



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

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

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07081736720208010001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 16/11/2020 07:35:20

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2764601_CONTESTACAO_0
1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição: 2764601_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 1-14.pdf
Anexo - Petição: 2764601_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 15-22.pdf
Anexo - Petição: 2764601_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 23-28.pdf
Anexo - Petição: 2764601_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 1-12.pdf
Anexo - Petição: 2764601_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 13-26.pdf
Anexo - Petição: 2764601_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 27.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 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07081736720208010001

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 **EDSON VIDEL DE MOURA**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **03/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/07/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 8.775,00 (oito mil e setecentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 8.775,00 (oito mil e setecentos e setenta e cinco reais), após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 8.775,00 (oito mil e setecentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 03/02/2020. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 8.775,00 (oito mil e setecentos e setenta e cinco reais).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 HOUVE 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.

⁵Súmula 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.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 8.775,00 (OITO MIL E SETECENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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

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

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

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

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

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

⁷art.

^{1º}

(...)

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

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 12 de novembro de 2020.

**DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC**

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA 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 nº 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 **EDSON VIDEL DE MOURA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07081736720208010001.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA 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. **07081736720208010001**, que tramita 1ª VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296039

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON VIDEL DE MOURA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296039

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDSON VIDEL DE MOURA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 513 932 712-00 EDSON VIDEL DE MOURA

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: EDSON VIDEL DE MOURA 6 - CPF: 513 932 712-00
 7 - Profissão: JERÍCIOS GERAIS 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: NOVA ESTAÇÃO 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: ACRE 14 - CEP: 69 908-970
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 99979 9773

DADOS CADASTRAIS

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:

RECLUSO 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:ultimo. Apenas uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3620

CONTA: 001 875318817 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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. Reconheço 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 (menor)? 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco/AC 18/08/2017

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4^a REGIONAL - RIO BRANCO**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00017118/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/07/2020 13:26:42 Data/Hora Fim: 23/07/2020 13:26:42

Delegado de Polícia: Pedro Henrique Resende Teixeira Campos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Polícia da 4^a Regional

Data/Hora do Fato: 03/02/2020 13:20

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Vila Ivenete/Procom/Solar

Logradouro: ANTONIO DA ROCHA VIANA

Nº: 2511

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mais(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDSON VIDEL DE MOURA (COMUNICANTE , VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 30/04/1974 Idade: 46

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Julieta Maria de Moura

Nome do Pai: José Videl de Moura

Documento(s)

CPF: 513.932.712-00

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA AMÉRICA

Nº: 508

Bairro: Nova Estação

Nome Civil: LUIZ DA SILVA DE SOUZA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA 1º DE AGOSTO

Nº: 720

Bairro: Placas

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante veio à esta delegacia informar que na data acima mencionada, estava indo trabalhar na sua moto, e um carro estava estacionado no acostamento da ciclovia, e o comunicante colidiu na traseira do veículo, voou por cima do carro e ficou desacordado. Que quando acordou começou a ter convulsões. Que o SAMU conduziu o comunicante até o Pronto Socorro.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00017118/2020

ASSINATURAS

Regina Maria Vasconcelos Freitas

Regina Maria Vasconcelos Freitas

Agente de Polícia
Matrícula 92470171

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) encarregado(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderão responder civil e criminalmente pelo presente declarado que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia de Culpabilidade e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Edson Videl de Moura

Edson Videl de Moura

Comunicante, Vítima

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO B.A.T

00-2364

NÚMERO FOLHA

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

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

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

06 PONTO DE ACIDENTE

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
PARALELEPIPEDO 5
CASCALHO 7
TERRA 9
AREIA 2

06 HORA DA
Ocorrência07 ZONA
RURAL / URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 CONDIÇÕES DA VIA

SECA 1
MOLHADO 3
OLEOSA 5
ENLAMEADA 7
DANIFICADA 9
OBRA 2

03 MUNICÍPIO

04 UF

04 UF

AC

14 N.º DE VEÍCULOS

15 N.º DE VITIMAS

SEM VITIMAS COM VITIMAS

17 SEXO

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

10 de Sete de Setembro

20 1º HABILITAÇÃO

05.01.1992

21 CATEGORIA

03.401.0778

22 PRONTUÁRIO

03.401.0778

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

Ford F-100

28 ESPÉCIE

Paralelepípedo

29 PLACA

0VS-774

30 MUNICÍPIO

Roxo

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Larson Saldanha de Souza

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

16UZESFA0E028800

35 COMPARCEU NO POSTO

SIM NÃO

36 AVARIAS

Só traseira

37 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Estrada de Sete de Setembro

