



PROCURAÇÃO (AD JUDICIA)

OUTORGANTE(S): JULIA DA SILVA SERAFIM, brasileira, solteira, professora, portador do RG nº 10815619 SSP/AC e CPF nº 019.531.672-09, residente e domiciliado em Rio Branco/AC, na Rua Idelfonso de Almeida nº 66, bairro Wanderley Dantas, CEP 69.902-855, telefone: 68 99911-1886.

OUTORGADO(S): CLAUDY LIMA DA SILVA, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o n. OAB/AC 4.575, com endereço profissional à Avenida Ceará, nº 2346, Sala B, Centro, Rio Branco/AC, CEP 69.910-130 (Anexo da empresa Domonte Curso de Vigilantes).

PODERES E FINS: são outorgados todos os poderes da cláusula *ad judicium*, podendo o outorgado propor ações, representa-los naquelas em curso, transacionar, dar e receber quitação, levantar valores de alvará, substabelecer com ou sem reserva de poderes, representar os outorgantes em audiências, inclusive de conciliação e instrução e julgamento, podendo atuar em todas as esferas e instâncias, sejam administrativas ou judiciais, tudo para a defesa dos interesses do outorgante.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Rio Branco/AC, 11 de Fevereiro de 2020.

Outorgante: **JULIA DA SILVA SERAFIM**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		AC
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1480354590	NOME JULIA DA SILVA SERAFIM	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 10815619 SSP AC
		CPF 019.531.672-09
	DATA NASCIMENTO 24/04/1994	
	FILIAÇÃO MOISES DA SILVA SERAFIM DAVINA MOREIRA DA SILVA	
	PERMISSÃO 	
ACC 	CAT. HAB AB	
N° REGISTRO 05607461989	VALIDADE 02/06/2022	1ª HABILITAÇÃO 01/10/2012
PROIBIDO PLASTIFICAR 1480354590	OBSERVAÇÕES 	
	ASSINATURA DO PORTADOR <i>Julia da Silva Serafim</i>	
	LOCAL RIO BRANCO, AC	DATA EMISSÃO 29/08/2017
	ASSINATURA DO EMISSOR 	
	ACRE	



CLAUDY SILVA & Associados
Advocacia Cível, Criminal e Trabalhista

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA COM PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA

Pela presente e na melhor forma de direito, **JULIA DA SILVA SERAFIM**, brasileira, solteira, professora, portador do RG nº 10815619 SSP/AC e CPF nº 019.531.672-09, residente e domiciliado em Rio Branco/AC, na Rua Idefonso de Almeida nº 66, bairro Wanderley Dantas, CEP 69.902-855, telefone: 68 99911-1886, para os fins específicos do beneplácito previsto no inciso LXXIV, do artigo 5º da Constituição Federal, c/c a Lei nº 1.060/50, artigo 1º da Lei nº 7.115/83 e nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil), **DECLARA**, sob as penas da lei, não ter condições financeiras de arcar com custas e despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, razão pela qual requer o deferimento da concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo.

Rio Branco/AC, 11 de fevereiro de 2020.

JULIA DA SILVA SERAFIM



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

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0086400-5

Nº da Nota Fiscal

005131197

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	23/07/2019	94	61,53

DAVINA MOREIRA DA SILVA
R. IDELFONSO DE ALMEIDA 66 WANDERLEY DANTAS
CPF: 00032194773215
CEP: 69.902-855 - RIO BRANCO

ROT: 14.001.14.09.001710

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	13223		Atual:	16/07/2019
Anterior:	13129		Anterior:	14/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	15/08/2019
Consumo Medido:	94		Emissão:	15/07/2019
Consumo Faturado:	94	FCAM	Apresentação:	16/07/2019

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7155299		1.1.1.1	74

HISTÓRICO kWh	
Mês/ano consumo	
JUN/19	77
MAI/19	85
ABR/19	80
MAR/19	92
FEV/19	83
JAN/19	88
DEZ/18	60
NOV/18	76
OUT/18	68
SET/18	70

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 94 - 0,605270

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	94 A R\$ 0,610028 = 57,34
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,84
CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00	0,11
MULTA POR ATRASO 06/19-00	0,97
JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00	0,27
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	-



MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 15/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO FAA2.AEF5.6F7D.1AEA.C772.DE53.889D.BD25

