCIA....: BOSQUE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO PLANO DE SAUDE....: NAO
CASO POLICIAL..: NAO VEIO DE AMBULANCIA...: NAO
ACID. TRABALHO: SIM TRAUMA: SIM

AUSA EXTERNA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

04 JAN 2019

PA [85] X 71 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [78] SPO2 99%

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Vinham de acidente de moto, deu entrada na SET vindo com ferimentos, A.B.C.D. OK, E -> enxaqueca e dor no MS D. sem alergia medicamentosa. Queixa de dor no MS D.

DOENÇA ATUAL: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

DIAGNOSTICO: Fratura de fêmur do membro inferior direito CID: 150

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

(1) Difenidramina 50mg (6)

(2) Tiletal 200mg (6)

(3) Radiografia.

(4) Gesso para o membro inferior direito

(5) Exame de fêmur

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

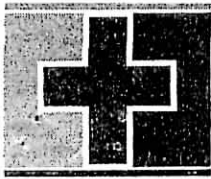
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

+ Dra. Daiane



FUNDHACRE

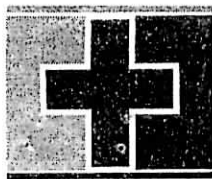
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

*FUNBESA
*UPA DO TUCUMÃ
*UNINORTE
*POSTO ROME MEYRELES
*FACULDADE FAMETA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		COAPREV EVIDÊNCIA S/A	
HC		04 JAN 2019	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
S. Bastião de São Anjo			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO	SEXO
		20/04/1990	MASC. (X) FEM. ()
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		CID 10
	Fisioterapia		
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		CID
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		CID
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		CID
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		CID
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		CID
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTOS(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID 10 PRINCIPAL	
Fr. exp. de (D)			
OBSERVAÇÕES			
Lombo de ADM em metacarpo - plano de mo (D)			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
		29.03.17	
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2106



FUNDHACRE

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

* FUNBESA
* UPA DO
TUCUMÃ
* UNINORTE
* POSTO ROME
MEYRELES
* FACULDADE
FAMETA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

HC

04 JAN 2019

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Sobrinho do Sr. Anselmo

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

20/04/1990

SEXO

MASC. ☒ FEM. ()

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

RAÇA COR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CID 10

Fisioterapia

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CID

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CID

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CID

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CID

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CID

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

Ex. de fisioterapia

OBSERVAÇÕES

Ex. de fisioterapia em metacarpo -
falange de
mão

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

29.03.17

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2106

CBO

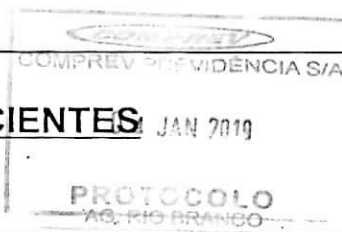
Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE



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

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES



De: HUENB

Para: HC - no ambulatório do Dr. Francis

Nome do paciente: Sebastião de Souza Araújo

Hipótese diagnóstica: Fratura do maxilar inferior
mandíbula

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atendimento ambulatório após 15 dias.

Realizado exame para encefalograma.

Orientado:

- Não conseguir peso/
- Não melhorar
- Não iniciar imobilização.

*Recebido
29.12.16
realizada*

DATA: 29/12/16

Dr. Lívia Ferreira
PRM.Orgão de Especialidade
CRM-AC 1933

ASSINATURA



frente

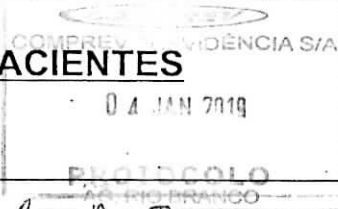
verso



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

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES



De: HUEB

Para: HC - no ambulatório do Dr. Francis

Nome do paciente: Sebastião de Souza Araújo

Hipótese diagnóstica: Fratura do maxilar inferior (D)
mandíbula

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Do ambulatório após 15 dias.

Realizado giro para enofrênico.

Orientado:

- Não conseguir peso/
- Não molhar
- Não retirar imobilização.

