



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07068566820198010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	12/03/2020 14:40:13

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2701664_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_01_compres sed - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf
Anexo - Petição:	2701664_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_Anexo_02_c ompressed-1 - 1-16.pdf
Anexo - Petição:	2701664_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_Anexo_02_c ompressed-1 - 17-30.pdf
Anexo - Petição:	2701664_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_Anexo_02_c ompressed-2 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2701664_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_Anexo_02_c ompressed-2 - 12-22.pdf
Anexo - Petição:	2701664_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_Anexo_02_c ompressed-2 - 23-29.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07068566820198010001

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL VIEIRA RAMOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **31/08/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/08/2016**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190153954	Cidade: Rio Branco	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS	Data do acidente: 31/08/2016	Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 22/02/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.				
Sequelae permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO				
Sequelae: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO				
Documentos complementares:				
Observações: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 23/10/2018, EMITIDA PELO DR. RODRIGO VICK FERNANDES GOMES, CRM No. 9817				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **31/08/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL VIEIRA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000035700-6

Nr. da Autenticação 4F619672BEAF1B5D

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 4 de março de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DANIEL VIEIRA RAMOS**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07068566820198010001.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07068566820198010001**, que tramita **4ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO HALLUNDO HERMILDO DE MELO

Polígrafo Direito

Assinatura do Titular

Daniel Vieira Ramos

2 VIA

700.899.791-41

CPF

RIO BRANCO - AC

CERTID. NASC. 357 FLS. 60 LIV. A/C.M.

DOC. CIVIL

RIO BRANCO - AC

NATURALIDADE

LUCILENE VIEIRA CUNHA

JOSÉ ELISABETH RAMOS BRAGA

FILIAÇÃO

DANIEL VIEIRA RAMOS

RG

1119293-3

DATA DE NASCIMENTO

21/12/2016

DATA DE EXPIRAÇÃO

21/12/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LEI Nº 7.118 DE 29/09/73

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO HALLUNDO HERMILDO DE MELO

Polígrafo Direito

Assinatura do Titular

Daniel Vieira Ramos

2 VIA

700.899.791-41

CPF

RIO BRANCO - AC

CERTID. NASC. 357 FLS. 60 LIV. A/C.M.

DOC. CIVIL

RIO BRANCO - AC

NATURALIDADE

LUCILENE VIEIRA CUNHA

JOSÉ ELISABETH RAMOS BRAGA

FILIAÇÃO

DANIEL VIEIRA RAMOS

RG

1119293-3

DATA DE NASCIMENTO

21/12/2016

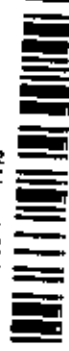
DATA DE EXPIRAÇÃO

21/12/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LEI Nº 7.118 DE 29/09/73

DOCUMENTO 1 "T196"



PROTOCOLLO
AG. RIE. BRANCO

CARTERA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO
F EMPREGO

140.76920.31-3

5567292

0030

GO

Hand & Name





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

DANIEL VIEIRA RAMOS

FILIAÇÃO.....: JOSÉ ELISANDRO RAMOS BRAGA
LUCIENE VIEIRA CUNHA

NASCIMENTO.....: 17/01/1994 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: RIO BRANCO - AC

DOCUMENTO.....: C. I. 11192933-02/05/2008 SSP AC

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 700.899.791-41 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/GO - 27/09/2010

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO					
DATA NASC. DE					
DOCUMENTO					
ASSINATURA DO EMISSOR					

NOME					
DOCUMENTO					
ASSINATURA DO EMISSOR					

NOME					
DOCUMENTO					
ASSINATURA DO EMISSOR					

NOME					
DOCUMENTO					
ASSINATURA DO EMISSOR					

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996					
CPF.....: 700.899.791-41					
CNPJ.....: 00.000.000/0001-91					
ASSINATURA DO EMISSOR					

DOCUMENTO 8

T84%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

CARLOS DE SOUSA CUNHA

MATRÍCULA:

152843 01 55 2013 4 00021 152 0007348 38

Livro: C 21 Folha: 152 Termo: 7348

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
Masculino	Parda	Casado, 59 anos
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
RIO BRANCO - AC	CPF 30816580200	SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

PAI: RAIMUNDO DE OLIVEIRA CUNHA

MÃE: RAIMUNDA MALVEIRA DE SOUZA

residente e domiciliado no Beco São José, Nº 116, Areal nesta cidade

DATA E HORA DE FALECIMENTO

CINCO DE DEZEMBRO DE DOIS MIL E TREZE, 09:00:00

DIA	MÊS	ANO
05	12	2013

LOCAL DE FALECIMENTO

HUEB - HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO-AC

CAUSA DA MORTE

PAIOPATIA CRÔNICA DESCOMPENSADA, ENCEFALOPATIA HEPÁTICA, DISTÚRBO HIDROELETRILÍTICO

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

MORADA DA PAZ - RIO BRANCO ACRE

DECLARANTE

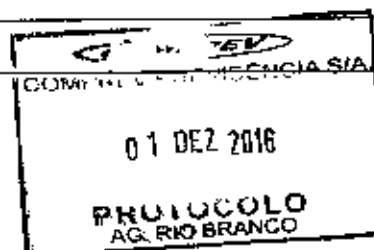
LUCILENE VIEIRA CUNHA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTOS DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

FERNANDO BORGES, CRM: 1632-AC

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

O falecido era eleitor, deixou bens, deixou 05 filhos.



NOME DO OFÍCIO	2º CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
OFICIAL REGISTRADOR	Fredy Pinheiro Damasceno
MUNICÍPIO/UF	Rio Branco - AC
ENDEREÇO	Via Chico Mendes, 452, Seis de Agosto, CEP: 69901-180 Fone: (68) 2106-3464

Selo: AA407409-05

Consulta: E8BE-484E-FAFF-8B3A

Data geração do Selo: 05/12/2013 13:21:00

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Rio Branco - AC, 05 de dezembro de 2013.

Assinatura do Oficial

Silvany Pereira da Silva
Escritor Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1178015/16
Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS
CPF: 700.899.791-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/08/2016
Titular do CPF: DANIEL VIEIRA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALESSANDRA VOLPATO MACHADO : 820.059.239-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DANIEL VIEIRA RAMOS : 700.899.791-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 01/12/2016
Nome: ALESSANDRA VOLPATO MACHADO
CPF/CNPJ: 820.059.239-15

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/12/2016
Nome: MAYSA NASCIMENTO DE SOUSA
CPF: 528.521.302-97

ALESSANDRA VOLPATO MACHADO

MAYSA NASCIMENTO DE SOUSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1178015/16
Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS
CPF: 700.899.791-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/08/2016
Titular do CPF: DANIEL VIEIRA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Documentos de identificação
Outros

DOCUMENTO 2 "124"



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 11/01/2017
Nome: ALESSANDRA VOLPATO MACHADO
CPF : 820.059.239-15

ALESSANDRA VOLPATO MACHADO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 11/01/2017
Nome: MAYSA NASCIMENTO DE SOUSA
CPF: 528.521.302-97

MAYSA NASCIMENTO DE SOUSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062143/19

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

CPF: 700.899.791-41

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 31/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL VIEIRA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DANIEL VIEIRA RAMOS : 700.899.791-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/02/2019
Nome: DANIEL VIEIRA RAMOS
CPF: 700.899.791-41

