



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07105816520198010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	22/10/2020 16:47:34

Partes

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

Documentos

Petição:	2760292_CONTESTACAO_0 1 - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	2760292_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2760292_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 11-18.pdf
Anexo - Petição:	2760292_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 19-24.pdf
Anexo - Petição:	2760292_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	2760292_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	2760292_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 19-23.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

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: 07105816520198010001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **JOAO VITOR BENTES DA SILVA** representado por **FRANCIANE NOGUEIRA MONTEIRO**, 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 **29/03/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **29/11/2018**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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;

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 29/11/2018 após 8 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 29/03/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

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

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)

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art. 7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Trazemos a colação o entendimento da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná no julgamento da apelação cível Nº 1.658.910-1, no qual a Câmara entendeu concordou com o i. Relator o qual ressaltou a importância dos princípios de celeridade e economia processual, no sentido de que não faz sentido a Lei prever o direito de regresso à Seguradora quando a ocorrência de proprietário inadimplente e condena-la a realizar o pagamento do seguro, vejamos trecho do julgado:

“Tal entendimento também já tinha sido exposto, mesmo que indiretamente, na Lei 8.441/92, que alterou a Lei 6.194/74, passando a prever o direito de regresso da seguradora em face do proprietário inadimplente em seu art. 7º, §1º, [...]”

Ora, se a seguradora possui direito de regresso dos valores despendidos com a vítima em face do proprietário inadimplente, por decorrência lógica, quando o proprietário inadimplente também figurar como vítima, não há o que se falar em indenização, **caso contrário este seria credor e devedor da mesma obrigação, configurando o instituto da confusão, devendo a obrigação ser extinta, nos termos do art. 381, CC.**

Também **não há como defender a tese de que a indenização é devida pois caput do artigo obriga o pagamento, enquanto seu parágrafo primeiro faculta o direito de regresso, haja vista os princípios de celeridade e economia processual, que visam a obtenção do máximo rendimento da lei com o mínimo de atos processuais, não sendo razoável condenar alguém em face de outra pessoa, a qual detenha o direito de regresso.**

[...]

Diante do exposto, dou provimento ao apelo, para reformar a sentença e julgar improcedente a lide, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor da causa.

ACORDAM os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator.

Nesta esteira trazemos os seguintes arrestos:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO – VÍTIMA QUE É A PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO – INADIMPLÊNCIA VERIFICADA – INDENIZAÇÃO INDEVIDA – INTERPRETAÇÃO DA SÚMULA 257 DO STJ EM CONFORMIDADE COM AS DEMAIS DISPOSIÇÕES VIGENTES ACERCA DA MATÉRIA – EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS INICIAIS – INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro obrigatório DPVAT. Dever de indenizar. Vítima proprietária do veículo. Inadimplência do prêmio do seguro obrigatório à época do sinistro. Indenização indevida. Inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. Instituto da confusão configurado. Inteligência do art. 381 do Código Civil. Extinção da obrigação. Ônus de sucumbência. Readequação. Recurso provido.

1. Art. 17. §2º Resolução SUSEP 332/2015: “Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização.”

2. Art. 381 do Código Civil: “Extingue-se a obrigação, desde que na mesma pessoa se confundam as qualidades de credor e devedor.

3. Com o provimento do recurso de apelação em relação ao mérito, deve ser readequado o ônus de sucumbência.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0004500-96.2017.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Desembargador Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima - J. 08.11.2018)

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

⁴RECURSO 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.

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.”

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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 citação⁶.

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 ação⁷

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

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

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. DIEGO PAULI**, inscrito na **OAB/AC 3988**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 22 de outubro de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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-pentoneais 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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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 **JOAO VITOR BENTES DA SILVA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07105816520198010001.

Rio de Janeiro, 22 de outubro 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. **07105816520198010001**, que tramita **4ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Às 20:34 paciente admitida no HCT procedente de uma pública. En-
durecido pelo sono em movimento passivo rígido + color corcúcul + de a um
M.E. partindo AUP em M.E. + ematoma compressivo no joelho, braço, ome-
to de apreço, normocorais, ritmo de volúveis muito e com. Refere dor no joelho
E. Medicado e PM. e encaminhado para exames radiográficos SSUV: PA 129x
62 mmHg, SpO2 100%, FC 62 bpm. Ae-Enf. Regina

Daniel Gustavo
Enfermeiro
COREN-AC-150416

29/03/18 - Intensivo. (Data 05/19:00)
Ruptura exposta de Tendão quadríceps (E).

1) Dieta Zero.

2) Sol Frio 9% 50ml EV C/12 horas. 500

3) Dipirona 1gr EV C/6/6 horas.

4) Ulatimol 1gr EV C/6/6 horas.

5) Tramal 100mg } EV C/8/8 horas. 2/2

Pioril 10mg }

Sol Frio 9% 10ml }

6) S. A. T. 0,5 ml (IM) 2/2

7) Manter na OGA, do Trono
ate surgir nolo no Centro
Cirurgico.

