

SINISTRO 3180590761 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ASSEM IDE FILHO****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

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

BENEFICIÁRIO ASSEM IDE FILHO**CPF/CNPJ:** 19669771234**Posição em 21-04-2019 19:19:13**

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
16/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTQ ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411
CNS:DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

USUARIO: CELMA BEZERRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO

DOC....:

IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA 6 DE AGOSTO

NUMERO:

COMPLEMENTO....: BAIRRO: 6 DE AGOSTO

MUNICIPIO.....: RIO BRANCO

UF: AC

CEP....:

NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE

/MARIA CONCEICAO IDE

RESPONSAVEL....: O PROPRIO

TEL....: 999261292

PROCEDENCIA....: XAVIER MAIA

ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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:

Dor no joelho + entorsecão
após acidente de trânsito.

CCMPREV PREVIDENCIA S/A

3 de OUT 2018

PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

DIAGNOSTICO:

Contusão MS.

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Azeite + curativo local.

② Rx joelho ① + entorse ②

③ Dipirona 1g 4x

④ Dexametasona 75mg (1x)

Rosa...
M...
C...
C...

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] DESISTENCIA

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. Renan Mendes
Médico
CRM-AC: 7200

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg
		() 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 1-4 () 0						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: _____;
- ☐ Outros: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às ____



MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2587618 DATA: 04/10/2018 HORA: 10:45 USUARIO: OTERVAL
 CNS: 708108127875340 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO DOC...: CNH
 IDADE.....: 49 ANOS NASC: 08/12/1968 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA 06 DE AGOSTO NUMERO: 773
 COMPLEMENTO..... BAIRRO: 06 DE AGOSTO
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA DA CONCEICAO IDE
 RESPONSAVEL....: O PROPRIO COMPREV: TELENCA S/9929-7051
 PROCEDENCIA...: 06 DE AGOSTO
 ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO
 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: / /

Defeito trauma no cotovelo 120 x 260
 foi atendido na UPA. Doença crônica de
 dor no cotovelo. ADM: MARJADO

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: :

[] 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

SAME / HUERP
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

ALERGIAS MED:

NÃO



ORTOPEDIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

Não

fls. 22

NOME DO PACIENTE					IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Queda de moto há 20 dias, com Trauma em cotovelo D.				COMORBIDADES:	NÃO
FLUXOGRAMA	Problemas em extremidades					
DISCRIMINADOR	pouco recente				Peso:	
PARÂMETROS	PA: 145 X 80 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 99 %	Pulso: 92 bpm	Glicemia: mg/dL	
	ESCALA DE DOR Insuportável Intensa Moderada Leve Nenhum () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 (X) 1-4 () 0				Glasgow: Alterado ()	Não alterado ()
	CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR: 11:48		() DESISTÊNCIA () EVASÃO	
RECLASSIFICAÇÃO		Tempo máximo: 3 minutos		Assinatura:		HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ 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

As _____

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL





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

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: _____

Para: _____

Nome do paciente: _____

Hipótese diagnóstica: _____

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

DT: 08/09/18

Comprometido após 26 dias.

NO HUESA -

Ao final em 15 dias

DR. Italo Mata Vieira
 RM Ortopedia Traumatologia
 CRM 140.1300

DATA: _____

ASSINATURA _____





ALERGIAS MED.:



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARÂMETROS	PA: X mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: %
	Pulso: bpm		Glicemia: mg/dL
	Glasgow: Alterado () Não alterado ()		
ESCALA DE DOR () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 1-4 () 0			
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:

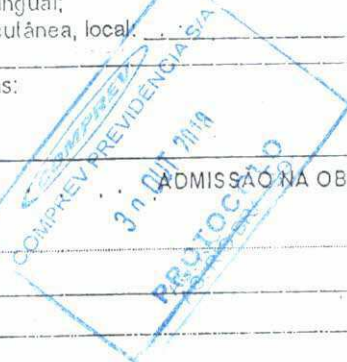
- ☐ Medicação Via Oral – VO, com _____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em () MSE () MSD, local: _____
com () Jelco nº: _____ () Scalp nº: _____;
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____;

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

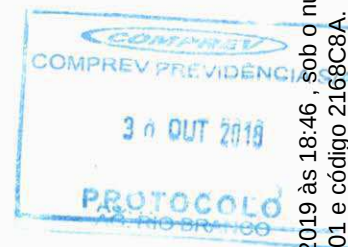
ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às _____





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



LAUDO MÉDICO

NOME: Assen Id Filho

O paciente supracitado apresenta Fratura cabeça
lado direito + processo ungueal a partir de 08/09/18
ou há _____, tendo sido tratado com Tratamento
conservador.