38 AÇÃO DO CONDUTOR

Caminhão de falso

37 CARRO



38 MOTO



47 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO BAF

40 NOME CONDUTOR

Larson Saldanha de Souza

41 SEXO

44 NASCIMENTO

42 ENDEREÇO

Av. America S/03, 1000, Centro

43 1º HABILITAÇÃO

05.01.2002

44 CATEGORIA

A

45 PRONTUÁRIO

03.401.0778

46 UF

AC

47 EX. MÉDICO EM DIA

SIM 1 NÃO 3

48 USAVA CINTO

SIM 1 NÃO 3

49 USAVA CAPACETE

SIM 1 NÃO 3

53 MARCA

Caminhão F-100

54 ESPÉCIE

Paralelepípedo

55 PLACA

MUV-111

56 MUNICÍPIO

Roxo

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Larson Saldanha de Souza

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

16UZESFA0E028800

61 COMPARCEU NO POSTO

SIM NÃO

62 AVARIAS

Só traseira

63 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Estrada de Sete de Setembro

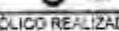
64 AÇÃO DO CONDUTOR

Só traseira falso

65 CARRO



66 MOTO



47 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO BAF

68 NOME

71 ENDEREÇO

69 SEXO

M F 3

70 NASCIMENTO

75 NOME

78 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE N.º

73 ORGÃO EMISSOR

74 UF

69 SEXO

M F 3

77 NASCIMENTO

70 ÓRGÃO EMISSOR

71 UF

VITIMAS Nº	82 NOME <i>Edson Nélio de Moraes</i>	83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO <i>10/09/1974</i>	
	85 ENDERECO <i>R. Mairinque, 50 - Nova Encruz</i>	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 2 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 1	87 VIAJAVA NO VEICULO N° <input type="checkbox"/> 1	88 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2
89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA <i>P.S.</i>	91 NOME	92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO
94 ENDERECO	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 2 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 1	96 VIAJAVA NO VEICULO N° <input type="checkbox"/> 1	97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2	
98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA			

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG
Leandro Silveira da Cunha	Leandro Silveira da Cunha	Leandro 0377427-1
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
		
111 LOCAL	112 DATA	
Av. Presidente Vargas	03/10/2020	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 513 932 712-00 EDSON VIDEL DE MOURA

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: EDSON VIDEL DE MOURA 6 - CPF: 513 932 712-00
 7 - Profissão: JERÍCIOS GERAIS 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: NOVA ESTAÇÃO 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: ACRE 14 - CEP: 69 908-970
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 99979 9773

DADOS CADASTRAIS

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:

RECLUSO 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:ultimo. Apenas uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3620

CONTA: 001 875318817 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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. Reconheço 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 (menor)? 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco/AC 18/08/2017

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.775,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON VIDEL DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000875318817-7

Nr. da Autenticação 8616C1AFB2A0CB26



Para contato:
Energia e Energia
www.energisa.com.br

RECIBO DE PAGAMENTO

0051722-4

008362392

JUNHO/2020 18/06/2020

174

152,13

JOSE VIDEI DE MOURA
R. AMERICA 508 01 NOVA ESTACAO
CPF: 00007828578504
CEP: 69.905-970 - RIO BRANCO

268	18/06/2020
94	13/05/2020
1.000	18/07/2020
174	09/06/2020
174	18/06/2020

FCAM 030 28

NORMAL

RESIDENCIAL	MONO	W5071428758	1.1.1.1	106
		CONSUMO 174 A R\$ 0,826813 =	143,86	
MAI/20	132	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,94	
ABR/20	109	CORRECAO MONETARIA IG 05/20-00	0,18	
MAR/20	134	MULTA POR ATRASO 05/20-00	1,93	
FEV/20	102	JUROS DE MORA DE IMPO 05/20-00	0,22	
JAN/20	99			
DEZ/19	85			
NOV/19	79			
OUT/19	110			
SET/19	133			
AGO/19	98			
		TRIPHA SEM TRIBUTOS:		
		84-174 - 0,553940		

Pago na xar
16.06.2020

RECIBO DO PAGAMENTO		
		6E6C.CA08.FE82.9A46.D69C.E890.43AE.46ED
41,61		143,86
44,00	25,00%	35,96
2,60		1,56
10,95	1,08%	7,18
44,70	4,99%	

0,76 1,00 0,76
9,24 18,49 36,99 4,83 9,66 19,32 4,99
04/2020 41,18
TANGARA

ROT: 8.001.08.03.002430 SEQ.: 00082

0051722-4

152,13

06/2020

18/06/2020

008362392 FCAM

RECIBO DO ARRECADADOR

FAZENDA: JOSE VIDEI DE MOURA CEP: 00007828578504

END: R. AMERICA 508 01 NOVA ESTACAO CEP: 69.905-970

BENEFICIARIO: CONSUMIDOR DE ENERGIA ELÉTRICA Total a Pagar (R\$)