SAME/HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



Às 22h. Desmolda uma Omeleção do Trono, sendo
orientado, comunicativo, em maca. Aguardando Sola mas
e.C. para procedimentos cirurgico/ortopedicos. - Carlos Roberto de Almeida Silva
Enfermeiro
COREN-AC 393.719

Às 23:40. Desmolda o Centro Cirurgico, sendo
comunicativo. Carlos Roberto de Almeida Silva
Enfermeiro
COREN-AC 393.719

23:45. Paciente admitido no CC P/pri-
cedimentos ortopedicos. Gf. João Maria da Silva Verçosa
Enfermeiro
COREN-AC 133.922

245543109

e.e.R

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 17874
Numero do CNS...: 204370102300006
Nome...: JOAO VITOR BENTES DA SILVA
Documento...: CN.4689 Tipo :
Data de Nascimento: 12/01/1998 Idade: 20 anos
Sexo...: FEMININO
Responsavel...: JOAO RIBEIRO DA SILVA
Nome da Mae...: MARIA DAS GRACAS BENTES DE SOU
Endereco...: RUA BENJAMIN BAIRRO VITORIA 00367
Bairro...: CENTRO Cep.: 99999-999
Telefone...: 000000009921661
Município...: 1200401 - - AC
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2539361
Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito...: 999.0044
Data da Internacao: 29/03/2018
Hora da Internacao: 20:20
Medico Solicitante: 990.452.492-00 - FELIPE HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA
Proced. Solicitado: 04.08.04.030-0
Diagnostico...: S52.1
Identif. Operador.: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

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

121810024303-0

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Procedimento Autorizado

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

DIAS DE U.T.I. Autorizados

Mês Inic. ()	Mês Ant. ()	Mês Alta. ()	Total ()
---------------------	--------------------	---------------------	--------------

Acomp. Dias (15) (09)

Serviços Profissionais

01 Tipo	CNPJ	Auto Profis.	Tipo Ato	Q. T. Ato	NT. Fiscal
02	980016288008613	0408040262		01	225270
03	201700585430009			01	225161
04	980016288008613	0801010170		03	225270
05	190526596870009	0401010015		05	223605
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SAME / HUEB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Proced. Realizado

0408040262

AIH Posterior

AIH Anterior

Houve Infec. Hospitalar

Esp

01

Data de Saída

12.04.2018

Diag. Princ.

5331

Diag. Secund.

✓ 2341

Mot. Cobrança

42

Nº de Nascidos

Vivos

Mortos

Nº de Saídas

Altas

Transf.

Óbitos



SAME / HUEPB

CÓPIA

FORME ORIGINAL

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

Novo Acre

Sua saúde, nosso compromisso

UNIDADE: UUEPB

NOME: BRUNO VITOR RIBEIRO DA SILVA

IDADE: 20 B.E.:

OBSERVAÇÃO

LEITO: 04

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
30/04/2018	LESIONES EXPOSTAS	(1) DIETA COM LULA		01.30 - Dieta indicada
(00:45)	QUADRICURTA (E)	(2) STAF. G. SCOL 8/8/4 SGO		eventos, impunções
		(3) CEFOTRIV 1G (10) 6/6/4	17h	enxameamento e
		(4) CEFOTRIV 240MG + 250ML SASS		02.30 - dieta - dieta
	PER VITAMIN 92	(10) 1x1/2/4		dieta - dieta - dieta
LEONA	TRATAMENTO ALIMENTAR	(5) DIETA 16 (10) 6/6/4	16:22	P. 1.10 x 35 cm - 2 FC
LEONA	DEBENT / OXIPROXALINA	(6) 1x1/2/4		01.30 - 30/04 - 30/04
	ROA PERFUSE 21 ML	(7) 1x1/2/4	10:24	01.30 - 30/04 - 30/04
	SLURMS DE SUD. 600MG	(8) 1x1/2/4	16	01.30 - 30/04 - 30/04
	TRINEMIN, 1000MG	(9) 1x1/2/4	10	01.30 - 30/04 - 30/04
	MONITOR, SUSPENSÃO	(10) 1x1/2/4		01.30 - 30/04 - 30/04
	LEONA SUTA	(11) 1x1/2/4		01.30 - 30/04 - 30/04
	POT. UMBRO ALIMENTAR			01.30 - 30/04 - 30/04
	E LUNTO ENRUL (UUEPB)			01.30 - 30/04 - 30/04
	CLIMA 63510A			01.30 - 30/04 - 30/04
	(C) PO ANA 1000A			01.30 - 30/04 - 30/04

VIRE

Parabéns do Serviço de
Família, no aniversário
de casamento!

Maria Aparecida de Souza
Téc. de Enfermagem
CORENAC - 524.21

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

07/10/18 08:00 hrs
reunido a fins
subscrever a
carta de apoio
a estas a dte afor
cdo

Carla S. Cardoso
Sec. Enfoque
CORR-38618176C



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 23:30 SALA 01 DATA 29/03/2018

NOME DO PACIENTE João Vitor Bentes da Silva ID 20

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (X) AMBULATORIO () OUTROS ()

ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTROS ()

INÍCIO DA ANESTESIA 23:45 TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

INÍCIO DA CIRÚRGIA 23:50 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 00:30

CIRURGIÃO Dr. J. M. S. S. AUXILIAR(ES) _____

ANESTESISTA Dr. R. M. V. INSTRUMENTADOR Elizav

CIRCULANTE Fátima Afonso + Tamiress ENF Jeane

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% 1	AGULHA DESC Nº <u>40 x 12</u> - 1	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>100 ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 1	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>150unid</u>
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>35 - 1</u>	GORRO <u>1111</u>
DILUENTE 11	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 11
FRITANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 11
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5 11
KEFLIN <u>1g</u> - 11	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS 1	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>1111</u>
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>22 - 11</u>
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>11111</u>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>10</u> -	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA 1	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE <u>150ml</u>
PAVULON	ELETRODOS <u>11</u>	POVIDINE TINTURA <u>150ml</u>
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <u>11</u>	PROPE <u>111111</u>
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN <u>11</u>	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 11	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO 1	FRALDA 1	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 1
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>2-0</u> 111	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
<u>S. F. da V. M. B. B.</u>	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 23:45	HORÁRIO: 00:00	HORÁRIO: 00:30
PA: 119 x 52	PA: 119 x 52	PA: 119 x 52
FC: 60 bpm	FC: 60 bpm	FC: 61 bpm
SPO2: 94%	SPO2: 94%	SPO2: 94%