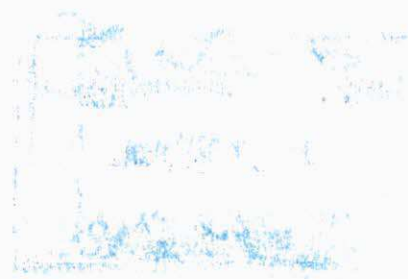
No momento, encontra-se acompanhando tratamento
com o uso de gesso
fixação com curativo de curativo de gesso

CIP: 552-1

[Assinatura]
Médico

Rio Branco AC

30/10/18



MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTQ ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411
CNS:DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

USUARIO: CELMA BEZERRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO

DOC....:

IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA 6 DE AGOSTO

NUMERO:

COMPLEMENTO....: BAIRRO: 6 DE AGOSTO

MUNICIPIO.....: RIO BRANCO

UF: AC

CEP....:

NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE

/MARIA CONCEICAO IDE

RESPONSAVEL...: O PROPRIO

TEL....: 999261292

PROCEDENCIA...: XAVIER MAIA

ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Doi no joelho + entelhoço (D)
após acidente de trânsito

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:



DIAGNOSTICO:

Contusão HS

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Analgico + Curativo local.

② Rx joelho (D) + entelhoço (D).

③ Dipirona 1g. 4x.

④ Diclofenaco 75mg (Fus)

Receita
Dr. Renan Mendes
 OCREMAC 2018

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. Renan Mendes
 Medico
 CRM-AC-7206

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR						Glicemia:	mg	
		() 10	() 8-9	() 7	() 5-6	() 1-4	() 0	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: _____
☐ Outros: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às _____



**HUEB**

Nome: ASSEM IDE FILHO
Idade: 49 A
Exame: TC COTOVELO DIREITO
Atendimento: 87270

Data: 04/10/2018

TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções mult planares.

RELATÓRIO:

Fratura cominutiva da cabeça do rádio com componentes longitudinais oblíquos nas porções central e dorsal que se estendem para a superfície articular, notando-se pequeno infradesnívelamento da sua superfície articular da porção central, estimada em 0,2 cm.

Fratura transversal completa do processo coronoide da ulna, delimitando fragmento ósseo de 1,5 cm com mínimo desalinhamento cranial.

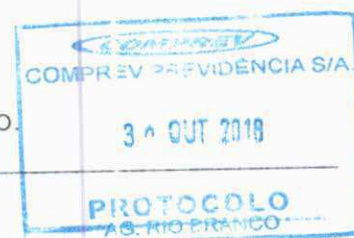
Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal, de 0,3 cm (corpo estranho?).

Sinais de moderado derrame articular no cotovelo.

Borramento da tela subcutânea posterior do cotovelo.

Demais estruturas ósseas e espaços articulares preservados.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura cominutiva e intra-articular da cabeça do rádio.

Fratura no processo coronoide da ulna.

Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal (corpo estranho?).

Sinais de moderado derrame articular no cotovelo.