DANIEL VIEIRA RAMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190153954 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS **Data do acidente:** 31/08/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 23/10/2018, EMITIDA PELO DR. RODRIGO VICK FERNANDES GOMES, CRM No. 9817

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190153954 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS **Data do acidente:** 31/08/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 23/10/2018, EMITIDA PELO DR. RODRIGO VICK FERNANDES GOMES, CRM No. 9817, NA PAGINA Nº30 DO HOSPITAL DO RIO BRANCO, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

COMPANHIA SIA
01 DEZ 2016
PROTÓCOLO
AG. RIO BRANCO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062143/19

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

CPF: 700.899.791-41

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 31/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL VIEIRA RAMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DANIEL VIEIRA RAMOS : 700.899.791-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/02/2019
Nome: DANIEL VIEIRA RAMOS
CPF: 700.899.791-41

DANIEL VIEIRA RAMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190153954

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

Data do Acidente: 31/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL VIEIRA RAMOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190153954

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

Data do Acidente: 31/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL VIEIRA RAMOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **DANIEL VIEIRA RAMOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003320**

Conta: **0000035700-6**

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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Daniel Vieira Ramos

PORTADOR(A) DO RG Nº 11192933

EXPEDIDO POR SSP/AC

EM 12/10/2016 E

CPF 406899791-41 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Vieira Ramos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

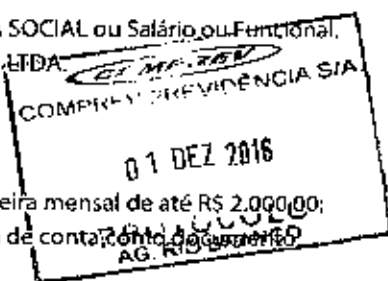
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T14*



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3320-03 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 35 700 - 6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Branco 25 de Outubro de 2016 Daniel Vieira Ramos
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

TU42	Sistema de Informacoes Unificadas	27/10/2016
CAIXA-SIUNI	Relacao de Contas por N.CAIXA	15:27:04

N.CAIXA: 90.954.636	DANIEL VIEIRA RAMOS	PAG: 01 / 01
CPF : 700.899.791-41	Pessoa : Fisica	
Dt.Nasc: 17/01/1994		
Caixa :		

S	Conta	Carteira	Dt.Abertura	Segundo Titular
	3320-013-00035700/6	CC 02	17/10/2016	



Ultima Posicao: 21/10/2016

Final de Amostragem.
F01=AJUDA F03=RETORNA F04=MENU F07=VOLTA F08=AVANCA F12=FINALIZA



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

CPF da vítima: 700.899.791.41 Nome completo da vítima: Daniel Vieira Ramos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome: Daniel Vieira Ramos CPF: 700.899.791.41
Profissão: recusou Endereço: R. Gal Vieira de Melo Número: 366 Complemento: casa
Cidade: Rio Branco Estado: Acre CEP: 69.915.178
E-mail: cong.esperanca Tel (DDD): (68) 98404-9780

Assinatura, data e endereço (fora do direito, enviar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 99918-3322 9991810-79

RECEITA MENSAL:
☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ ATÉ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: 1º FEV 2010

AGÊNCIA: 3320 03 CONTA: 35.700 6 AGÊNCIA: CONTA: PROTOCOLO 9991810-79
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existe)

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu sou devedor, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Fui atendido, sob pena de multa, em uma clínica de atendimento e laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização:
☐ Não fui atendido em uma clínica de atendimento e laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização;
☐ Não fui atendido em uma clínica de atendimento e laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização;
☒ Não fui atendido em uma clínica de atendimento e laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização;

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ão Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem a documentação necessária para comprovar a ocorrência do sinistro, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação da seguradora LIDER.

TESTEMUNHAS
1ª Nome: CPF: Assinatura
2ª Nome: CPF: Assinatura
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A RGO: Daniel Vieira Ramos
Assinatura do primo (beneficiário) (declarante):

Assinatura do beneficiário (se houver):

Assinatura do beneficiário (se houver):

Assinatura do beneficiário (se houver):

Assinatura do beneficiário (se houver):

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

12452

NÚMERO FOLHA

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

ESTRADA DA FLORESTA

03 MUNICÍPIO

NO BRASIL

04 UF

AC

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

PRÓXIMO VIA ANTERIOR

06 HORA DA
OCORRÊNCIA

06:40

07 ZONA
RURAL / URBANA

☒

08 DATA

13/03/2019

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

GRÃO

☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

02

15 N° DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Alexander Medeiros

17 SEXO

M ☒ 1

F ☐ 3

18 NASCIMENTO

12/08/1991

19 ENDEREÇO

ESTRADA DAS ÁGUAS, Nº 2338, Bloco A, AP-202, Residencial Euba, Cel: 99324-2566

20 1ª HABILITAÇÃO

04-22-2008

21 CATEGORIA

B

22 PRONTUÁRIO

0396479827

23 UF

DF

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

GM Classic

28 ESPÉCIE

Passagem

29 PLACA

5 HC 2230

30 MUNICÍPIO

Brasília

31 UF

DF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

34 CHASSIS

2063213100017730

36 AVARIAS

Passagem nova

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Avulso / Direito

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Perseguição no local

COMPARECEU NO POSTO
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 FEV 2019

PROTOCOLO

PONTOS

37 CARRO

X



39 MOTO



EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

42 NOME CONDUTOR

Isabel Vieira Soares

45 ENDEREÇO

Cel: 9905-3630

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

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

Fiat / Hb 2000 30

54 ESPÉCIE

Passagem

55 PLACA

0VG 1496

56 MUNICÍPIO

NO BRASIL

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

60 CHASSIS

62 AVARIAS

Passagem nova

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Avulso / Direito

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Perseguição no local

PONTOS

63 CARRO



65 MOTO

X



EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1

F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

CONFERE COM O ORIGINAL

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74

75 NOME

EM: 11/02/19

69 SEXO

M ☐ 1

F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

Vitor de Oliveira Peres
Arquiteto e Urbanista
CAUB 11077-5
DETRAN/AC

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Daniel Vieira Ramos, portador da carteira de identidade nº 111.92.933 e inscrito no CPF/MF sob o nº 700.899.791-41, residente e domiciliado na Joaquim Nabuco N.º 238, Cidade Rio Branco, Estado Acre, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 - 73%

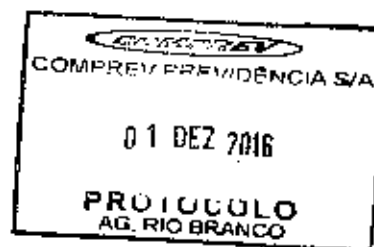


Daniel Vieira Ramos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Rio Branco 25 de Outubro de 2016

Local e data



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL VIEIRA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000035700-6

Nr. da Autenticação 4F819672BEAF1B5D

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC,
CNPJ: 04.093.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

5º do 1ºººº 000070119

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

Período de Cobrança	Consumo	Valor	Total a Pagar
JUNHO/2016	17,06/2016	103	66,82

LOCITENE VIEIRA CORREA
R. JOAQUIM NABUCCO 238 COM. ESPERANCA
CPF: 00066879604234
CEP: 69.915-142 - RIO BRANCO

ROT: 7.001.07.02.002100

CONSUMO DA LECTURA	VALOR	NOTAS DA LECTURA
Atual:	1082	Atual: 09/06/2016
Anterior:	979	Anterior: 10/05/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 09/07/2016
Consumo Medido:	103	Emissor: 09/06/2016
Consumo Faturado:	103 FCAM	Apresentador:

Porte de Faturamento: NORMA 103 Valor do Faturado: 103 Valor do Consumo: 103

Categoria	Legenda	Número Medidor	Posto	Código Tar.	Medida 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7267370		1.1.1.1	136

PERÍODO DE CUSTO	CONSUMO DA LECTURA
Mai/16 127	CONSUMO 103 A R\$ 0,593327 = 61,11
ABR/16 132	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,86
MAR/16 143	CORRECAO MONETARIA IG 04/16-00 0,41
FEV/16 124	MULTA POR ATRASO 04/16-00 1,61
JAN/16 140	JUROS DE MORA DE IMPO 04/16-00 0,83
DEZ/15 129	
NOV/15 132	
OUT/15 137	
SET/15 149	
AGO/15 138	
TARIFAS POR TRIMESTRE:	
de A 100 - 0,403278	

DOCUMENTO 2 *72%



Mes/Ano	Valor R\$	Observações
05/2016	82,92	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/05/2016, em função das contas em atraso. A unidade consumidora não apresentou a data de pagamento da conta de consumo. A unidade consumidora não apresentou a data de pagamento da conta de consumo. A unidade consumidora não apresentou a data de pagamento da conta de consumo.

A COBRANÇA DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, SOLICITE EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKU, NGUNYA OU ZIKA, DIRIGIR-SE AO SUS, LIGUE: 0800.647.7196 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO: 1 7 13 19 25 28

RESERVAÇÃO AO FISCO 4457.C081.A655.0A12.C25D.22D9.10CF.32FF

CONTRIBUIÇÃO DA DETA - DE	IMPONIBILIDADES - DE
Distribuição: 27,51	Base de Cálculo: 61,11
Energia: 11,31	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,38	Valor do ICMS: 10,38
Encargos: 8,54	Valor do IPI: 0,53
Tributos: 13,37	Valor do CORFIS: 2,46

PERÍODO DE CUSTO	Valor	Valor	Valor	Valor
01/16	6,27	12,54	25,08	3,86
02/16	3,43		5,00	7,72
03/16				15,45
04/16				3,71
05/16				1,22
06/16				
07/16				
08/16				
09/16				
10/16				
11/16				
12/16				

CEP HI-REV
COMPRA DE ENERGIA SIA
01 DEZ 2016
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Vieira Ramos

RG nº 111.92933, data de expedição 32/07/2013 Órgão SSP/AC

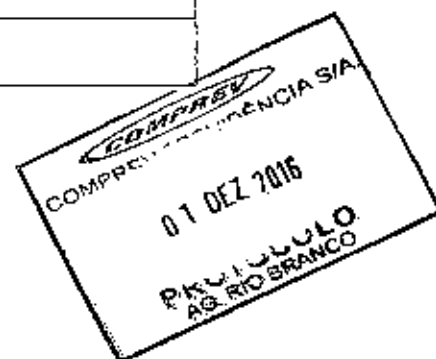
CPF nº 700.899.493-71 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

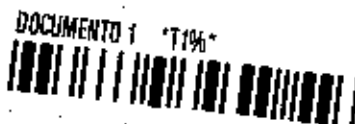
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Joaquim Nabuco</u>
Número	<u>238</u>
Apto / Complemento	<u>Pasa</u>
Bairro	<u>Long. Esperança</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.915.142</u>
Telefone de Contato	<u>68 - 3224-3257</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 25 de Outubro

Assinatura do Declarante: Daniel Vieira Ramos





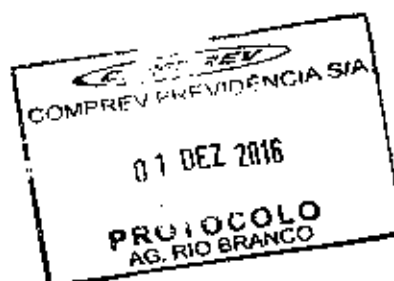
Atendimento Claro - Ligue 1052.
Auto-Atendimento - Ligue *10529
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro
Visite nosso site: www.claro.com.br

ALESSANDRA VOLPATO MACHADO
R NETUNO 2510
NOVA FLORESTA
76807 - 092 PORTO VELHO RO

ClaroCUBE

Saldo de pontos em 23/12/14
Pontos resgatados em 11/14

2.742
0



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0043155-9

003655521

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 FEV 2019

PROTOCOLO

93,49

FEVEREIRO/2019

14/02/2019

122

EVA TEIXEIRA DE LEMOS
R. GAL VIEIRA DE MELO 566 CONJ. ESPERANCA
CPF: 00011168404-15
CEP: 69.915-178 RIO BRANCO

ROT: 7.001.07.08.001210

5642

5520

1,000

122

122

FCAM

07/02/2019

11/01/2019

11/03/2019

06/02/2019

07/02/2019

NORMAL

27

COMERCIAL

BI

BIF17202065

3.1.3.2

432

IAN/18 191
FEV/18 358
MAR/18 585
ABR/18 523
MAY/18 477
JUN/18 370
JUL/18 487
AGO/18 444
SET/18 496
OUT/18 396

CONSUMO

122 A R\$ 0,729618 =

89,01

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)

4,48

A PARTIR DE 13/12 CFE REM2497/18 ANEEL REAJ. TARIF. MEDIO 21,20%
LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 17.13.19.25.28
Parabéns! Até o dia 06/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

9250 DF06 BA05.0F59 CSF8.4E/A.8/65.7B39

28,30

33,63

0,88

11,90

14,24

89,01

10,00%

14,24

0,00

0,00

9,24 10,49 16,99 4,83 9,66 19,32 4,99
0,00 0,00 0,00

TANGARA

12/2018

114,63

ROT: 7.001.07.08.001210

0043155-9

93,49

02/2019

14/02/2019



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos de Souza Cunha,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____.

Órgão _____, portador do CPF nº 328.365.802-200, com domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de _____,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____,

Josquim robusto, S: Conf. Esperança, nº 238,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Daniel Vieira Ramos, cujo o condutor eraDaniel Vieira Ramos.Veículo: MotoModelo: MUTEEN 50Ano: 2012Placa: OV6 3436Chassi: 33FTN5XBData do Acidente: 31/08/16Local e Data: Rio Branco, 28/08/16

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

3º TABELIONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE RIO BRANCO - AC

Av. Costa 110, 2º andar - Centro - Rio Branco - AC | CEP: 68100-000 | (11) 2020-0000 | email: t44@rio-branco.ac.gov.br

Reconheço por verdadeiro a assinatura indicada DANIEL VIEIRA RAMOS Termo: 86279

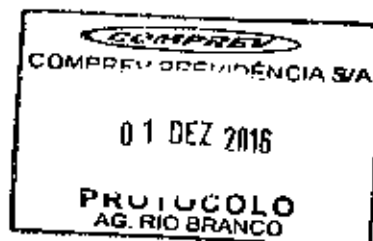
Dou fé, Rio Branco-AC 27 de outubro de 2016, Terça - 3,00

Selo AE142584-10 Consulta 8C2E-4C2D-3E7B-A294

Consulta e autenticação em www.seloacre.com.br

Em Teste

Verdade.