Rua 19/06/2020

JULHO/2020

13/08/2020

161

138,61

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES
R. PERNAMBUCO 1131 ESCRITORIO BOSQUE
CPF: 00032373414449
CEP: 69.900-433 - BIC BRANCO

44637	22/07/2020
43876	24/06/2020
1.000	24/06/2020
161	21/07/2020
161	22/07/2020
NORMAL	030
	28

COMERCIAL	81	8026646	3.6.3.2	285
-----------	----	---------	---------	-----

JUN/20	129	CONSUMO	161 A R\$ 0,826813 =	133,11
MAI/20	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,50
ABR/20	115			
MAR/20	254			
FEV/20	410			
JAN/20	101			
DEZ/19	371			
NOV/19	399			
OUT/19	358			
SET/19	433			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
8 A 161 - 8,569848				

5984.47C4.2058.8467.DC60.D256.E0AB.65EC

36,50		133,11
40,72	25,00%	33,27
2,41		1,44
10,13	1,00%	
41,35	4,99%	6,64

0,46 1,00 0,46

9,24 18,49 36,99 4,83 9,66 19,32 4,99

TANGARA 05/2020 52,98

ROT: 4.001.04.13.000910 SEQ.: 00310

RECIBO DO ARRECADADOR

DEVEDOR: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES (CPF: 00032373414449)
R. PERNAMBUCO 1131 ESCRITORIO BOSQUE (CEP: 69.900-433)

UC	Referencia	Data de Vencimento	Total a Pagar (R\$)
267139-5	JUL/2020	13/08/2020	R\$ 138,61

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 023 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E BESSEBURA. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ LUIZ MONTEIRO GUIMARÃES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 323.734.144-49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDSON VIDEL DE MOURA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.932.712-00

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima EDSON VIDEL DE MOURA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.932.712-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA PERNAMBUCO</u>	Número:	<u>11910</u>	Complemento:
Bairro:	<u>BOSQUE</u>	Cidade:	<u>RIO BRANCO</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>69.900-933</u> Tel.(DDD):

Local e Data:


Assinatura do Declarante

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 17/02/2020 Hora emissão: 15:19 Operador:
Nº de Ocorrência 2002030042	Qtd. Vítimas 1	DH1 Início: 03/02/2020 13:38 DH1 Término: 03/02/2020 13:38	Classificação de Risco: VERDE-BAIXO RISCO Tipo: CAUSAS EXTERNAS Motivo: Colisão CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Sócio/Parceiro:
Enr. R ANTONIO DA ROCHA VIANA
Bairro: **** SEDLICIONE ****
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Pontos de Referência: EM FRENTE A DETRAN

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do solicitante: (68) 36632902
Queda: CARRO X MOTO II

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima: 1	Nome: EDSON FIDEL DE MOURA Classificação: Endereço:	Idade: 43 ANO(s) Gênero: Documento:	Sexo: MASCULINO
--------------	---	---	-----------------

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima: 1	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUERDO Avaliação: EQUIPE NO LOCAL. PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO COM HISTÓRICO DE DESMAIO EM SÍQUIDA. PORÉM JÁ ACORDADO. SUSPEITA DE FRATURA DE PUNHO D E REFERE DOR EM ÁREA DE CLAVIGULA D. ACORDADO. CONTACTUANDO, PR 110/2. PC SEL BAT 02 96% EM AR AMBIENTE.	Data/Hora: 03/02/2020 13:17
Vítima: 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Avaliação: COLISÃO COM 1 VITIMA AO SOLO, ACORDADO E COM DIFÍCULDADE DE MOVER O MÉNBRIO INFERIOR	Data/Hora: 03/02/2020 12:41

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima: 1	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES Destino: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F
	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO - HUER	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F
	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES Intercomunicação: Observação:	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F

Vítima: 1	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUERDO Destino: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F
	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUERDO Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F
	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUERDO Intercomunicação: NAO HOUVE INTERCORRÊNCIA Observação:	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VÉHICULO

SEU 1	VEICULO: USO DE RBO	Data/Hora Envio Equipe: 03/02/2020 12:43
	DR/Hr: Saída Base: 03/02/2020 12:48	DR/Hr: Chegada Local: 03/02/2020 13:02
	DR/Hr: Saída Local: 03/02/2020 13:28	DR/Hr: Chegada Destino: 03/02/2020 13:33
	DR/Hr: Saída Destino: 03/02/2020 13:33	DR/Hr: Chegada Base: 03/02/2020 13:34