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SAME / MUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade: MURB

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: JOÃO VITOR BEVIER DA SILVA

IDADE: 20

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: RUPURA EXPLOSA QUADRILCEJA (E) (DEGNERAÇÃO)
(FENDA MUITO SUJA)

CIRURGIA PROPOSTA: POI LIMPEZA CÍRURGICA + MATA + CURATIVO
ESTERIL E PAU, IMPLANTAÇÃO DA BERSA DA

DIAGNÓST-CODEFINITIVO: O MURB

CIRURGIA REALIZADA: A URSUA

DATA: 30/03/18

CIRURGIÃO: ISSASSE EULVER

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA: DR MOREY

ANESTESIA: RAQUIDURAL

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☒ ENFERMARIA ☐ CT ☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) PITE EM ORT SOB MOLHAMENTO
2) ASERESIA 4) ANESTESIA 4) CLOREXOL DE LIMPEZA ETERNA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

3) COLONIAS DA FENIA SERAO OBSERVADAS DESDE O INICIO DO QUADRANTE DO POLO PROXIMO DA PORTA (E) E GRANDE QUANTIDADE DE ACESSOS DE ACESSO, AREA E TEMA.

4) LARGURA EM QUADRANTE DA FENIA C/ 50.9% EM ABUNDANCIA

5) MEMBRANA MOLOSA

6) ROTA C/ NUNCA 2-0 NA PERE

7) CUNHA C/ NUNCA

8) IMBUIÇÃO C/ NUNCA 65111

9) A EXPLORANDO / AMBODIOMMA E SEGUIMENTO.

DD: 44

SCOT. FENIA!

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Issued by Lütler
CR/MAC 1344