Assessoria Jurídica
Escritório Autorizado

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 80736
Numero do CNS.....: 898005131972088
Nome.....: DANIEL VIEIRA RAMOS
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 17/01/1994 Idade: 22 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: IGNORADO
Nome da Mae.....: DUCILENE VIEIRA RAMOS
Endereco.....: CJ ESPERANCA II RUA JOAQUIM NABUCO 00000
Bairro.....: FLORESTA Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000996053630
Municipio.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE



DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 23820600LO
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0030
Data da Internacao: 31/08/2016
Hora da Internacao: 09:21
Medico Solicitante: 360.296.102-87 - MARIO MARCELO BARROS DOS SANTOS
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA

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

AIH- 121 610 034 720 - 9

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

MC03

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2382035 DATA: 31/08/2016 HORA: 00:51 USUARIO: RENIS
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANIEL VIEIRA RAMOS DOC.: NT
IDADE.....: 22 ANOS NASC: 17/01/1994 SEXO...: MASCULINO
ENDereco.....: CJ ESPERANCA II RUA JOAQUIM NABUCO NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: FLORESTA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....:
NOME PAI/MAE...: /DUCILENE VIEIRA RAMOS
RESPONSAVEL...: VEIO DE SAMU TEL....: NI
PROCEDENCIA...: VIA VERDE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

996053630

996053630

996053630

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: *Acidente de moto, com dor no torso*
Esq. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/1*

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Diclofenaco 75mg IM
② Dipirona 1g + ABD IV

120
120
DR. M. S. ORO

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. PATOL

SAME / HUEBB

COPIA

CONFORME ORIGINAL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

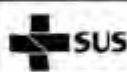
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pcte vítima de queda de moto,
com dor em ombro Esq

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trat. cirúrgico

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

Ausculte + Ex. físico + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

LAC II

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (assinatura do profissional solicitante e assistente)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (assinatura do profissional autorizador)

() CNS

() CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CPF 137.571.877-68



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

NAME: Daniel V. Ramos

IDADE: 22

REGISTRO:

ENFERMARIA:

LEITO Maca 3

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
31/8/16	LAC II Esq	1 Dieta livre		01:50h, febril
		2 SF 691, 500e IV 12/12/16 500		med. antiácido, e 1200ml
		3 Diprova 18 IV 6/6	04/01/16	sem med. analgésico
	MT Ouedz moto	4 Omeprazol 40mg 2x/dia 2x		sem med. antiácido, e 1200ml
		5 Dorzol 100mg IV 8/8h 5x		sem med. antiácido, e 1200ml
		Plasil 10 5x		sem med. antiácido, e 1200ml
		6 Menter brego na tipia		sem med. antiácido, e 1200ml



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 31/08/2016 às 10:05:23



HUERB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE
DANIEL VIEIRA RAMOS

IDADE

22

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

173

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

LAC V A ESQUERDA

PACIENTE LOTE REFERE DOR DE
BAIXA INTENSIDADE A MOBILIZAÇÃO
DO OMBRO ESQUERDO, PULSOS E
PERFUSÃO PERIFÉRICA
PRESERVADOS

SOLICITO EXAMES.

1. DIETA LIVRE

2. SF 0.9% 500ML - EV - 8/8H

3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H S/N

4. DAPIRONA 1G - EV - 6/6H

5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H S/N

6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H

7. MANTER IMOBILIZAÇÃO

SND
500 500 500

10:16:26:04

7:00hs Pac. imobilizado
devido ao espasmo de
tensão braço de ar
pressão braço 90/60
de cama TE Clavicular
Caren 38878746
17:00hs Pac. imobilizado
devido ao espasmo
no período a cateter
a duto de secreção 12x80
mmHg. Terc 35°C. Clavicular
Caren 38878746

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Rui Ramos dos Santos
FPM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1964

cliente consciente,
com nível cativo a nível
don, dor em arto
lanche oferecido.
divulga presente
TE Nélson 4/6.3/1930



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 01/09/2016 às 11:09:53



HUEB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
DANIEL VIEIRA RAMOS	22	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	179	

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
LAC V A ESQUERDA PACIENTE LOTE REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE A MOBILIZACAO DO OMBRO ESQUERDO, PULSOS E PERFUSAO PERIFERICA PRESERVADOS SOLICITO EXAMES	1. DIETA LIVRE SNP 2. SF0 9% 500ML - EV - 8/H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/H SN 4. DAPIRONA 1G - EV - 6/H 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/H SN 6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/H 7. MANTER IMOBILIZACAO Rotina	500 + 500 + 500 24 10 + 16 + 22 + 24	10:00 Pseudo orientado Tomou banho de chuveiro Recado sempre de como aguentar dor AS 16:00 no referiu que na momento duere Presença verificada 5/10 De 36°C 87.10X70 mmHg A glóia C677518 A glóia C677518 24:00 Pseudo Referi der, feita medi cabendo controle Presença: Ter. Físio Cley 03/09/2016 Spah (frente b.ore sup- vico afelgado, ven mocoando sem neta de movimento, duere for v. de 16.00mmHg

ALTA
CAPTALAR

ALTA
CAPTALAR
10/09/2016

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

→ Uru.

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. RAOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: DANIEL VIEIRA RAMOS (EME)
Requisicao: 16.PC.2.011803
Num. do BE: 02382035

Idade.: 22A
Requis.: 01/09/2016

US. Origem.: HUERB/PS *CCB*
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,78	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobinas:.....	13,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	40,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,10	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,60	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	5.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	4	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	228	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	114	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	3.990	mm3	
Linfocitos:.....	20	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.140	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	228	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 01/09/16 as 19:35 Coleta: 01/09/16 as 18:29-1a. Via Impressa: 01/09/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 MINUTO E 30 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	244.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 01/09/16 as 19:36 Coleta: 01/09/16 as 18:29-1a. Via Impressa: 01/09/16

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. KACOBES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: DANIEL VIEIRA RAMOS (EME)
Requisicao: 16.PC.2.011367
Num. do BE: 02382035

Idade.: 22A
Requis.: 31/08/2016

US. Origem.: HUERB/PS C e B
Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

Setor.....: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,83	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,90	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	42,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	87,80	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	64	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.248	mm3	
Linfocitos:.....	32	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.624	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	328	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Rosane
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 as 14:50 Coleta: 31/08/16 as 12:41-24. Via Impressa: 31/08/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 minuto e 15 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	07 minutos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	286.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 as 14:50 Coleta: 31/08/16 as 12:41-24. Via Impressa: 31/08/16

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DANIEL VIEIRA RAMOS

ID paciente:

ID amost: 49

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 2011367

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 31/08/2016

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	31	mg/dL		10 - 50
CRE	0.5	mg/dL	BAIXO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 31/08/2016

Data/Hora teste: 31/08/2016

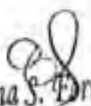
Data/Hora Impr.: 31/08/2016 13:59:24

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1


Eliana S. Correia Saraiva
Blomédica
CRBM 778/PA

 SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor Ombro E

História da Doença Atual: Queda de membro

História da Doença Anterior:

SAME / HUEB

vs

CÓPIA

Exame Físico:

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório:

LAC V

Diagnóstico Definitivo:

O membro

Dr. Marcelo A. A. Pinheiro
Otorrinolaringologista
CRM 191

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/ FISIOLÓGICA
- 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



FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

C.N.S. 700 6034 7675 7861

282/17

Nome: Daniel Vieira Ramos

Número do Prontuário: 408851



Data: 01-02-2019 Hora: 7:00

Seção: _____

Quarto: _____

Leito: _____

Data do Nascimento: 17-01-1994

Naturalidade: Rio Branco

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: masculino

Cor: _____

Estado Civil: solteiro

PIS PASEP RG CPF CERT. NASC.