DR. MARCOS PARENTE

MÉDICO RADIOLOGISTA

CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032109/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2018 07:02 Data/Hora Fim: 13/11/2018 07:02
Origem: Polícia Judiciária Data: 24/10/2018
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 08/09/2018 16:10

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Estrada Jarbas Passarinho
Complemento: Em frente a escola Gloria Perez

Tipo do Local: Via Pública



Barro Placas

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ASSEM IDE FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 08/12/1968
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Maria da Conceição Ide Nome do Pai: Francisco Assem Ide

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 166549
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 196.697.712-34

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: rua Sanhassu
Complemento: conj. Ouricuri
Bairro: Apolônio Sales
Telefone: (68) 99926-1292 (Celular)

Nº 022

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Outros	Subgrupo	Outros - tipos de objetos
Descrição	LESÃO	Situação	Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Assem Ide Filho	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta delegacia para comunicar que na data do fato transitava em sua motocicleta honda CB 250F Twister placa QLW 5981, branca. Chassi 9C2MC4400GR023371, renavam 01108064083, quando de repente uma mulher saiu rapidamente de um comercio, em uma bicicleta com varias sacolas, que ao tentar desviar a mesma a vítima veio a cair. Que o mesmo sofreu várias escoriações pelo corpo. Que o ele foi levado a Upa da Sobral pelo Samu. Que foi atendido e liberado. Que dias depois a vítima a vítima começou a sentir fortes dores no braço direito. Ao procurar o Pronto Socorro.

Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Impresso por: Francisco Alberto da Costa Mendes
Data de Impressão: 13/11/2018 07:03
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032109/2018-A01

após realização de tomografia, constatou-se que houve algumas fraturas na região do mesmo braço.

ASSINATURAS

Francisco Alberto da Costa Mendes
Responsável pelo Atendimento

Assm Ide Filho
(Vítima / Comunicante)

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

Vanderlei Scherer Thomas
Delegado de Polícia Civil



REPÚBLICA DE ARVIA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ASSEM IDE FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
166549 SSP AC

CPF
196.697.712-34

DATA NASCIMENTO
08/12/1968

FILIAÇÃO
FRANCISCO ASSEM IDE
MARIA DA CONCEICAO IDE

PERMISSÃO
1

ACC
AB

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
02513660597

VALIDADE
01/11/2022

1ª HABILITAÇÃO
21/02/1989

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTAL OR

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
01/11/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Pedro Luis Lengua
AC407820930

55205952890

ACRE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483672356

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483672356





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE-SESACRE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU



SA-33
192

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	0810918						DATA	08/10/2018						HORA	16h30min																														
	MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr.(a) DR. CASTRO																																													
MOTIVO	<table><tr><td>☐ 4. RESPIRATÓRIO</td><td>☐ 8. OBSTÉTRICO</td><td>☐ 12. METABÓLICO</td><td>☐ 15. COLISÃO</td><td>☐ 19. FAF</td><td>☐ 22. AFOGAMENTO</td></tr><tr><td>☐ 5. CARDIOVAC.</td><td>☐ 9. PSIQUIÁTRICO</td><td>☐ 13. PEDIÁTRICO</td><td>☐ 16. ATROPELAMENTO</td><td>☐ 20. FAB</td><td>☐ 23. ELETROPLESSÃO</td></tr><tr><td>☐ 6. NEUROLÓGICO</td><td>☐ 10. INFECCIOSO</td><td>☐ 14. OUTRO:</td><td>☒ 17. QUEDA moto</td><td>☐ 21. QUEIMADURA</td><td></td></tr><tr><td>☐ 7. GASTRINTEST.</td><td>☐ 11. INTOXICAÇÃO EXOG.</td><td></td><td>☐ 18. AGRESSÃO</td><td>☐ 24. OUTRO:</td><td></td></tr></table>																		☐ 4. RESPIRATÓRIO	☐ 8. OBSTÉTRICO	☐ 12. METABÓLICO	☐ 15. COLISÃO	☐ 19. FAF	☐ 22. AFOGAMENTO	☐ 5. CARDIOVAC.	☐ 9. PSIQUIÁTRICO	☐ 13. PEDIÁTRICO	☐ 16. ATROPELAMENTO	☐ 20. FAB	☐ 23. ELETROPLESSÃO	☐ 6. NEUROLÓGICO	☐ 10. INFECCIOSO	☐ 14. OUTRO:	☒ 17. QUEDA moto	☐ 21. QUEIMADURA		☐ 7. GASTRINTEST.	☐ 11. INTOXICAÇÃO EXOG.		☐ 18. AGRESSÃO	☐ 24. OUTRO:					
	☐ 4. RESPIRATÓRIO	☐ 8. OBSTÉTRICO	☐ 12. METABÓLICO	☐ 15. COLISÃO	☐ 19. FAF	☐ 22. AFOGAMENTO																																								
☐ 5. CARDIOVAC.	☐ 9. PSIQUIÁTRICO	☐ 13. PEDIÁTRICO	☐ 16. ATROPELAMENTO	☐ 20. FAB	☐ 23. ELETROPLESSÃO																																									
☐ 6. NEUROLÓGICO	☐ 10. INFECCIOSO	☐ 14. OUTRO:	☒ 17. QUEDA moto	☐ 21. QUEIMADURA																																										
☐ 7. GASTRINTEST.	☐ 11. INTOXICAÇÃO EXOG.		☐ 18. AGRESSÃO	☐ 24. OUTRO:																																										
PACIENTE	NOME COMPLETO: Assem IDE Filho																																													
	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA): PLACAS GATAGUA: MS PLACAS (VIA PÚBLICA)																																													
EXAME PRIMÁRIO	<table><tr><td>☐ 28. OBSTRUÍDAS</td><td>☐ 31. NORMAL</td><td>☐ 35. NORMAL</td><td>☐ 39. NORMAL</td><td>☐ 42. CONFUSÃO</td><td>☐ 44. SEM ALTERAÇÃO</td><td>☐ 47. FRATURAS</td></tr><tr><td>☐ 29. PATC. OBSTR.</td><td>☐ 32. ALTERADA</td><td>☐ 36. CHOQUE</td><td>☐ 40. CONVULSÃO</td><td>☐ 43. COMA</td><td>☐ 45. QUEIMADURA</td><td>☐ 45. FERIMENTOS</td></tr><tr><td>☐ 30. LIVRE</td><td>☐ 33. AGÔNICA</td><td>☐ 37. SANGRAMENTO</td><td>☐ 41. AGITAÇÃO</td><td>☐ 46. DEF. ORMIIDADES</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐ 34. APNÉIA</td><td>☐ 38. PCR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		☐ 28. OBSTRUÍDAS	☐ 31. NORMAL	☐ 35. NORMAL	☐ 39. NORMAL	☐ 42. CONFUSÃO	☐ 44. SEM ALTERAÇÃO	☐ 47. FRATURAS	☐ 29. PATC. OBSTR.	☐ 32. ALTERADA	☐ 36. CHOQUE	☐ 40. CONVULSÃO	☐ 43. COMA	☐ 45. QUEIMADURA	☐ 45. FERIMENTOS	☐ 30. LIVRE	☐ 33. AGÔNICA	☐ 37. SANGRAMENTO	☐ 41. AGITAÇÃO	☐ 46. DEF. ORMIIDADES			☐ 34. APNÉIA	☐ 38. PCR					
	☐ 28. OBSTRUÍDAS	☐ 31. NORMAL	☐ 35. NORMAL	☐ 39. NORMAL	☐ 42. CONFUSÃO	☐ 44. SEM ALTERAÇÃO	☐ 47. FRATURAS																																							
☐ 29. PATC. OBSTR.	☐ 32. ALTERADA	☐ 36. CHOQUE	☐ 40. CONVULSÃO	☐ 43. COMA	☐ 45. QUEIMADURA	☐ 45. FERIMENTOS																																								
☐ 30. LIVRE	☐ 33. AGÔNICA	☐ 37. SANGRAMENTO	☐ 41. AGITAÇÃO	☐ 46. DEF. ORMIIDADES																																										
☐ 34. APNÉIA	☐ 38. PCR																																													
SINAIS VITAIS	HORA		P.A.		F.R.		FC		SP02		DEXTRO		GLASGOW																																	
	INÍCIO 16:15		130 x 70				101		98%																																					