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	22,21	Base de Cálculo:	
Energia:	26,33	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	0,67	Valor do ICMS:	
Encargos:	7,69	Valor do PIS:	0,14%
Tributos:	0,44	Valor do COFINS:	0,64%
			0,08
			0,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
Realizado	0,72			1,00			0,72	

Conjunto: SAO FRANCISCO

Período de apuração: 05/2019 EUSD: 31,56

ROT: 14.001.14.09.001710



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46

SEU CÓDIGO

0086400-5

TOTAL A PAGAR - R\$

61,53

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

23/07/2019

Nº da Nota Fiscal: 005131197 FCAM

83650000000 2 61530045000 9 000000000086 9 40050719008 2





Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE



ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente

Julia da Silva

Seropim

necessita de

15

(

-

Ceigo

)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID:

S62.3

Rio Branco AC, 27/07/2019

Assinatura do Médico com C.R.M.
CRM 2106 AC
PRM Orobádo & Tereza Augusta

Assinatura do Médico com C.R.M.

NOTA:

Este atestado é válido para as finalidades no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho

DETRAN
ACRE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Novo Acre
Governo parceiro, povo empreendedor

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO 15.814

0023005
NÚMERO FOLHA

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

Av. Antonio da Rocha Viana, nº 3404

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

Em frente ao CEAC

06 HORA DA OCORRÊNCIA

09:30

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

12/07/19

09 DIA DA SEMANA

Sábado

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐
COM VÍTIMAS ☒

Marcelle Lira Franca

17 SEXO

fem.

18 NASCIMENTO

18.08.93

19 ENDEREÇO

Rua Licinio de Azevedo, 253, Xavier Maia (3228-3621)

20 1ª HABILITAÇÃO

01.11.2012

21 CATEGORIA

B

22 PRONTUÁRIO

05632782473

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

RENAULT LOGAN PR 1.6

28 ESPÉCIE

passageiro

29 PLACA

m2x-1853

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Marcelo do Nascimento Franca

33 ENDEREÇO

Rua Licinio de Azevedo, 253, Xavier Maia (3228-3621)

34 CHASSIS

#93YLSR29H9J268567#

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

36 AVARIAS

setor frontal e lateral esquerdo

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

baixo - centro, iniciando conversão a esquerda

40 AÇÃO DO CONDUTOR

permaneceu no local

42 NOME CONDUTOR

Julia da Silva Serafim

43 SEXO

fem.

44 NASCIMENTO

24.04.94

45 ENDEREÇO

Rua Idelfonso de Almeida, 66, Vanderlei Dantas (9994-1800)

46 1ª HABILITAÇÃO

04.10.2012

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

05607461989

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

YAMAHA FZ25 FAZER

54 ESPÉCIE

passageiro

55 PLACA

NXT-1514

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Duzene Serafim Freire

59 ENDEREÇO

Rua Idelfonso de Almeida, 66, Vanderlei Dantas (9994-1800)

60 CHASSIS

#9C6RG5010K0009303#

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

62 AVARIAS

setor lateral esquerdo e direito, e frontal

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

baixo - centro

66 AÇÃO DO CONDUTOR

conduzido a

68 NOME

CONFERE COM O ORIGINAL

71 ENDEREÇO

EM: 31/07/19
Gauz Felipe G. Moraes

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

EM: 31/07/19
Gauz Felipe G. Moraes

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

EM: 31/07/19
Gauz Felipe G. Moraes

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

TESTEMUNHAS

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

VÍTIMAS	82 NOME	Julia da Silva Serafim			83 SEXO	M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO	24/04/1941				
	85 ENDEREÇO	Rua Silveira de Almeida, 66, Av. 22, Maia			86 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	2				
	88 USAVA CINTO	SIM ☐ NÃO ☒			89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR ☒ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐			90 CONDUZIDA PARA	Pronto Socorro		
	91 NOME				92 SEXO	M ☐ F ☐	93 NASCIMENTO					
	94 ENDEREÇO				95 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº					
	97 USAVA CINTO	SIM ☐ NÃO ☒			98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR ☐ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐			99 CONDUZIDA PARA			

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

VERE COM O ORIGINAL

EM: 31/04/19

João Luiz G. Morais

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo-vos que houve uma colisão entre o V1 - Acidente que vitimou a condutora do V2, que foi encaminhada ao Pronto Socorro em uma ambulância do SAMU. A polícia Técnica realizou a perícia no local. O motociclista ficou sob a responsabilidade de Adão Cavalcante Mendes (233.598.54).