700.899.791-4

Profissão: Serviços Gerais

Religião: Evangélica

Endereço Residencial: Rua Joaquim Nabuco nº 238

Bairro: Conf. Esperança Cidade: Rio Branco Estado: AC

Tel: 99781097
99781097

Endereço do Trabalho: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Tel: _____

Filiação: Lucilene Vieira Cunha e José Eliassandro R. Bezerra

Nome do Cônjuge: _____

Grau de Escolaridade: 1ª Ano

Médico Responsável: Dr. Rodrigo Nick Fernandes

Nome do Responsável: O mesmo

Nº do RG, do responsável: 700.899.791-41 CPF

Endereço do Responsável: O mesmo

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Grau de Parentesco: _____

Vânia Regis
Digitadora Al

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Daniel Vieira Ramos, Abaixo assinado, declara que se responsabiliza pela internação do paciente _____ dando plena autorização aos médicos deste Hospital para assistirem, levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade, transferirem para outro Hospital no caso de emergência intervirem cirurgicamente e empreenderem todas as investigações que julgarem necessárias para a complementação do diagnóstico.

Ainda se responsabiliza pela retirada do paciente após alta médica, tão logo lhe seja comunicada.

Rio Branco - Ac, 01 de Agosto de 2017

Daniel Vieira Ramos

Assinatura do Responsável

Nº do RG 700-849791-41 CPF _____

TERMO DE ALTA A PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____ internado na seção/quarto/leito _____ deste Hospital sem alta médica e isento os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar; Assumindo inteira responsabilidade assino.

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

2- _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido as disposições do Regulamento Interno deste Hospital, lomo conhecimento de minha ALTA DISCIPLINAR.

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

O.E: E120000001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10/2017

Num AIH: 121710029682-0

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 10/2017

Data Autorização: 01/08/2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: E120000001 CRC:
Doc autorizador: 105161598170003 Doc med resp: 204464446710003 Doc diretor clínico: 980016004327056 Doc médico solic: 204464446710003
CNS: 2001586 - FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE Prontuário: 408651
Paciente: DANIEL VIEIRA RAMOS
Data Nasc.: 17/01/1994 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc:
Responsável pac.: DANIEL VIEIRA RAMOS Nome da Mãe: DUCILENE VIEIRA RAMOS
Endereço: RUA RUA JOAQUIM NABUCO Bairro: Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (68)9998-10579 Muda Proc.7: NAO
Município: 120040 - RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-970
Procedimento solicitado: 04.08.06 037-9 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Procedimento principal: 04.08.06 037-9 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Diag. principal: 2478-OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPEDICOS ESPECIFICADOS
Complementar:
Carater atendimento: 01 - ELETIVO
Data internação: 01/08/2017 Data saída: 02/08/2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: - CNAER: -
Vínculo Previdência: - CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpf	Descrição
1	0408060379	204464446710003	225270(1)	2001586	2001586	1	08/2017	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
2	0408060379	980016283074125	225151(6)	2001586	2001586	1	08/2017	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO:
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12966, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

Código Solicitação: **208623102**Número AIH: **121710029682-0**

DADOS DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

FUNDHACRE

Unidade Executante:

FUNDHACRE

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

BR 364 KM 2 - 02 - - DISTRITO INDUSTRIAL

Central Reguladora

CENTRAL ESTADUAL - AC

Data de Solicitação

31.07.2017 - 14:33:08

Data de Autorização

31/07/2017 - 18:19:43

Data de Reserva

01.08.2017

Data de Internação

01.08.2017

Data Prevista de Alta

01.08.2017

Data de Alta

04/08/2017 - 11:54:55

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2001586

CNES:

2001586

Município Executante

RIO BRANCO

Operador

SOL.HC-JAN

Operador

REG-PAULAMARTANO

Operador

EXEC.HC-CEICA

Operador

EXEC.FUND-ADRIANA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

898005131972088

Nome do Paciente

DANIEL VIEIRA RAMOS

Nome da Mãe

DUCILENE VIEIRA RAMOS

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

17/01/1994 (23 anos)

Tipo de Moradia:

NÔMADE / CIGANO / MORADOR DE RUA

Telefone(s):

(68) 99000-0000 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

RIO BRANCO - AC

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

26070399838

CPF do Médico Executante:

26070399838

Diagnóstico Inicial - CID:

Z478 - OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPÉDICOS ESPECIFICADOS

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - CIRURGIA GERAL

Procedimento Solicitado:

RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

Nome do Médico Solicitante:

RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

Nome do Médico Executante:

RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408060379

CONDIÇÕES CLÍNICAS E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

CIRURGIA ELETIVA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

....

Condições que Justificam a Internação:

PACIENTE EM FILA DE CIRURGIA ELETIVA CADASTRADA NO CAC DESDE 05-out-16

Motivo de Impedimento do Regulador:

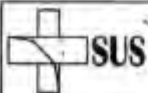
Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

31.07.2017 - 14:33:08

Data da Extração dos Dados: 04/08/2017 11:55:08



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

6- Nº DO PRONTUÁRIO

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14- CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

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

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- CÓD. ORGÃO EMISSOR

45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46- DOCUMENTO

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

48- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

54- DATA DA AUTORIZAÇÃO

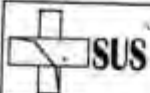
55- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

56- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

58- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2- CNES

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

6- Nº DO PRONTUÁRIO

9- SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☒ 2

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDI

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14- COD. IBGE MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Retificada material síntese
do ombro Esq

Cirurgia
Dia 05/10/16

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

test cirúrgico

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

Aus - ese + Ex físico + Rx

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Pós op LAC

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

05/10/16

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

39- CNPJ EMPRESA

40- CNIE DA EMPRESA

41- CBOR

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44- COD. ÓRGÃO EMISSOR

45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45- DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE

FUNDHACRE

NOTA DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO

UTI
AMBULATÓRIO

Nº REGISTRO:

408851

DATA:

02-08-17

CARTÃO SUS

700 6039 7655 7861

Nº DO LEITO:

SALA: 08

COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE

Daniel Vieira Ramos

PROCEDIMENTO REALIZADO

RMS MS EST. Capio Kriener

TIPO DE ANESTESIA

Local + sedação

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada					un.	Agulha Hipodérmica nº				
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE Nº				
AMP.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
fr.	MARCAINA PESADA 0,5%					un.	Atadura de Crepe				
amp.	DORMONID					un.	Atadura Gessada				
ml	LIDOCAINA 2 % S/V		1			un.	Compressa 10 x 10 gaze		100		
ml	Fentanil					un.	Compressa 45 x 50		4		
ml	LIDOCAINA 2 % CV					un.	Dreno nº				
ml	Inoval					un.	Lâmina de Bisturi nº 23				
fr.	PROPORFOL					un.	EQUIPO				
tb.	Lidocaína Gel (Xylocaina)					Par.	Luvas de Borracha nº 7,5				
fr.	Tiopental (Thionembatal)					un.	CATETER INTRAVENOSO				
fr.	Suxametônio(Quelicin)					un.	Seringa 5ml		1		
amp.	Metoclopramida (Piasil)					un.	Seringa 10ml				
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml				
amp.	RONCURONIO					un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL		1			un.	Sonda Foley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL Nº				
fr.	DECADRON					un.	FIO POLIESTER Nº				
fr.	Ketalar Tenarica 20		1			un.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Ocitocina-5u (Syntocinon)					un.	CATEGUTE SIMPLES Nº				
amp.	Metilergometrina (Metrergin)					un.	MONONYLON Nº 3-0		1		
un.	NAUSEDRON					un.	ALGODÃO Nº				
un.	SERVOFURANE					ML	ALCOOL 70%		30ml		
un.	ISOFURANE					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE		10ml		
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOOLICA		50ml		
un.	SORO RINGER 500ml		1				efazolina 18		02		
un.	SORO FISIOLÓGICO						Dipirona 18		02		

CIRURGIÃO:

Dr. Rodrigo Vitor

CIRCULANTE

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

ENFERMEIRO

HORA ENTRADA 00

HORA INICIO ANESTESIA

HORA SAÍDA 00

HORA FINAL ANESTESIA

7:00



SISTEMA
FUNDHACRE

FICHA DE ANESTESIA

Unidade do Sistema <u>MC LOM</u>				MATRÍCULA <u>405851</u>			
Data <u>03/08/17</u>		Ent.	Leito	Data Nasc. <u>17/02/1999</u>		Sexo: M ☒ F ☐	
Idade	Cor	Altura	Peso <u>60 kg</u>	Nome: <u>Donat Vazinha Ruzza</u>			
Grupo Sang.	PA <u>130 x 60</u>	Pulso					
Temp.	Resp.	Hernias	Leucóc.	HT	Hemog.		
Glicemia	Ureia	Creat.	Bil. Dir.	Ind.	Tgo	Tgo	
Ap. Resp. <u>MD</u>	Astma <u>neg</u>	Bronquite	Complacência	M. Ves <u>0</u>			
Ap. Circ. Eog <u>R. H. M. 100</u>				Alergia <u>neg</u>			
Ap. Digestivo Dentes				Pesoço	Peça Dent. <u>0</u>		
Estado Mental <u>LO 10</u>				Drogas em Uso <u>neg</u>			
Aparelho Urinário							
Diagnóstico Pré Op. <u>Pós-op LAC</u>							
Anestesia Anteriores	Asa <u>8</u>			Risco			
Medic. Pré-Anest.				Hora	Efeito		
Hora <u>8:15</u>	<u>1:30</u>						
GASES	O ₂						
	N ₂ O						
Líquidos		SBC SVC					
CÓDIGO V P Arterial O Pulso O - Respiração A X Anestesia O Operação	260						
	240						
	220						
	200						
	180						
	160						
	140						
	120						
	100						
	80						
60							
40							
20							

Simbolos

- DROGAS ADMINISTRADAS
- 1º Monitoração cardíaca
 - 2º Monitoração respiratória
 - 3º Monitoração hemodinâmica
 - 4º Propofol 50 + 50 mg
 - 5º Gálio 200 mg
 - 6º Gálio 200 mg
 - 7º Gálio 200 mg
 - 8º Gálio 200 mg
 - 9º Gálio 200 mg
 - 10º Gálio 200 mg
 - 11º Gálio 200 mg
 - 12º Gálio 200 mg
 - 13º Gálio 200 mg
 - 14º Gálio 200 mg
 - 15º Gálio 200 mg

TÉCNICA: Intubação

CIRURGIA: R. H. S.

CIRURGIÕES: Dr. R. H. S. Vaz + equipe

MONITORAÇÃO: Pulso 100 x 50 mm

OBS:

Carimbo

ANESTESIOLOGISTA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

INDICAR
IDOSO
TUCUMÃ
CRÂNICA
A MULHER
M. MONTE

Clínica Autopatia
Enfermaria _____
Leito _____

MATRÍCULA

Data Nasc.: ____/____/____

Sexo: M ☒ F ☐

Nome: Daniel Vieira Gomes

URGÊNCIA

Realizada em 01/08/14

Hora de Início: _____

Término: _____

Duração: _____

URGÊNCIA

Cirurgia de



Pequeno porte



Médio porte



Grande porte

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Responsável (s)

Dr. Rodrigo Vilela

CRM

Cirúrgica

Dr. José Roberto / Dr. Lourenço

Assistente(s) Dr(s)

Dr. Luciano / Dr. Gilson

Localizador(a)

Sala de Cirurgia _____

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Óstio Pré-operatório

hemangioma anêmico da cavidade (1,15 quadrado)