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	<table><tr><td>☐ 41. ADM. OXIGÊNIO</td><td>☐ 53. RCP</td><td>☐ 57. COLAR CERVICAL</td><td>☐ 61. DESFIBRILAÇÃO</td><td>☐ 65. CURATIVO</td></tr><tr><td>☐ 50. GUEDEL</td><td>☐ 54. PUNÇÃO TORÁCICA</td><td>☐ 58. FLEBOTOMIA</td><td>☐ 62. INTRACATH</td><td>☐ 66. PRANCHA LONGA</td></tr><tr><td>☐ 51. ASPIRAÇÃO</td><td>☐ 55. DRENAGEM TORÁCICA</td><td>☐ 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA</td><td>☐ 63. SONTA VESICAL</td><td>☐ 67. EVIDÊNCIA S/A</td></tr><tr><td>☐ 52. INTUBAÇÃO (OT. NT)</td><td>☐ 56. VEIA PERIFÉRICA</td><td>☐ 56. SONTA GÁSTRICA</td><td>☐ 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS</td><td>☐ 72. EVIDÊNCIA S/A</td></tr></table>																		☐ 41. ADM. OXIGÊNIO	☐ 53. RCP	☐ 57. COLAR CERVICAL	☐ 61. DESFIBRILAÇÃO	☐ 65. CURATIVO	☐ 50. GUEDEL	☐ 54. PUNÇÃO TORÁCICA	☐ 58. FLEBOTOMIA	☐ 62. INTRACATH	☐ 66. PRANCHA LONGA	☐ 51. ASPIRAÇÃO	☐ 55. DRENAGEM TORÁCICA	☐ 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA	☐ 63. SONTA VESICAL	☐ 67. EVIDÊNCIA S/A	☐ 52. INTUBAÇÃO (OT. NT)	☐ 56. VEIA PERIFÉRICA	☐ 56. SONTA GÁSTRICA	☐ 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	☐ 72. EVIDÊNCIA S/A								
	☐ 41. ADM. OXIGÊNIO	☐ 53. RCP	☐ 57. COLAR CERVICAL	☐ 61. DESFIBRILAÇÃO	☐ 65. CURATIVO																																									
☐ 50. GUEDEL	☐ 54. PUNÇÃO TORÁCICA	☐ 58. FLEBOTOMIA	☐ 62. INTRACATH	☐ 66. PRANCHA LONGA																																										
☐ 51. ASPIRAÇÃO	☐ 55. DRENAGEM TORÁCICA	☐ 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA	☐ 63. SONTA VESICAL	☐ 67. EVIDÊNCIA S/A																																										
☐ 52. INTUBAÇÃO (OT. NT)	☐ 56. VEIA PERIFÉRICA	☐ 56. SONTA GÁSTRICA	☐ 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	☐ 72. EVIDÊNCIA S/A																																										
TRANSP.	TIPO		ORIGEM				DESTINO				CONTATO NO DESTINO																																			
	☐ 69. SIMPLES ☐ 70. MEDICALIZADO		VIA PÚBLICA				VIA F2 SILVA																																							
INCIDENTE	<table><tr><td>☐ 71. CANCELADO</td><td>☐ 73. ÓBITO</td><td>☐ 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO</td><td>☐ 77. OUTRO</td></tr><tr><td>☐ 72. FALSO</td><td>☐ 71. RECUSOU ATENDIMENTO</td><td>☐ 74. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL</td><td></td></tr></table>																		☐ 71. CANCELADO	☐ 73. ÓBITO	☐ 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO	☐ 77. OUTRO	☐ 72. FALSO	☐ 71. RECUSOU ATENDIMENTO	☐ 74. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL																					
	☐ 71. CANCELADO	☐ 73. ÓBITO	☐ 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO	☐ 77. OUTRO																																										
☐ 72. FALSO	☐ 71. RECUSOU ATENDIMENTO	☐ 74. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL																																												
OBSERVAÇÕES: Última de queda de motociclista, encontrado no solo, lucido, orientado, comunicativo, apresentando mel. plor, hematomas em membros superiores e inferiores, em região de cotovelo e patela, S/ sinais de fratura ou deformidade, conduzido a UPA F2 Silva, conforme regulação médica.																																														
PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE: Cond Tony Tei Chyran																																														
MÉDICO (A) INTERVENCIÓNISTA Dr (a): Dr. Renato Mendes Médico CRM-AC. 2209																																														
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM																																														