30/03/2018



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

SAME / HUERB
CÓPIA

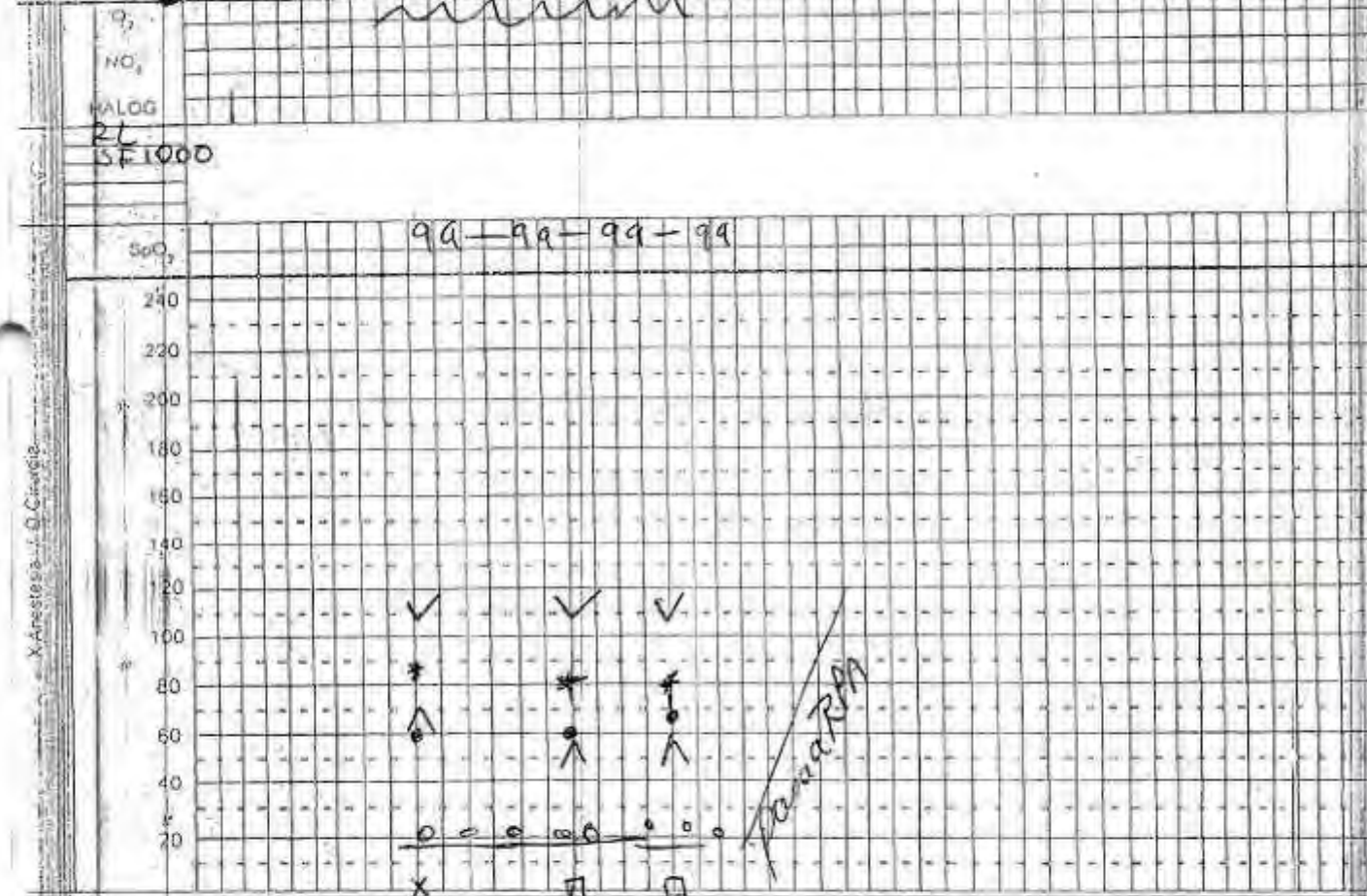


CONFORME ORIGINAL

2018/03/29

FICHA DE ANESTESIA

Nome: João Victor Bentes Da Silva				Idade: 20	Sexo: M	Cor:	Registro / BE:
☐ PSA	☐ PSI	☐ CCA	☐ CCB	☐ EMA	☐ CMB	☐ CC	☐ UTI
Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (rpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sanguíneo:	Fator Rh
Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TCO / TGP
Lesão Pré-Operatória: Feida exposta joelho esquerdo							
☐ Asma				☐ Bronquite		MV:	
RCR				ECG: RS		Alergias: Não	
Dentário/Dentes				Pescopo		Peças Dent.	
Infusão:				Diódes em Uso:			
Toxemia: 0,6				ASA: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		Risco	
Lesões Anestésicas				Hora:		Etilia:	
Capacidade Pré-anestésica: Vão							
A: 28				O: 0,0		OII	



DROGAS ADMINISTRADAS ① Propofol 1mg/kg + 50mg morfina ② Cefazolin 2g + 10mg Dexmedetomidina + 10mg Metoprolol + 50mg Rocuronio ③ Rocuronio 120mg EV	Técnica: Raqui-aneleste Cirurgia: limpeza Cirurgia Cirurgião/Assistente: Dra. Issaci OAS:	Monitorização: PC/ECG/PA/SatO ₂ Ao Respi: MUA Ao CV
Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo): 		

SAME / MUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente sadio, normal.
ASA II	Paciente com doença sistêmica.
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa que tem constante risco de vida.
ASA V	Paciente moribundo que não espera sobreviver sem a cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

[illegible]



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HUEB				2001578	
Identificação do Paciente				5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE				17874	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
904370102300006120198				10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO	
Maria das Graças Bentes de Souza				60999921611	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO	
João Ribeiro de Silva				15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
Rua Benjamin, Bairro Vitória 367 São Francisco				16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
Rio Branco				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
				18 - UF	
				19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
RUBUM EXORNA DO QUADRÍCEROS @ + NAU NA AU ROUBIL STILO					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
SUPNATIBO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
ANOMNISE @ EXAME HIL @ CARACTERÍSTICA					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL	
LEITO TRUSS QUADRICEROS @				S.331	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
V.2.31					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
				04108040202	
29 - CLÍNICA				30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO				32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Isaac E. Euller				30/03/18	
35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO				36 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
Isaac E. Euller				1343	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
37 - CNPJ DA SEGURADORA				38 - Nº DO BILHETE	
39 - CNPJ EMPRESA				40 - CNPJ EMPRESA	
41 - CNPJ EMPRESA				42 - CNPJ EMPRESA	
43 - CNPJ EMPRESA				44 - CNPJ EMPRESA	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - EMPREGADO				48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - EMPREGADOR				49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - AUTÔNOMO				50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
51 - DESEMPREGADO				51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
52 - APOSENTADO				52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
53 - NÃO SEGURO				53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
AUTORIZAÇÃO					
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				49 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
49 - COD. ÓRGÃO EMISSOR				50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				66 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
66 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				68 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
68 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				72 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
72 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				74 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
74 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				78 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
78 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				80 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
80 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				84 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
84 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				86 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
86 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				90 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
90 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				92 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
92 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				96 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
96 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				98 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
98 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

JOAO VITOR BENITO DA SILVA

UNIDADE CLÍNICA DE MEDICINA CIRÚRGICA - 3

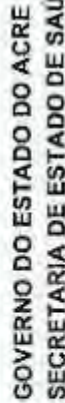
168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 23/03/2018 RUPTURA EXPOSTA DE QUADRILHES ESQUERDO (DESINSER???) CD LC - RAFIA E CURATIVO BEG. COM DOR LEVE. PERFUS?? E NEURO PRESERVADO. AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND??.	1. DIETA VO LIVRE 2. DIFIRONA UMA AMP EV 6/8H 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D4 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D4 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D4 <i>500 500</i> <i>04</i> <i>12 20 04</i> <i>12 20 04</i> <i>16</i> <i>12 20 04</i> <i>16</i>		8h Paciente Tomou Banho no leito e Trocado ventose e lençóis do paciente Tec Odete 16h Paciente notou que buexos, unhas Todo, Dinense Bronte, Aceito - Dica + Buore de ventos de Branga BA 120x80 mHA Tec Odete 500h Paciente deu mais bem, não se queixou de nada no momento, deu-se o seguinte: BA: 10x60mm TE: 10x60mm

SAME / HUEB

CÓPIA ORIGINAL

CONFORME ORIGINAL



digitado e impresso em: 04/04/2018 às 12:30:34



HUERB

REGISTRO	PACIENTE
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

PACIENTE

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

IDADE

20

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 RUPTURA EXPOSTA DE QUADRÍCIPS ESQUERDO (DESINSER?O) CD-LC + RAFIA E CURATIVO. BEG, COM DOR LEVE, PERFUSÃO E NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TENDÃO. AGUARDA AGENDAMENTO	1. DIETA VO LIVRE. 2. DIPIRONA UMA AMP EV 6/H 18 24 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SNL. 4. PLASIL UMA AMP EV SN- 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS - CURATIVO UMA VEZ AO DIA 10 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D6 24 26 04 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA, D6 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D6 22 26 04 [Assinatura: MARCELO S.F.] [Carimbo: 15004]		8h Paciente To-... Baixo no leito e tra- cada ventres e len- teas do baciente Te- dote 16h Paciente não refe- re Quedas, unificação comunicativo Dinamico Presente, Aceito - Dieta + Procede-entor de B-gem-ugl BA 130x70 muita Tec Odete L.U. Op.354, em que há de Germinar (estir- pato) e com 5 unidades tec. Enq. Edica. R.H. 24