Óstio Histopatológico

Óstio Pré-operatório

Cirurgia Realizada

Remoção de Fx's da cavidade esquerda

Cirurgia Curativa



Doença Residual Microscópica



Doença Residual Macroscópica



Patologia Benigna



NAO HOUVE

Descrição das Intercondições

Contaminação



Cirurgia Limpa



Potencialmente Contaminada



Contaminada

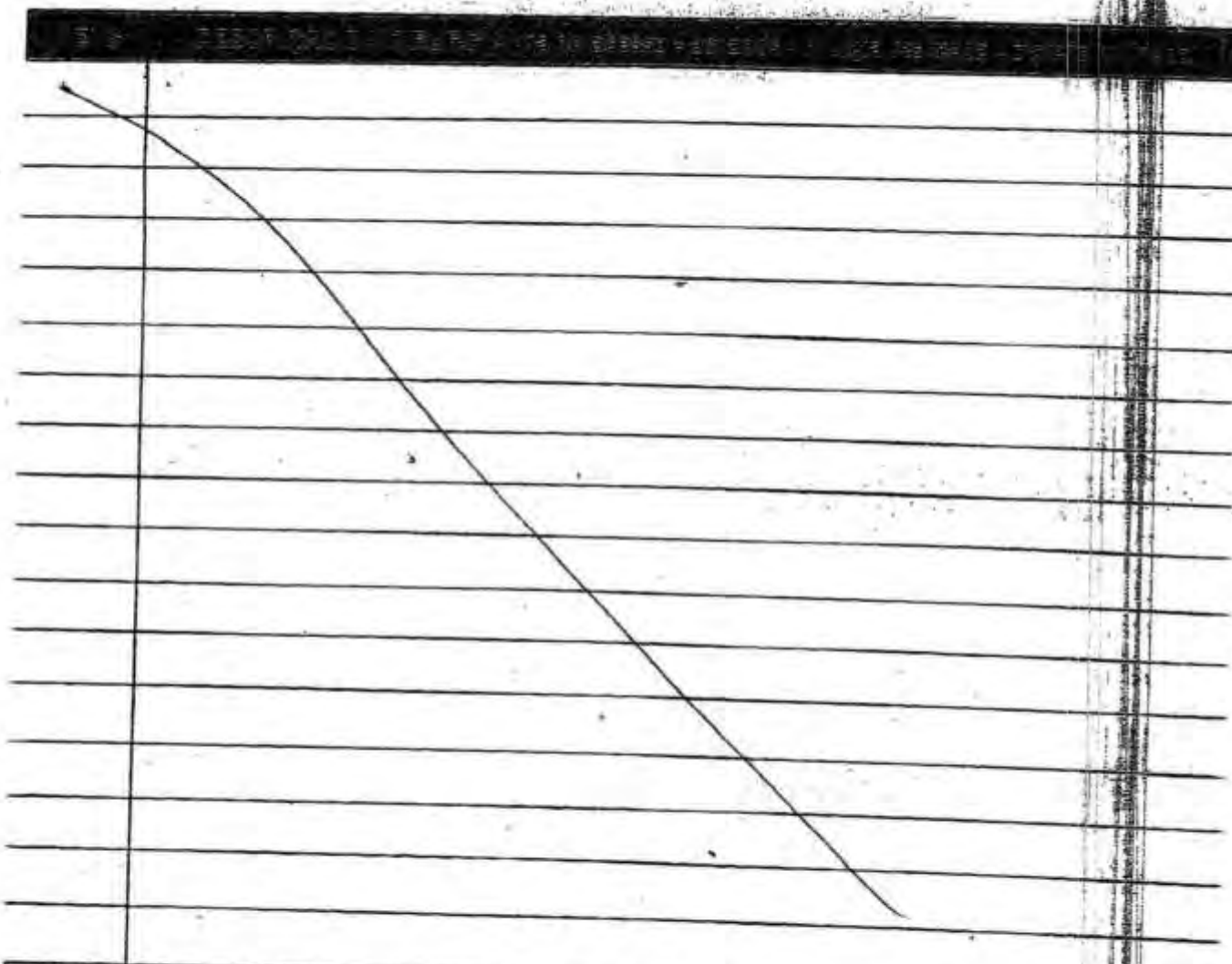


Cirurgia Limpa



Suje

01. Incisão em "coluna de prola" sobre o tumor
02. Anestesia e contaminação + colocação de campo estéril
03. Exatidão da região lateral do membro esquerdo
04. Retirada de 02 Fx's
05. Retirada de 01 SBO 3x
06. Abertura externa



ESQUEMA DOS ACHADOS - RELAÇÃO DE DRENOS/ESTOMAS

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Carimbo
 Dr. Maria Ferreira
 PHA Unidade de Hematologia
 CRM - AL 1933

Data 01/03/12

CRM

--	--	--	--	--

Dr. Maria Ferreira
 PHA Unidade de Hematologia
 CRM - AL 1933

Assinatura do Responsável
 pela Cirurgia



SISTEMA
FUNDACRE

FORMULÁRIO

PERIÓDICO

☐ CIRURGIA ELETIVA

Clinica _____

☐ URGÊNCIA

Enfermaria _____

Leito _____

MATRÍCULA

Data Nasc. ____/____/____

Sexo M ☐ F ☐

Nome Daniel Wilson Ribeiro

Data 01/08/17

Hora 7:00h

Idade 23

Cirurgia de

☐ Pequeno porte

☐ Médio porte

☐ Grande porte

Procedimento cirúrgico proposto

RMS

Aspectos relevantes do exame físico

Admitido para o exame aos
condições de 100% de lucidez. Não apresenta
distúrbios de consciência. Não apresenta
alterações neurológicas. Exame físico
normal. Ausência de sinais
laboratoriais.

Sinais vitais:

PA: 110 x 70 mmHg

FC: _____

TAX: _____

Orientações

Peso: 60 kg

Alt: 1,69 m

DATA 01/08/17

COREN

88888

Carimbo

ASSINATURA

ENFERMARIA: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ GERIATRIA ☐ UTI DATA ____/____/____ Hora ____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado

JEJUM: ☐ Sim ☐ Não

TRICOTOMIA: ☐ Sim ☐ Não

PROTESE: ☐ Sim ☐ Não

USO DE 'PRÉ-ANESTÉSICO: ☐ Sim ☐ Não

PRONTUÁRIO COMPLETO: ☐ Sim ☐ Não

SINAIS VITAIS: PA _____ mm/Hg T. _____ °C P. _____ b.p.m R. _____ l.p.m

OBS: _____

DATA ____/____/____

COREN

88888

Carimbo

ASSINATURA

HORA DA ENTRADA NO C.C.: 08:25 HORA DA ENTRADA NA S.O.: _____ SALA: _____
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso
INTEGRIDADE CUTÂNEA: ☒ Sim ☐ Não
ALERGIA: ☐ Sim ☒ Não

OBS: _____

DATA 01.08.17

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Tec. Cacery
ASSINATURA

ESQUEMA: ☐ Não ☐ Sim Local: _____ Início: _____ h Término: _____ h
Início: _____ h Término: _____ h
CARACTERISMO VESICAL: ☐ Não ☐ Sim Sonda N° _____ ☐ 2 VIA ☐ 2 VIA ENF: _____
HEMOTRANSFUSÃO: ☐ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____
LABORATÓRIO: ☐ Histopatológico ☐ Cultura ☐ Citologia
HORA DO TÉRMINO DA CIRURGIA: _____ h HORA DA SAÍDA DA S.O.: _____ h

OBS: _____

ENCAMINHADO PARA:

CIRCULANTE:

RECEBIDO NA RPA ÀS: 8:55 h
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso
HIDRATAÇÃO VENOSA: MSD - 580,9% 100ml Condições: em curso
CURATIVO CIRÚRGICO: Local: ombro esquerdo Condições: adesivo compressivo
DRENAGENS: Tipo: _____ Tipo: limpeza
HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____
ELIMINAÇÕES: ☒ Não ☐ Sim
EXTREMIDADES: Aquecidas: ☒ Frias: ☐ Cianóticas: ☐ Profundidas: ☒
SINAIS VITAIS: PA 124x67 mm/Hg T: _____ °C P 68 b.p.m. SpO2 97% rpm

OBS: POC de RMS de ombro esquerdo sob
anestesia local + sedação

HORA DA ALTA: _____ Acordado: ☒ Sonolento: ☐

ENCAMINHADO PARA: alta p/ casa do CC

DATA 01.08.17

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Tec. M^{te} Cassiano
ASSINATURA

anexo ficha CAC



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- ☐ H. FUNDACRE
- ☐ H. DO IDOSO
- ☐ POLICLINICA TUCUMÃ
- ☐ H. DA CRIANÇA
- ☐ C. I DA MULHER
- ☐ H. M. M. MONTE R.
- ☐ CACON

Clinica _____
Enferm. / leito _____
UTI - leito _____

MATRÍCULA

☐☐☐☐☐☐☐

Data Nasc.: ____/____/____

Sexo: M ☒ F ☐

Nome: Daniel Vieira Renna

Observações: _____

PRESCRIÇÃO PARA O DIA: 01/08/11

ITENS

DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS

VIA

HORÁRIO:

- Paciente realizar imediatamente cirurgia
(retirada da FN's de ombro esquerdo) e suturas
eios.

- 40. Hs + Curto + Orientação + Retorno
ao ambulatório após 15 dias.