<http://192.168.0.90/esussanuv/Monitoramento/ficha-ocorrencia>

Intervenção

Observação

Vítima

1

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 08/09/2018 16:15

Situação: F

Decisão: ENVIO DE VEÍCULO

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 08/09/2018 16:15

Situação: F

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 08/09/2018 16:15

Situação: F

Intervenção:

Observação:

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ

1

Veículo: USB 06 RBO

Data/Hora Envio Equipe: 08/09/2018 15:53

Dt./Hr. Saída Base: 08/09/2018 16:58

Dt./Hr. Chegada Local: 08/09/2018 16:18

Dt./Hr. Saída Local: 08/09/2018 16:18

Dt./Hr. Chegada Destino: 08/09/2018 16:20

Dt./Hr. Saída Destino: 08/09/2018 16:37

Dt./Hr. Chegada Base: 08/09/2018 17:20

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:52		TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:53	TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	EM FILA
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:54	TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	EM FILA
ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	08/09/2018 15:54	ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	08/09/2018 16:16	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA



SAMU 192	FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192	Data Emissão: 10/09/2018 Hora emissão: 10:24 Operador:
Nº da Ocorrência 1809080083	Qto. Vítimas 1	Dt/Hr Inicio: 08/09/2018 15:52 Dt/Hr Término: 09/09/2018 15:49
		Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUEDA DE MOTO

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: JOSÉ
End.: EST CRUZAMENTO JARBAS PASSARINHO X AVENIDA BRASIL
Bairro: PLACAS
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PROXIMO A ESCOLA GLORIA PEREZ

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 999562810
Queixa: QUEDA DE MOTO

Origem da Ligação: DOMICILIO

**VÍTIMAS**

Vítima 1	Nome: ASEM IDE FILHO	Idade: 45 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 15:15
	Avaliação: PCT LOTE G-15 COM ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII SEM DEFORMIDADES PA-130/90 SPO2-95% FC-101 BPM	
Vítima 1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 08/09/2018 15:54
	Avaliação: SOLICITANTE REFERE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, O MESMO EM SOLO, ACORDADO COM DOR NO BRAÇO	

AValiação ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 15:16	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 15:16	Situação: F
	Decisão: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 15:16	Situação: F



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800 0221204 ou 0800 0221206) (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o **Incapaz** com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

196.697.712-34

Nome completo da vítima

Assem Ide Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Assem Ide Filho		196.697.712-34		autônomo	
Endereço		Número		Complemento	
Rua 06 de agosto		731		brs	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Seis de Agosto	Rio Branco	Akre	63.905-684		
Email			Telefone (DDD)		
			(68)99996-1292		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 2358 D/V 2	CONTA NRO. 51393 D/V 8	CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rio Branco - Akre 24 de outubro de 2018

Local e Data

Assem Ide Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA AD NEGOTIA"

OUTORGANTE: **ASSEM IDE FILHO**, brasileiro, divorciado, portador do RG n. 166549 SSP/AC, CPF n. 196.697.712-34, residente e domiciliado na Rua 6 de Agosto, nº 733, bairro 6 de Agosto, 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.


ASSEM IDE FILHO



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO ACRE

COMPREV S/A
COMPREV S/A

RECEITUÁRIO

14 DEZ 2018

PROTÓCOLO
AS 10:00

PACIENTE:

LAVADO

Atento que o Sr. ASSEM IDE FILHO sofreu
Acidente de trânsito no dia 08/09/2018
apresentando fratura de cabeça do
radio e fratura de processo coronoide
de cotovelo direito. foi submetido
a tratamento conservador.
Evolui com grande limitação
função cotovelo (flexão 90°/extensão
30°) e redução da força muscular
do membro.
portanto é portador de sequelas
definitivas no membro sup. (D)
e de alta médica.

DATA 06/12/18

ASSINATURA DO MÉDICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 02.039.178.0001-00

RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE

CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608

RECEBUEIRO

Quilômetro 75, 1000