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V1	103 MOTORISTA	V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	3º Sgt PM/BPTAN
105 NOME	Marcella Bira Franca	106 NOME	Julia da Silva Serafim	107 NOME / RG	Tompson - 3416
108 ASSINATURA	Marcella Bira Franca	109 ASSINATURA	Julia da Silva Serafim	110 ASSINATURA	[Assinatura]
111 LOCAL	Rio Branco - Acre	112 DATA	27/07/19		



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028486/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 937.266.607-63	Placa MZX1853
Renavam 00163595275	Número do Motor K4MD694Q016823
Número do Chassi 93YLSR29H9J268567	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor PRATA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo RENAULT/LOGAN PRI 1616V
Modelo RENAULT/LOGAN PRI 1616V	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 27/08/2009	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Marcela Lira França	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 359.750.592-91	Placa NXT1514
Renavam 01157190712	Número do Motor G3K1E-009352
Número do Chassi 9C6RG5010K0009303	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor PRETA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo YAMAHA/FZ25 FAZER
Modelo YAMAHA/FZ25 FAZER	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 04/07/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Luzirene Serafim Freire	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que estava conduzindo sua motocicleta de placa NXT 1514, em nome de Luzirene Serafim Freire, pela Avenida Antonio da Rocha Viana, quando foi surpreendida pela suposta autora do fato, que estava trafegando na mesma via, e no momento em que iria mudar de mão, fez com que a vítima colidisse com o carro da mesma; QUE caiu e sofreu lesão no braço esquerdo, e diversas escoriações; QUE foi atendida pelo SAMU e levada ao Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco; QUE deseja que sejam tomadas as providências cabíveis.

ASSINATURAS

Victor Barbosa Mendes
Agente de Polícia
Matrícula 94086571
Responsável pelo Atendimento

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



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Impresso por: Victor Barbosa Mendes
Data de Impressão: 31/07/2019 10:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT

Paciente: IVILIA DA SILVA FERREIRA Idade: _____ Leito: _____ Registro: _____

Sector: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI

☒ Rato x BACINA NAROTOMIA ☐ USG
☒ PUNHO ESQ ☐ UCG
☐ _____ ☐ Ecocardiograma
☐ Outros _____ ☐ EDA

Indicação: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Indicação: _____

Data: 20/07/19 ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO: [Assinatura] Nº CONSELHO: _____

Laudos: _____

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO PACIENTE	12:30h - Recusado na OBS. do Trauma, em maca, orientada a Portando AUP em MSE sem redução. Segue em observação			IDADE					
QUEIXA PRINCIPAL				COMORBIDADES					
FLUXOGRAMA	ag. av. do Neuro + Ortopedia			Gabriel Silva COREN/AC 433.819					
DISCRIMINADOR	15:00h. Solicitado av. Ortopedia.			Enfermeira	Peso:				
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR	 () 10 () 9-8 () 7 () 6-5 () 4-3 () 2-1 () 0					Glicemia:	mg/dL	Glasgow: Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos			() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:			HORÁRIO:		
RECLASSIFICAÇÃO	16:00h - Solicitado av. do Neuro.			Gabriel Silva COREN/AC 433.819 Enfermeira					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

27/07/19 - Av. Gelgea
Fadado 5 vezes no tratamento

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

Assinatura de: Alb de UCR

Anotações/Intercorrências:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

09:45 h. Paciente deu entrada no trauma, de sexo masculino, após colisão moto x carro. Pt veio decubulando, cupiúba acordada, colaborativa. Apresentando escoriações no joelho D, mão D, ombro e braço E. Relata lombalgia. SSV PA: 121 x 77 mmHg. FC: 67 bpm. SpO2: 98%.

27/07/19
11:53 C. qual
Tda coluna lombar: não em dor aguda
Rx de pulso: disrupção afastamento da superfície periosteal?
Pt de pulso apertado: 100% de vascularização distal.
Ponto fixo - a de lombalgia.
condição: 1/ Av. Ortopedia
2/ Av. Neurologia
3/ Av. Urologia.