Dr. Carla Faria

CRM: 10000 / 10000
Especialidade: Neurologia
Cidade: 1000

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACDES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: DANIEL VIEIRA RAMOS (EME)
Requisicao: 16.PC.2.011367
Num. do BE: 02382035

Idade...: 22A
Requis.: 31/08

23

US. Origem.: HUERB/PS $\frac{1}{2}$ & $\frac{1}{2}$
Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 195

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)...	4,83	mm ³	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm ³
Hemoglobina:.....	13,90	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematócrito:.....	42,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	87,80	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.200	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Eosinófilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Mielócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Metamielócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Segmentados:.....	64	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.248	mm ³	
Linfócitos:.....	32	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.624	mm ³	
Monócitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	328	mm ³	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 às 14:50 Coleta: 31/08/16 às 12:41-2a. Via Impressa: 31/08/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	01 minuto e 15 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:.....	07 minutos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:.....	286.000 /mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 às 14:50 Coleta: 31/08/16 às 12:41-2a. Via Impressa: 31/08/16

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DANIEL VIETRA RAMOS

ID paciente:

ID amost: 49

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 2011367

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 31/08/2016

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	31	mg/dL		10 - 50
CRE	0.5	mg/dL	BAIXO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 31/08/2016

Data/Hora teste: 31/08/2016

Data/Hora impr.: 31/08/2016 13:59:24

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Elisiana S. Pereira Saratva
Biomédica
CRBM 778/PA

DIVISÃO DE CENTRO CIRURGICO
CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC
AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE: Daniel Vieira Ramos

DIAGNÓSTICO (DX)

Consolidação LAC IV ESQ

PROCEDIMENTO

RMS

CIRURGICO PROPOSTO:

NECESSIDADE DE ANESTESIOLOGISTA ?

SIM ()

NÃO (X)

(2h30min / 042)

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

DATA DA CIRURGIA

08 / 11 / 16

DATA DA INTERNAÇÃO

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ORTESES E PRÓTESES)

cx bssic2

SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO POS OPERATORIA EM DIAS

HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO

OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA ASSINATURA DESTA.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO:

Carimbo circular: Divisão de Centro Cirúrgico, Hospital das Clínicas, 20

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

NÚMERO DO CARTÃO SUS

NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (FUNDHACRE)

PACIENTE RESIDE EM:

TELEFONES PARA CONTATO:

FIXO

CELULAR

RECADO

Falar com:

PACIENTE : () DIABÉTICO () HIPERTENSO () DEFICIENTE FÍSICO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Quem recebeu as orientações e assina este termo: () Paciente () Responsável:

Nome Completo: Daniel V. Ramos

Endereço: _____

Data de nascimento: / / , CPF:

R.G.: , Grau de parentesco:

Pelo presente termo, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s): RMS

do(a) Dr.(a) Rodrigo Vitor, inscrito(a) no CRM sob o n.º e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns):

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: _____

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco - Acre, / / , Hora:

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____

Dr. Marcelo A. A. Parente
Ortopedia e Traumatologia
PRM 1794

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Quem recebeu as orientações e assina este termo: () Paciente () Responsável

Nome Completo: Deniel V. Ramos

Endereço: _____

Data de nascimento: / / , CPF: _____

R.G.: _____, Grau de parentesco: _____

Pelo presente termo, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s): RMS

_____, por indicação do(a) Dr.(a) Rodrigo Nick, inscrito(a) no CRM sob o n.º _____ e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns):

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: _____

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco - Acre, / / Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____

Dr. Marcelo A. A. Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
PRM 1794



RECEITUÁRIO MÉDICO

CRM/RN DANIEL V. VIRA RAMOS

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14-FEV-2019

PROTOCOLO
S. RIO BRANCO

Laudo Médico

Paciente esteve em acompanhamento ambulatorial, do pós-operatório de LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR já finalizou fisioterapia. Encontra-se com arco de movimento funcional, sem dor no ombro após trabalho, durante longo período, com o ombro elevado.

Já de ALTA AMBULATORIAL.

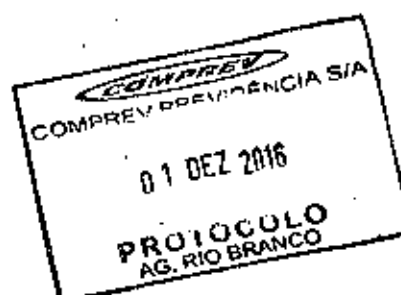
CID S43.1

S. Rio Branco - Ac. 23.10.18

Rodrigo Vici, Fernando Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN

IMPRESSÃO e ASSINATURA

15.11.2018 - 02 Diário Industrial (p. 008) - 10.11.2018 - 02 Diário Industrial (p. 008) - 10.11.2018 - 02 Diário Industrial (p. 008)

[illegible]



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
SECRETARIA DE TRABALHO E EMPREGO

NUMBER 286 509

Doc 001-FC

Alexandra V. Machado
ASSINATURA DO PORTADOR

**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

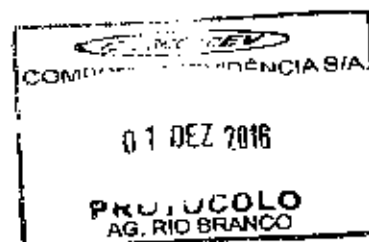
Nome: Alexsandra Helpate Machado

The New Orleans 145C 18 of 1973
 Lucien Gite Volpato
 Marilda Esparcida Batista Volpato
 On 11/23/1973 at 11:00 AM

ESTRANGHEIROS

Chegada ao Brasil em _____ Dia _____ Mês _____
 Sup. em _____ Estado _____
 Oba _____
 Data Emissão: 10/10/2010 Dia _____ Mês _____

Received by the U.S. Government
on 12-14-61 at 10:10
from the U.S. Navy
Signature of Contractor

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE SANTA CATARINA

Município de Anitápolis - Comarca de Santo Amaro da Imperatriz

NORMA BEPLER MOTTA

Oficial do Registro Civil

Form (0482) 56-105

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que a fls. 96 do livro n.º B-9 de Registro de Casamento, consta o termo n.º 96 o de WALDIR MACHADO
-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X- com des. ALESSANDRA VOLPATO
-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X- celebrado perante o J. de Paz "Ad Hoc", sr. Wilmair Coelho com as testemunhas Jaír da Rosa, Maria Apareci-da Machado da Rosa e Santino Alberto Putrikus, Maria da Glória V. Putrikus, no dia 07 de abril de 1989, Ela, solteira, de profissão desconhecida, nascida em ANITÁPOLIS-SC, no dia 05 de agosto de 1965, filho de ADOLFO JOAQUIM MACHADO e da LOURENA MICHELIS MACHADO, Ela, solteira, de profissão do lar, nascida em ORLEANS-SC no dia 18 de fevereiro de 1973, filha de CELITO VOLPATO
-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X- e de MARILDA APARECIDA BATISTA VOLPATO foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180 ns. 1, 2, 3 e 4.

O casamento foi feito pelo regime da Comunhão Universal bens e pela nubente foi declarado que nunca casou-se ALESSANDRA VOLPATO MACHADO.

Observações: Nada consta.

Busca - Cr\$ 700,00
Rasc - Cr\$ 700,00
Certidão - Cr\$ 700,00
Total - Cr\$ 2.100,00

83 801 605/0001 - 09

ANITÁPOLIS CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO

Rua Gonçalves Junior, 157

Centro - CEP 88.475

ANITÁPOLIS - SC

ANITÁPOLIS, 24 de maio de 1994

PRO. COLO
AG. RIO BRANCO

Norma Bepler Motta
Oficial do Registro Civil

NORMA BEPLER MOTTA

Oficial do Registro Civil

Escrit. de Paz - Tabelão

Anitápolis

Comarca de S. Amaro da Imperatriz - SC