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Emissor pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:39	GEOVANE DOS SANTOS	EM FILA
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:46	GEOVANE DOS SANTOS	EM FILA
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:49	GEOVANE DOS SANTOS	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	03/02/2020 12:42	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
SANDRA REGINA PRADO LOPES	03/02/2020 12:42	SANDRA REGINA PRADO LOPES	EM FILA
ANDRÉ LEONAM LOPES (SQUEREDO)	03/02/2020 13:18	ANDRÉ LEONAM LOPES (SQUEREDO)	EM FILA

Ok

204-B

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

1034(6-2)

No. DO BE: 2698865 DATA: 03/02/2020 HORA: 13:51 USUARIO: ERICO
CNS: 791106847905680 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDSON VIDEL DE MOURA DOC. : NT
 IDADE....: 45 ANOS NASC: 30/04/1974 SEXO.: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA AMERICA NUMERO: 508
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: NOVA ESTACAO
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE VIDEL DE MOURA /JULIETA MARIA DE MOURA
 RESPONSAVEL...: CONDUZIDO PELO SAMU TEL...: 3227.1011
 PROCEDENCIA...: VILA IVONETE CASA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [127 x 74 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [83] SPO2 [97]

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

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
DOLOROSO SEM DOR, LEVE, MÓDERADA, INTENSA]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MÓDERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: + corona (E). (numero CID: 15/15)

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Aspirin 2nd (E) — 14.0

8) Disclotomus Amp (m) 14/1

③ fast & tc cannot fit long & curved

(e) Análisis de errores + extracción

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

TRANSFERENCIA (UNICASDE) DE PACIENTES
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] EML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: Assinatura é feita com a mão direita, sobre o formulário, com a data e hora da assinatura.

15 Sept PAC- Enclosed is a copy of the document
described in the letter to the Secretary of State dated Sept 12, 1940.

NOME DO PACIENTE								IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL								COMORBIDADES	
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR								Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
	10	8-9	7	6-5	5-4	4-3	3-2	Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)			HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos			<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA <input type="checkbox"/> EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

CONFORME ORIGINAL

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____:

3/2/10 # 11216

Pere, 45 anos, Hm fm

Onset gastrintestinal desidrata,

+ febre de 40°C em malha

com 15, infarto tóxi no

+ alt

co. RH fm

Dra. Tammy Saboia
Neurocirurgia
CRM-AC-1035

Lote: 021495 Código: F08 4 202 Entrada do Aço

SISTEMA DE FIX. OSSEAS
SARTORI - LINEFIX
PUNHO/ALUM. T 150 - ESTERIL
Fab.: 18/09/2019 Val.: 09/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIOEstado de Saúde - SESACRE
Centro de Emergência de Rio Branco - HUERBLuis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 032845 Código: F08 2 209

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEAS

SARTORI - LINEFIX FEMUR T

150 - ESTERIL

Fab.: 21/10/2019 Val.: 10/2024

Registro Anvisa Nº 80083650031

Material ACO INOX/ALUMINIO

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

CENTRO CIRÚRGICO

15-25 SALA 01.

DATA 03.02.2020

NOME DO PACIENTE

Edson Tichel de Souza

10:45 AM

PROCEDÊNCIA EMERGÊNCIA X

AMBULATORIO()

OUTROS()

ANESTESIA GERAL X

RAQUE/ANESTESIA()

LOCAL()

OUTROS()

INÍCIO DA ANESTESIA 16:30

TERMINO DA ANESTESIA

17:24

PROCEDIMENTO REALIZADO Fixador de punho e 350.

INÍCIO DA CIRURGIA 16:49.

TERMINO DA CIRURGIA 17:20

CIRURGIAO Dr. Menezes Piamente

AUXILIARES Dr. Robert Wesley...

ANESTESISTA Dr. Virginio T. Brunner

INSTRUMENTADOR Flávia

CIRCULANTE Edilson Góes

ENF Flávia José

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR Sim	GAZES 100
DIPRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 15 cm x 10	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 90 cm x 100 cm
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 03 L
LIDOCAINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº 8,0	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO 80 cm x 100 cm	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPORÉ	SWAB
SÓRIO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SÓRIO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SÓRIO RINGER LACTATO	FRALDA 16G	SERINGA DE 5ML
TIPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGASTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON 3,0	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SINAIS VITAIS

HORÁRIO: 16:30	HORÁRIO: 17:00	HORÁRIO: 17:30
PA: 114x70mmHg	PA: 114x70mmHg	PA: 112x64mmHg
FC: 87 bpm	FC: 85 bpm	FC: 84 bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 18:00	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:

Lote: 032848 Código: F08 2 209
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEOA
 SARTORI - LINEFIX FEMUR T
 350 - ESTERIL
 Feb.: 21/10/2019 Val.: 10/2024
 Registro Anvisa Nº 30083650031
 Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 021498 Código: F08 4 292
 SISTEMA DE FIX. OSSEA
 SARTORI - LINEFIX
 PUNHO/ALUM. T 150 - ESTERIL
 Feb.: 16/09/2019 Val.: 09/2024
 Registro Anvisa Nº 30083650031
 Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.621/0001-00 - Rio Claro /SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

NOME DO PACIENTE:

Edson Vide

IDADE:

45

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

fx rádio distal do Dir + fx Olecrano E
+ lesão art. pélvica

CIRURGIA PROPOSTA:

Fix. Extrema rádio e bacis

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

O mesmo

CIRURGIA REALIZADA:

A frôfora

SAÚDE / CIRURGIA

CON-CRÉDITO ORIGINAL

DATA:
03/2/2020

CIRURGIA:

Dr. Marcelo

1º AUXILIAR

Dr. Robson

2º AUXILIAR

Dr. Wesley

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

Dr. Bruna Dr. Virginio

ANESTESIA:

Geral

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

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

① reto em DTF

② Assepsia + antiissepsia + caps

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedista e Traumatologista
CRM 111.000-AC

- (3) mini incisão - pelo retiro
- (4) coloquêa de pinos Shangs sob escop
- (5) fechamento pelos monitores menor
- (6) colocação de fixador de ferro DIX
sob ferro
- (7) 1º pez exaustiva com SF09X
- (8) sutura
- (9) tela no MSE



CLIC

ORIGINAL

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2698865
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0087
Data da Internacao: 03/02/2020
Hora da Internacao: 14:00
Medico Solicitante: 587.283.842-53 - RONDSON DO VALE
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundário:
Principal:
Secundário:
Outro: 22

DARÉ: Edison Wold de Mello I.D.A.D.E. 1046 REGISTRO: 1046 ENFERMARIA: 1046 D.O. 206

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
03/02/20	# Expectorado náusea distocele	1) Dieta <input checked="" type="checkbox"/> leve 2) SFP 0,9% 500ml <input checked="" type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> 100cc	13:30h	13:30h
	# Disponível na farmácia Domiciliar: 300g dia 3) Dipirona 0,65mg <input checked="" type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> 600cc			
	# Ex clínico			
03/02/20	1) Fimocarb 100mg + 100ml SFP 0,9% 2L <input checked="" type="checkbox"/> 8/8h s/n	2) SFP 0,9% 2L <input checked="" type="checkbox"/> 8/8h s/n	13:30h	13:30h
	3) Foliculina 0,4g <input checked="" type="checkbox"/> 6/8h			
	4) Cefotetina 0,4g <input checked="" type="checkbox"/> 6/8h			
	5) Caudade opacit. + Amoxi 7 dias			
03/02/20	Paciente submetido a obstetral b) Cervicais - sono de ventre	Robson da Costa Fisioterapeuta Roberto Braga Pereira Ortopedista e Traumatologista Psicóloga CRM 1903 / RCR-764 CRP 004830		



REGISTRO

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

45

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B

LETO

206

Evolução	Prescrição	Horário	Anotações de Enfermagem
DI 03/02/20 FRACTURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL DIR/REITO	<p>1. DIETA LIVRE <u>SN</u></p> <p>2. SRL 500ML IV 12/12H <u>10</u></p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <u>10-16</u></p> <p>4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS <u>SN</u> <u>10</u></p> <p>5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS <u>SN</u></p> <p>6. SINAIS VITAIS 4/4H <u>nutro</u></p> <p>7. CUIDADOS GERAIS <u>nutro</u></p>		

DATA: 03/02/2020
HORA: 10:00
PACIENTE: EDSON VIDAL MOURA
DIAGNÓSTICO: FRACTURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL DIR/REITO
ESTADO: SEM DRENAGEM, SEM SINTOMAS
EXAMES: SEM EXAMES
TRATAMENTO: SRL 500ML IV 12/12H, DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H, TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS, PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS
CUIDADOS: CUIDADOS GERAIS
NOTAS: SEM SINTOMAS, SEM DRENAGEM, SEM EXAMES
AVOIDADES: DE FUMAR, ALCOOL, CAFEINA
DATA: 03/02/2020
HORA: 10:00
PACIENTE: EDSON VIDAL MOURA
DIAGNÓSTICO: FRACTURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL DIR/REITO
ESTADO: SEM DRENAGEM, SEM SINTOMAS
EXAMES: SEM EXAMES
TRATAMENTO: SRL 500ML IV 12/12H, DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H, TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS, PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS
CUIDADOS: CUIDADOS GERAIS
NOTAS: SEM SINTOMAS, SEM DRENAGEM, SEM EXAMES
AVOIDADES: DE FUMAR, ALCOOL, CAFEINA

REGISTRO
PACIENTE
EDSON VIDAL MOURA

IDADE
45

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
206

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

DI: 03/02/20
FRAUTURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL
DIREITO
BEG. COM DOR LEVE A MOD.