SAME / HUEB
CÓPIA ORIGINAL
CONFIRMARME

168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 DESINSER70 TRAUMATICA DO TEND70 PATELAR ESQUERDA CD: LC - RAFIA E CURATIVO. BEG, COM DOR LEVE PERFUS70 E NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND70. AGUARDA AGENDAMENTO COM DR ANTONIO	1. DIETA VO LIVRE. 2. DÍPIRONA UMA AMP EV 6/8H 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS - CURATIVO UMA VEZ AO DIA 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D9 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D9 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D9 <i>Paulo Henrique S. F.</i> Medico CRM 14600	18/06 22 04 12/20 04 12/22 04	Pac tomou banho de aspersão com auxílio + troca de roupa de cama 16:00hs, pac não refere queixas no período, aceita dieta oferecida feçes fisiológicas, com mais Te Marido <i>5 anos de idade em</i> <i>melhor estado, não</i> <i>medicamentos - em</i> <i>química no momento</i> <i>dieta presente</i> <i>Dr. Carlos</i>

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 DESINER70 TRAUMÁTICA DO TEND70 PATELAR ESQUERDA CD LC - RAFIA E CURATIVO BEG, COM DOR LEVE PERFUS70 E NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND70. AGUARDA AGENDAMENTO COM DR ANTONIO. 08.04.18 Do Serviço Social consulta de atendimento Capelinha da Odeiza S. da Silva Assistente Social CRESS - 0208/AC Deleza S. Silva	1. DIETA VOLVRE 2. DIPIRONA UMA AMP EV 66H 10/16 2/104 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/124 SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 09 6. CUIDADO GERAIS + CURATIVO UMA VEZ AO DIA 10 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D 10 12/16 2/104 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0,9% EV UMA VEZ AO DIA D 10 12/16 2/104 9. CEFZOLINA 1G EV 8/8H D 10		7:00 hs Pac. submetido CO anestezico respirar Uma lãman de nao tocado na espa de caneta + Ultrassom de 509.1 - alba Do 18:00 paciente paciente expulso sem queixo, troc do AVP, mais no mes Uma após alguns minutos retiram De 635218 - 15.01.10 HS PAC RESC TATIANA WOTC MEDICA Logar de atendimento 705607

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Italo Maia Vieira
Médico
CRM/AC 1500



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

digitado e impresso em: 09/04/2018 às 15:10:34



HUERB

REGISTRO PACIENTE

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

IDADE

20

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018 DESINSER770 TRAUMATICA DO TEND70 PATELAR ESQUERDA CD: LC + RAFIA E CURATIVO. BEG, COM DOR LEVE. PERFUS70 E NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RAFIA DO TEND70. AGUARDA AGENDAMENTO COM DR ANTONIO	1. DIETA VO LIVRE. 2. DIIPIRONA UMA AMP EV 68H 12 16 27 04 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 08 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 16 7. METRONODAZOL 500 MG EV 8/8 H D11 12 26 04 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D11 16 9. CEFZAZOLINA 1G EV 8/8H D11 12 26 04 FELIPE MARCELINO S. JR. Médico CRM 5004		DA 3. 08:00HS AS 16:00HS Pac. lot e TOPICO BLENTO DE ASPERSA TUCO 20 LENOL DE CARRA + CUSTO FEITO MEDICINAS EVUT. + CURATIVO. SE ALIMENTAR 705604 S. Col. Chante suppurado afeloid, acurruccado Sem queixas no mo mento, deseja que seu. e: Rotundem

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

168

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

EVOLUÇÃO João Vitor Santos do Silva

PRESCRIÇÃO

DI 29/03/2018	1. DIETA VO LIVRE.	
DESINSER770 TRAUMÁTICA DO	2. DIPIRONA UMA AMP EV 6H ☒ 26 26 26	
TEND70 PATELAR ESQUERDA	3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H ☒ 26 26 26	
CD: LC + RAFIA E CURATIVO.	4. PLASIL UMA AMP EV ☒ 26 26 26	
BEG, COM DOR LEVE PERFUSO E	5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 06 ☒ 26 26 26	
NEURO PRESERVADO, AGUARDANDO	6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA ☒ 26 26 26	
PROCEDIMENTO DE RAFIA DO	7. METRONODAZOL 500 MG EV 8/8 H D12 ☒ 26 26 26	
TEND70.	8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D12 ☒ 26 26 26	
AGUARDA AGENDAMENTO COM DR	9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D12 ☒ 26 26 26	
ANTONIO		

Paulo Marcelino S. Jr.
Médico
CRM 5004

As 06hs - paciente em
suíte ambiente, supnui-
co, responsivo, segue
as queixas no pós-
do. T. 36,9°C

Nas 08hs as 16hs - por
encontro, no leito. Colno
supnui e febre, tomou
banho de esponja com
óxido de zinco e acetaminofeno
300mg de 8 em 8 + pontos
físicos, realizado cura
frio, pele macia e fria.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 12/04/2018 às 12:09:49

REGISTRO PACIENTE

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

IDADE

20

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

188

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

DI 29/03/2018

DESINFEÇÃO TRAUMÁTICA DO TENDÃO PATELAR ESQUERDA

CD: LC - RÁFIA E CURATIVO

BEG, COM DOR LEVE. PERFUSÃO E NEURO PRESERVADO. AGUARDANDO PROCEDIMENTO DE RÁFIA DO TENDÃO.