Juar. Miguel Salazar
Médico - Cirurgião Geral
CRM-AC 1653

IS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2658946 DATA: 27/07/2019 HORA: 09:45 USUARIO: ERICO
 CNS: 700601446479063 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JULIA DA SILVA SERAFIM DOC...: CART.SUS
 IDADE.....: 25 ANOS NASC: 24/04/1994 SEXO...: FEMININO
 ENDERECO.....: RUA IDELFONSO DE ALMEIDA NUMERO: 66
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: WANDERLEY DANTAS
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: MOISES DA SILVA SERAFIM /DAVINA MOREIRA DA SILVA
 RESPONSAVEL...: TIA - LUZIA DA SILVA TEL....: 992297108
 PROCEDENCIA...: VILA IVONETE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[121 X 77 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[67] SPO2[98%]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Porta de entrada de edema notório, hoje do pulso sem dor lateral do
 sem color arterial. Fazia uso de capote, mas parou de consumir.
 queixas de dor em HSE, coluna lombar e pulso. Algo aliado, alguns dias de
 UT a dor de os ossos. A: um ano pulso. B: MUC mltiplos, Ausculto de intestino.
 OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 Escala da dor: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]
 pulso estável para coloração a realização, alguns dias de

DIAGNOSTICO: indolência a polipatia. M: polipatia.

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) furorel 100mg + 100a/di 50-91 (F)	10
2) furorel com 40mg (F)	10:03
3) e de coluna lombar	
4) Rx de Bacia e pulso esquerdo	11:30

DATA DA SAIDA: / / 51 DT (F) 6) unofite
 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.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

12:03 hs encaminhado p/
 exames do trauma, Rt lombar, espinha, axila
 coletores. Com fratura em curso em HSE.
 aguarda anal. de urina e tox + C. Grial.

Gelcicles S. B. Vieira
 Enfermeira
 COREN-AC 368.293

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272599/19

Vítima: JULIA DA SILVA SERAFIM

CPF: 019.531.672-09

Data do acidente: 27/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIA DA SILVA SERAFIM

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JULIA DA SILVA SERAFIM : 019.531.672-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

comprov

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: 09/08/2019
Nome: JULIA DA SILVA SERAFIM
CPF: 019.531.672-09

JULIA DA SILVA SERAFIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 7779 7 CONTA: 8083 0

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

fls. 22

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620008

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JULIA DA SILVA SERAFIM

Data do acidente: 27/07/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 31/07/2019 Hora emissão: 10:15 Operador:
Nº da Ocorrência 1907270023	Qtd. Vítimas 1	D/Hr Início: 27/07/2019 09:02 D/Hr Término: 27/07/2019 09:52	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUEDA	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: RENATA
End.: R ANTONIO DA ROCHA VIANA
Bairro: **** SELECIONE ****
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: ENFRETE AO HORTO FLORESTAL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 984021936
Queixa: QUEDA DO MOTO / VIVONETE

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA



VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1 JULIA DA SILVA SERAFIM Classificação: ADULTO Endereço: R	Idade: 25 ANO(s) CNS:	Sexo: FEMININO Documento:
-------------	---	--------------------------	------------------------------

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA Avaliação: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO LOTE DE FORMIDADE DEDO DA MÃO ESQUERDA	Data/Hora: 27/07/2019 09:35
Vítima 1	Profissional: JESSICA SILVA COSTA Avaliação: VITIMA AO SOLO. SANGRAMENTO EM PUNHO E BRAÇO.	Data/Hora: 27/07/2019 09:04

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 27/07/2019 09:35	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 27/07/2019 09:35	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 27/07/2019 09:35	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 27/07/2019 09:35	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 27/07/2019 09:35	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 27/07/2019 09:35	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

RECER:
29.11.2019
J. J. J.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Julia Jo Silva

AO AMBULATÓRIO EM 5 DIAS

DR: Mouk Pinto

DT: 27/04/12 DC: 27/07/12

DIAGNÓSTICO: La S Metacarpo 5

CONDUTA: Trat. Conservador

CUIDADOS GERAIS:

- ☒ COMPARECER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM RXs EM MÃOS
- ☒ FAZER CURATIVO DIARIAMENTE
- ☒ USAR TALA () USAR GESSO () USAR TIPÓIA
- () NÃO PIÇAR
- ☒ FAZER USO DAS MEDIAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO
- () MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO:
- () RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA
- ()

AGENDAMENTO

- () PS - REGULAÇÃO DE LEITOS
- () FUNDHACRE

RIO BRANCO-AC 27/07/12

RECER: 27/07/12
PRM e TCM
2106 AC