1. DIETA LIVRE S/N/D
2. SRL 500ML IV 12/12H S/C S/C
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 66H J/OS S/G
4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS S/N
5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS S/N
6. SINAIS VITAIS 4/4H S/G S/G S/G
7. CUIDADOS GERAIS
8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H S/G S/G S/G

9 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
9 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~

SAINTE HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

1 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
2 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
3 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
4 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
5 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
6 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
7 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
8 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
9 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
10 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
11 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
12 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
13 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
14 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
15 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
16 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
17 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
18 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
19 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
20 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
21 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
22 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
23 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
24 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
25 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
26 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
27 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
28 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
29 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
30 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
31 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
32 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
33 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
34 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
35 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
36 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
37 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
38 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
39 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
40 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
41 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
42 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
43 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
44 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
45 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
46 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
47 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
48 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
49 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
50 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
51 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
52 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
53 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
54 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
55 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
56 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
57 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
58 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
59 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
60 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
61 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
62 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
63 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
64 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
65 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
66 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
67 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
68 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
69 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
70 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
71 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
72 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
73 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
74 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
75 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
76 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
77 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
78 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
79 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
80 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
81 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
82 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
83 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
84 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
85 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
86 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
87 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
88 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
89 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
90 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
91 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
92 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
93 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
94 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
95 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
96 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
97 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
98 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
99 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
100 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
101 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
102 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
103 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
104 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
105 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
106 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
107 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
108 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
109 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
110 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
111 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
112 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
113 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
114 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
115 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
116 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
117 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
118 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
119 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
120 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
121 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
122 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
123 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
124 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
125 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
126 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
127 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
128 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
129 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
130 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
131 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
132 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
133 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
134 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
135 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
136 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
137 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
138 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
139 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~
140 - ~~deixar 1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~ ~~1/2~~



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

REGISTRO
PACIENTE
EDSON VIDAL MOURA

digitado e impresso em: 07/02/2020 às 10:56:14

HUERB

IDADE 45	CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B
LEITO 206	

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

DI: 03/02/20
FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL
DIREITO - FRATURA DE CLAVÍCULA
DIREITA + FRATURA DE OLECRANO
ESOEURDO + DISJUNÇÃO DE SINFISE
PÚBLICA

PRE AG PARA DIA 10 E 11
HC, DR FRANCIS E DR RONELDO
BEG, COM DOR LEVE A MOD

1. DIETA LIVRE *5/15*
2. SRL 500ML IV 12/12H *10*
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 66SH *10/16*
4. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML EV 8/8 HRS SN
5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS SN
6. SINAIS VITAIS 4/4H

7. CUIDADOS GERAIS
8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H *10/16*
9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ *10*
10. CLONAZEPAM 0.5MG A NOITE

DR NELSON MARQUEZINE
CRM - 735/MC
MEDICO VISITADOR

SAME / MUSEU

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Prodr. Chácara 19, col. Pacaruli
Tubarão, SC, 88010-000, Brazil
Phone: +55 47 3322-1000
Fax: +55 47 3322-1001
e-mail: info@huerb.com.br

REGISTRO PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE 45 CLÍNICA CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO 206