AGENDADO PARA DIA 19/04/18

1. DIETA VO LIVRE.

2. DÍPIRONA UMA AMP EV 8H ~~10~~ ~~16~~ ~~22~~ ~~04~~

3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H ~~SN~~

4. PLASIL UMA AMP EV ~~SN~~

5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA ~~06~~

6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA ~~10~~

7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8H D14 ~~12~~ ~~20~~ ~~04~~

8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D14 ~~10~~

9. CEFAZOLINA 1G EV 8H D14 ~~12~~ ~~20~~ ~~04~~

Paulo Marcelino S. Jr.
Médico
CRM 5004

ALTA

HOSPITALAR

8:00 - Cliente apela-
bril, expulso, com
calor, com uni-
cativo repouso
em leito, troca
de roupa pri-
vativa, feito cur-
ativo simples, seco
sem soro. feita
dieta. Sem queixa.

17:00 - Exame sem
intercorrência, dieta
dieta. Sem queixa.

Vina Brasil, do Nascimento
e
e
e

At 16:05h - Paciente de
alta hospitalar, com orientações, recidi-
e agendamentos At. Enf. Alexandra de
fa

Tatiane de Jesus Mendes
Enfermeira
COREN/AC 302

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 11/04/2018 às 13:52:19



HUERB

Unidade de Registro

REGISTRO

PACIENTE

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

IDADE

20

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

168

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 29/03/2018		1. DIETA VO LIVRE. 2. DIPIRONA UMA AMP EV 66H 3. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H SN 4. PLASIL UMA AMP EV SN 5. OMEPRAZOL UMA EV UMA AO DIA 6. CUIDADO GERAIS = CURATIVO UMA VEZ AO DIA 7. METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8 H D13 8. GENTAMICINA 240MG + SF 0.9% EV UMA VEZ AO DIA D13 9. CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D13		das 10 as 17:00 h ACT como orientado especialista, comunitário trata procedimento de enfermagem tomou banho de aspersão lavado nova de longa distância curativo + medicação 12h diurna presente + fraldas fisiológica presente aguarda atendimento médico ACT com 12x20x30mm Hg Guenther Doren 68354AC 12.14.2018 5:10m Paciente em quarto de internação Paciente em quarto Paciente em quarto 12.04.18. 16:05h - Paciente de alta hor- ptalar, com orientações, receita e agenda- mento de Enq Alessandra Costa

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

168

Pag.: 001

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: JOAO VITOR BENTES DA SILVA (EME)
Requisicao: 18.PC.1.004810
Num. do BE: 02539361

Idade...: 20A
Requis.: 02/04/2018

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

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,63	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,30	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:.....	86,10	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,50	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.400	/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	
Plaquetados:.....	76	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	7.144	mm3	
Linfocitos:.....	23	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.162	mm3	
Monocitos:.....	1	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	94	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: SILVANA CORELHO PAIVA - CRM 658/PA 02/04/18 as 09:34 Coleta: 02/04/18 as 08:28 Via Impressa: 02/04/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:...	02 MINUTOS E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:...	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas: ..	120.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: SILVANA CORELHO PAIVA - CRM 658/PA 02/04/18 as 09:34 Coleta: 02/04/18 as 08:28-1a. Via Impressa: 02/04/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

Silvana Corêlho Paiva
CRM 658/PA
02/04/18

Silvana Corêlho Paiva
CRM 658/PA
02/04/18

OK 168

Pag.: 001

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: JOAO VITOR BENTES DA SILVA (EME)
Requisicao: 18.PC.1.004928
Num. do BE: 02539361

Idade...: 20A
Requis.: 01/04/2018

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

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	4,06	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,70	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	35,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	85,70	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	94	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	
Sgmentados:.....	48	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.512	mm3	
Linfocitos:.....	44	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	4.136	mm3	
Monocitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	658	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Rosemeiry M. Riveiros
Biomédica
CRBM - 4 N° 759

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 01/04/18 as 09:46 Coleta: 01/04/18 as 06:30-1a. Via Impressa: 01/04/18

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:.....	94.900	< /mm3	VR: 150 a 400.000 / mm3
-----------------	--------	--------	-------------------------

** TROMBOCITOPENIA **

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 01/04/18 as 09:46 Coleta: 01/04/18 as 06:30-1a. Via Impressa: 01/04/18

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Transtorno de ansiedade

História da Doença Atual:

Paciente vindo de Trauma Rotacional
40 (20/03/2014) evoluindo com FC em 100/min

História da Doença Anterior:

Transtorno de ansiedade FC 100/min

Exame Físico:

Suprimido

Diagnóstico Provisório:

Reação emocional tipo Quamiciptale

Diagnóstico Definitivo:

OMI

Motivo da Cobrança:

12

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 CONIV. 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. NASC.