Dr. Lívia Ferreira
PRM Otorrinolaringologista e Otolaringologista
CRM-AC 1933

DATA: 20/12/16

ASSINATURA

* 99929-78-35 /

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO

Data Nasc.: 20/04/1990 Sexo: M

703 0078 6118 0572

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Entregue-o sempre ao entrar em contato com o Disque Saúde
ou ao procurar qualquer serviço de saúde.

SUS

frente

verso

0408020172 - 5628

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2414175 DATA: 29/12/2016 HORA: 08:25 USUARIO: ALESSANDRA
CNS: 703007861180572 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO DOC...: CNH
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 20/04/1990 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: ESTRADA DA SOBRAL BAIRRO: SOBRAL NUMERO: 700
COMPLEMENTO....: BAIRO: SOBRAL UF: AC CEP....: 69900-000
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO /MARIA MARGARIDA DE SOUZA
NOME PAI/MAE...: JOSE DE ARAUJO TEL....: 99929 783
RESPONSAVEL....: O MESMO
PROCEDENCIA....: BOSQUE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE TRANSITO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
CASO POLICIAL..: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
ACID. TRABALHO: SIM

PA [115/71] mmHg PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [78] SPO2 99%

EXAM. COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA []

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Vitima de acidente de moto, deu entrada na SET vindo com
melhor memórias, A,B,C,D OK, E -> enxaqueca e dor no MS D.
nega alergia medicamentosa. Queixa de dor no MS D.

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

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

DIAGNOSTICO: Fr do maxilar inferior (D) e maxilar superior (D) CID: 150.0

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

(1) Dipirona 4p (6)

(2) Tiletal 20mg (6)

(3) Radiografia.

(4) Gulecco pele ortopica

(5) Gesso de Cerviça

HORA DA SAIDA: : :
[] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

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 [] ANAT. PAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

+ Nra Marcela

Vanessa Souza Carvalho
Médica Residente
Clínica Geral
CRM-AC 1837



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

 Unidade: HUEMB

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

 De: HUEMB

 Para: HC - no ambulatório do mar

 Nome do paciente: Sebastião de Souza Araújo

 Hipótese diagnóstica: Fratura do exafoide 81
divino (D)

DT: 25/12/17

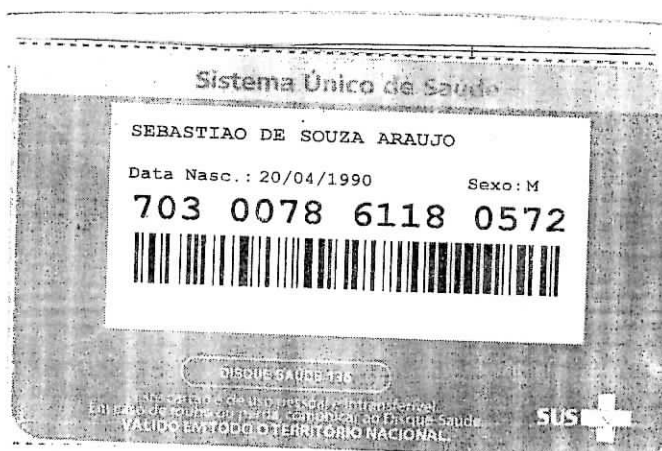
ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

At ambulatório após 15 dias.
Realizada imobilização e
depois, pois paciente montou
dor em taboquinha.

Dr. Lívia Ferreira
 Para Ortopedia e Traumatologia
 CRM - AC 1933

 DATA: 23/02/17

ASSINATURA



RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Lucas

Atleta que o Sr. Sebastião de Souza Araújo sofreu acidente traumático no dia 29/12/16 apresentando fratura de corpo de fêmur do membro direito sendo submetido a tratamento conservador com mobilização precoce.

Evolveu com dor moderada no osso do membro direito, aumento de volume do membro (flexão - extensão) e redução da força muscular do membro. Por tanto é portador de lesão definitiva no M.D.

José L. Silverio (
 Médico Ortopedista
 CRM 183-AC

DATA 15/2/19

ASSINATURA DO MÉDICO

SANTA CASA DE MEDICINA GERAL - RUA ALVORADA, Nº 51 BORGES - FLO. BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190096454

Vítima: SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO

Data do Acidente: 29/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: SEBASTIAO DE SOUZA ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007389

Conta: 0000012375-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