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 03/02/20

1. DIETA LIVRE *S/N*

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16

10/16



07/02/2022

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>EDILSON VIEIR</u>		Idade <u>45</u>	Sexo <u>M</u>	Cor	Registro / BE	
Selos proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI						
Altura	Peso <u>270</u> PA (mmHg)	P (bpm)	FR (lpm)	Tax (°C)	Sal O ₂ (%)	
Hm	Ht. <u>170</u> Ho	Leuco	Glicose <u>140</u>	Ureia <u>120</u>	Creatinina	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>TRAUMA DO BRAÇO - FRACTURA BURINASCO</u>						
Ap. Resp. <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	Complacência <u>100%</u>				
ACV:	ECG	Alegrias: <u>100%</u>				
Ap. Digestivo/Dentes			Pescoco <u>100%</u>	Peças Dent.		
Ap. Urinário:			Drogas em Uso:			
Estado Mental <u>100%</u>						
Anestesias Anteriores		ASA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Risco			
Medicação Pré-anestésica <u>0</u>	Hora: <u>16:30</u>		Efeito:			
HORA: <u>16:30</u>	18:30					
GASES	O ₂					
	NO ₂					
Líquidos	HALOG					
	WST					
SÍMBOLOS	SpO ₂	98	100	102	104	106
	240	220	200	180	160	140
	220	200	180	160	140	120
	200	180	160	140	120	100
	180	160	140	120	100	80
	160	140	120	100	80	60
	140	120	100	80	60	40
	120	100	80	60	40	20
	100	80	60	40	20	0
	80	60	40	20	0	0
DROGAS ADMINISTRADAS						
1º	Dextrofentanil 0,005		Técnica: GEMFENANESTESIA + Dopamina 1000ml/hora		Monitorização: 16/02/2022 18:30 (APLIZ)	
2º	DANANORA 0,005		Cirurgia: Tumor (Cirurgia de Braço e toráxico)		Ap. Resp.:	
3º	ADONINA 0,005		Cirurgião Auxiliar: Dr. MARCELO VASCONCELOS		Ap. CV:	
4º	FENTANIL 250mcg		DR. MARCELO VASCONCELOS			
5º	ETILENO 70%		DR. MARCELO VASCONCELOS			
6º	NITROX 20% (100%)		DR. MARCELO VASCONCELOS			
7º	NITROX 20% (100%)		DR. MARCELO VASCONCELOS			
8º	MUSCARINA 0,05		DR. MARCELO VASCONCELOS			
9º			Anestesiologista (Assinatura/CRM e carimbo)			
10º						

J. V. NOGUEIRA

J.V. NOGUEIRA IMP E EXP LTDA

Rua Isaura Parente, 671 - Sala 106 - Anexo ao Posto JC
CEP: 69.900-493 - Rio Branco - Acre
Email: ivnoqueira2017@gmail.com

68 - 3223-552 / 9.9985-3305

020958

PEDIDO

Hospital: St. Louis

Cidade: Rio Branco.

Paciente: Edson Vidal de Moura Data Cirurgia: 03/02/20

Médico Resp. Marcelo Rohren Nesley Convenio: SUS

Prontuário: 2698865. Procedimento: Fixação Puerperal

Robson de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1903 / RQE 764

SAME / HERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Data: 03/02/20

VALOR TOTAL R\$

#534.50 #



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

NOME: Edison Videl de Paula

IDADE: 45 ANOS 03/02/2020 14:30

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: ✓

Vesícula Biliar: ✓

Pâncreas: ✓

Rins: ✓

Aorta: ✓

SANGUE / HUERB

Baço: ✓

CONFORME ORIGINAL

Bexiga: ✓

Serão dispensados fármacos na cardia
de abdominal, no momento da

Conclusão:

irregular

vide lauro

magist

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO COM ACP (American College of Physicians)

NOME: Edson Vidal de Souza

IDADE: 45 ANOS

• HAS	(<input type="checkbox"/>) SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
• DIABETES	(<input type="checkbox"/>) SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
• ANGINA	(<input type="checkbox"/>) SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
• IAM PRÉVIO	(<input type="checkbox"/>) SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
• AVE	(<input type="checkbox"/>) SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
• EAP	(<input type="checkbox"/>) SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
• DAC FAMILIAR	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM	NÃO (<input type="checkbox"/>)

EXAMES LABORATORIAIS: HB: 11,40 LEUCO: 9.800 UR: 43 CREA: 1 INR: 1 COAG: -

EXAME FÍSICO: AC: B2C ZFN P: SSO AP: MUDA SCA

ECG: R: 788 bpm mno

RAIO X TÓRAX: Muda calcifica normal

ECOCARDIOGRAMA: () SIM NÃO

AO: AE: VE: SPTO: FE: SAMU / HSERB

paciente anamnese da parte cardiológica

CONFIRME ORIGINAL

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO ACP: () BAIXO () MODERADO () ALTO

DR. RODRIGO GONÇALVES DE AZEVEDO
CARDIOLOGIA
CRM/AC:1574

RBR/AC, 09/02/2020

Dr. Rodrigo G. de Azevedo
Cardiologia
CRM/AC 1574

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: EDSON VIDEL DE MOURA (EME)
Requisicao: 20.PC.2.000106
Num. do BE: 02698865

Idade...: 45A
Requis.: 09/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS
(Solicitante: MARIA LUCIANA DE ASSIS SANTOS

Cons. Regional: 2258

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhares)....	3.60	mm ³	VR: H:4,5 a 5 M:4 a 5 milhares/mm ³
Hemoglobina.....	11,40	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	32,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM.....	83,20	fL	VR: 78 a 88 fL
HCM.....	29,20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	35,10	g/dL	VR: 32 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global.....	9.500	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basófilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Eosinófilos.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	2	mm ³	
Mielocitos.....	190	mm ³	
Valor Absoluto.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Metamielocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Bastões.....	1	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	95	mm ³	
Segmentados.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	6.650	mm ³	
Linfocitos.....	21	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto.....	1.995	mm ³	
Monocitos.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	570	mm ³	
Blastos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Observações.....			