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/PERMAM. 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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

LAUDO MÉDICO

NOME:

Felipe Victor Bentes do Alencar

O paciente supracitado apresenta lesão do tendão anterior

do punho esquerdo a partir de 29/03/18

ou há 1 ano, tendo sido tratado com procedimento

cirúrgico de reparo + reconstrução do tendão

No momento, encontra-se do punho mobilizado, com

força normal e dor mínima

para atividades diárias

CID: 793.8

Médico

23/10/18

Rio Branco - AC



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOÃO VITOR BENTES DA SILVA

1561501930

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1561501930

JOÃO VITOR BENTES DA SILVA

067-881.462-32 **12/01/1999**

JOÃO SIÂNIO DA SILVA

MARIA DAS GRACAS

BENTES DE SOUSA

06781682871 **18/10/2021** **09/02/2017**

JOÃO VITOR BENTES DA SILVA

1561501930

PROVIDO PLASTIFICAR

ACRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO



Polgar Direito



João Vitor Bentes Da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1319524-7

DATA DE
EMISSÃO

08/09/2016

NOME

JOÃO VÍTOR BENTES DA SILVA

FILIAÇÃO

JOÃO RIBEIRO DA SILVA

MARIA DAS GRAÇAS BENTES DE SOUZA

NATURALIDADE

RIO BRANCO - AC

DOC. ORIGEM

CERTD MASC 4689 FLS 218 LIV A-16

3 OF RIO BRANCO-AC

CPF

047.891.442-32

2 VIA

SANDRO ROBERTO CORREA AGUIAR
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

DATA DE NASCIMENTO

12/01/1998

P 00

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 MAI 2019

PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146641/19

Vítima: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

CPF: 047.891.442-32

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/03/2018

Titular do CPF: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO VITOR BENTES DA SILVA : 047.891.442-32

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: 02/05/2019
Nome: JOAO VITOR BENTES DA SILVA
CPF: 047.891.442-32

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146641/19

Vítima: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

CPF: 047.891.442-32

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/03/2018

Titular do CPF: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO VITOR BENTES DA SILVA : 047.891.442-32

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: 02/05/2019
Nome: JOAO VITOR BENTES DA SILVA
CPF: 047.891.442-32

JOAO VITOR BENTES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301690

Vítima: JOAO VITOR BENTES DA SILVA

Data do Acidente: 29/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO VITOR BENTES DA SILVA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 047.891.442 - 32 Nome completo da vítima: João Vitor Bentes da Silva

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

Nome completo: João Vitor Bentes da Silva CPF: 047.891.442 - 32
Profissão: Autônomo Endereço: R. Zitoria Número: 652 Complemento: _____
Bairro: Nova Esperança Cidade: Rio Branco Estado: Ac CEP: 69915-232
E-mail: _____ Tel.(DDD): (66) 99283-4537

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2359 0 CONTA: 46707 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 implica prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA S/A
02 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Rio Branco - Ac, 30/04/2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
João Vitor Bentes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036356/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/11/2018 09:16 Data/Hora Fim: 29/11/2018 09:40
Origem: Polícia Judiciária Data: 29/11/2018
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional

Data/Hora do Fato: 29/03/2018 19:44

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: AV GETULIO VARGAS

Ponto de Referência: PROXIMO A PONTE SOBRE O IGARAPÉ SÃO FRANCISCO
Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Raimundo Melo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRENDON JACKSON PANTOJA PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/04/1993
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA GUARANI Nº 415
Bairro: BOSQUE
Telefone: (68) 99606-1510 (Celular)

Nome Civil: JOÃO VITOR BENTES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 12/01/1998
Profissão: Desempregado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria das Graças Bentes de Souza Nome do Pai: João Ribeiro da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 13195247
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.891.442-32

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA BENJAMIN Nº 367
Bairro: VITÓRIA
Telefone: (68) 99283-4537 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa: MZY1273 Número do Chassi: *****76377

Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara
Impresso por: Denis Fernandes de Araújo
Data de Impressão: 29/11/2018 09:40
Protocolo nº: Não disponível



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036356/2018

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
UF Veículo Acre
Marca/Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido

Cor Prata
Município Veículo Rio Branco
Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX
Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Brendo Jackson Pantoja Pereira	Proprietário

Grupo Veículo
Placa NAC2524
Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
UF Veículo Acre
Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido

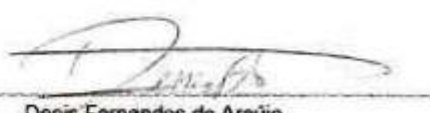
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi *****58802
Cor Roxa
Município Veículo Rio Branco
Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED
Quantidade 1 Unidade

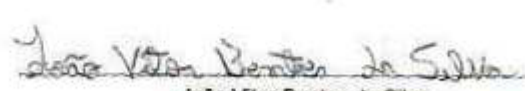
Nome Envolvido	Envolvimentos
João Vitor Bentes da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTO PLACA NAC-2524 PELA AVENIDA GETULIO VARGAS SENTIDO BAIRRO CENTRO QUANDO COLIDIU NO VEÍCULO PLACA MZY-1273 QUE ESTAVA DEVIDAMENTE ESTACIONADO DO LADO DIREITO DA VIA. QUE FOI CONDUZIDO PELO SAMU PARA O PRONTO SOCORRO ONDE FOI DETECTADO LESÕES. QUE REGISTRA ESTE BO PARA FINS DE DPVAT. BAT N° 01767.

ASSINATURAS


Denis Fernandes de Araújo
Responsável pelo Atendimento


João Vitor Bentes da Silva
(Comunicante / Vítima)

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


Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Delegado(a) de Polícia

DESPACHO 2018 0329192409 75534

DETRAN
ACRE

GOVERNO DO
Povo do Acre
SERVIÇO DE TRÂNSITO

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

01767

NÚMERO FOLHA

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

Av. Getúlio Vargas -

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

PRÓX. A PONTE SOBRE O IGARAPÉ SÃO FRANCISCO

06 HORA DA OCORRÊNCIA

19:44

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

12/10/2018

09 DIA DA SEMANA

Quinta

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

PARALELEPÍPEDO ☐ 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 N° DE VEÍCULOS

2

15 N° DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

BRANDO JACKSON Pimenta Pereira - 996061510

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

11/10/1913

19 ENDEREÇO

RUA GUARANI 415 BOSQUE

20 1ª HABILITAÇÃO

05/10/2011

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

05520305300

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ NÃO ☐ 3

27 MARCA

Fiat Pao Fire Flex 1.6S/AUTOMÓVEL

28 ESPÉCIE

AUTOMÓVEL

29 PLACA

MZY 1243

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

O MESMO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9B D171646851 76 377

36 AVARIAS

SIDE ANGULAR POSTERIOR DIREITO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

ESTAVA DEVIDAMENTE ESTACIONADO.

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

PONTOS

37 CARRO 

39 MOTO 

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

42 NOME CONDUTOR

JOÃO VITOR BEITES DA SILVA 992321661

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

11/10/1918

45 ENDEREÇO

RUA BENJAMIN 367 VITÓRIA

46 1ª HABILITAÇÃO

09/02/17

47 CATEGORIA

A

48 PRONTUÁRIO

06391682871

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☒ NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ NÃO ☐ 3

53 MARCA

YAMAHA FACTORY

129

54 ESPÉCIE

PASSEIRO

55 PLACA

NAC 2524

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

O MESMO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9C6KE1900C0058802

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVARIAS

SIDE FRONTAL / LAT. DIREITO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZINDO PELO SINAL

PONTOS

63 CARRO 

65 MOTO 

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

68 NOME

Mirla Assaf da Silva

71 ENDEREÇO

CPF: 9984388228-67

72 IDENTIDADE

69 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

11/11/1972

73 ÓRGÃO EMISSOR

Fl. 20

74 UF

AC

75 NOME

Coordenadora de Engenharia de Trânsito

69 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

11/11/1972

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

EMUNHAS

CONFERE COM O ORIGINAL

Fl. 20

VÍTIMAS	82 NOME	JOÃO VITOR BENTES DA SILVA			83 SEXO	M ☒ F ☐	84 NASCIMENTO	11/20/1981			
	85 ENDEREÇO	RUA BENJAMIN 367 VITÓRIA			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						
	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

Amel
 Karla Assaf da Silva
 CPF: 9984388228-87
 Coordenadora de Engenharia de Trânsito

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 29/11/18

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

GUARNIÇÃO ACIONADA VIA CIOST. APERIÇÃO FOI REALIZADA PELA POLÍCIA TÉCNICA. O VZ FOI ENTREGUE AO SR. GISMAR NEVES DE SOUZA - CNH 04068692914 - AD/ACRE. NÃO FOI POSSÍVEL DEFINIR O GRAU DAS LESÕES SÓRIDAS DELO CONDUTOR VZ QUANDO ESTA GUARNIÇÃO CHEGOU AO LOCAL ELE JÁ HAVIA SIDO CONDUZIDO PELA SAMU.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V1	103 MOTORISTA	V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	CB AM
105 NOME	BRENO JACKSON P. PEREIRA	106 NOME	JOÃO VITOR BENTES DA SILVA	107 NOME/ RG	39098
108 ASSINATURA	Breno S. P. Pereira	109 ASSINATURA	João Vitor Bentes da Silva	110 ASSINATURA	RICHARDO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 047.891.442 - 32 Nome completo da vítima: João Vitor Bentes da Silva

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

Nome completo: João Vitor Bentes da Silva CPF: 047.891.442 - 32
Profissão: Autônomo Endereço: R. Zitoria Número: 652 Complemento:
Bairro: Nova Esperança Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69915-232
E-mail: Tel.(DDD): (06) 99283-4537

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2359 0 CONTA: 46707 3 (Informar o dígito se existir)

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.

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 implica 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Rio Branco - AC, 30/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 29/11/2018 Hora emissão: 10:06 Operador:
Nº da Ocorrência 1803290083	Qtd. Vítimas 1	Dthr Início: 29/03/2018 19:32 Dthr Término: 29/03/2018 20:45	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: BRENO
End: R GETULIO VARGAS
Bairro: RAIMUNDO MELO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PRQX: A PRAÇA



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO Telefone do Solicitante: (68) 306061510 Guia:	Origem de Ligação: VIA PUBLICA
--	--------------------------------

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: JOAO VICTOR MENDES SILVA	Idade: 20 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO Avaliação: EQUIPE INFORMANDO PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM MIE SEM SANGRAMENTO ATIVO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08
Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDERO Avaliação: ACIDENTE CARRO X MOTO 1 VITIMA	Data/Hora: 29/03/2018 19:34

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Decisão: ENCAIXINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERS		
	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Intervenção:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEICULO		
	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: PEDRO PASCOAL DUARTE PINHEIRO ZAMBO	Data/Hora: 29/03/2018 20:08	Situação: F
	Intervenção:		
	Observação:		

CONCLUSÃO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1803290083, de 29/03/2018, às 119:32 horas, registrada pelo SAMU como: **COLISÃO CARROX MOTO**, com 01 vítima, refere-se ao paciente **PAULO VITOR BENTES DA SILVA**, 20 anos

Rio Branco, 29 de novembro de 2018.

Solange Maria de Sousa
Enfermeira. COREN/AC 51978

094-851481

SEU CÓDIGO
0043179-6

© 1997 by the American Psychological Association
0893-3200/97/\$12.00 DOI: 10.1037/0893-3200.11.4.478

[illegible]