SAN/11/2020

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS

CONFIDENCIAL ORIGINAL

alexandre passos da silva - 09/02/2020

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 09/02/20 as 18:03 Coleta: 09/02/20 as 17:36-1a. Via Impressa: 09/02/20

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado..... 235.000 /mm³ VR: 150 a 400.000 / mm³

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 09/02/20 as 18:03 Coleta: 09/02/20 as 17:36-1a. Via Impressa: 09/02/20

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: EDSON VIDAL

ID paciente: 44

Data nascimento: 0 Ano

Cód barra: 2000106 Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc Data da coleta: 09/02/2020

Depart.: Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	43	mg/dL		10 - 50
CRE	1.0	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 09/02/2020

Data/Hora teste: 09/02/2020

Data/Hora Impr.: 09/02/2020 17:47:04

Testador:

Revisor:

Eliana S. Ferreira Saraiça
Biomédica
CRBM 778/PA

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRMAR ORIGINAL

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: EDSON VIDEL DE MOURA (EME)
Requisicao: 20.PC.2.000106
Num. do BE: 02698865

Idade...: 45A
Requis.: 09/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: MARIA LUCIANA DE ASSIS SANTOS

Cons. Regional: 2258

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA

Amostra: Plasma

Metodologia:	Quick	
Tempo de Protrombina:	13	Segundo
Atividade Protrombina:	100	%
INR:	1	

VALOR NORMAL 13,0
VB: 100 %

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 09/02/20 as 18:28 Coleta: 09/02/20 as 17:36-1a. Via Impressa: 09/02/20

ELIANA DA SILVA F SARAIVA
CRBM 778/PA
09/02/2020

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

freq	88	QT	343	—EIXO—
PR	142	OTC	415	P 40
QRS	76			QRS 43
				T 33

..... INTERPRETAÇÕES

Unconfirmed Diagnosis

I idade não registrada, considerada 50 anos para fins de interpretação de ECG

ritmo sinusual

eixo P normal, freq V 50-99

Edson Vilela Marques

nr. 16-50

nsans 09/02/20

0.015-100 Hz

100B CL

P?

100B CL

P?

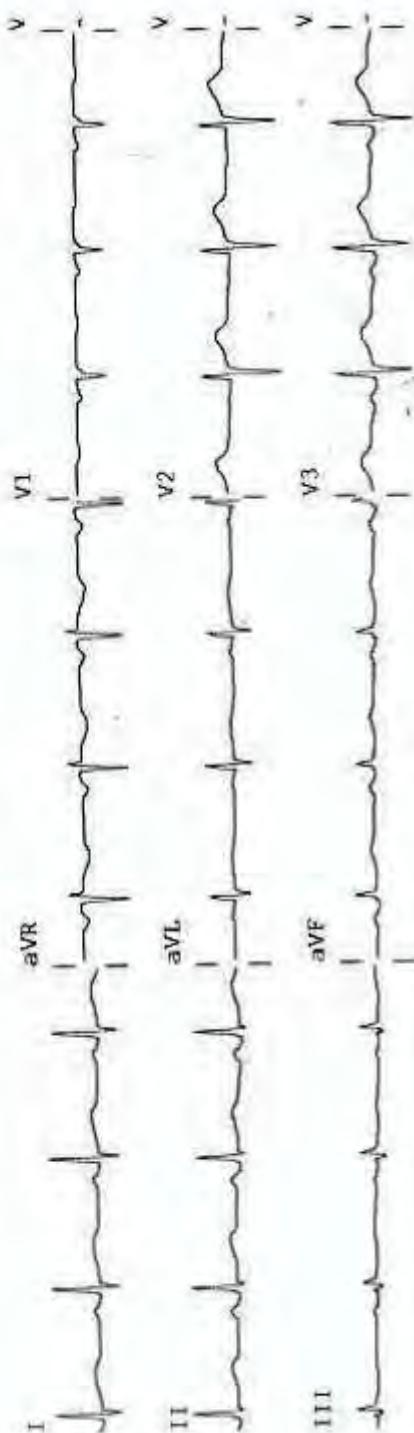
- ECG NORMAL -

Equip: Metab: 10 mm/mV Metab: 10 mm/mV

equip:

Metab: 25 mm/s

equip:





Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor em peito (D) + dor no lado esquerdo (D) + dor no abdômen (D) + cefaleia (D)

História da Doença Atual: Fadiga (D) + febre alta (D) + dor no peito (D) + desconforto no lado esquerdo que ocorre de modo frequente

História da Doença Anterior: onco

Exame Físico: onco

Diagnóstico Provisório: onco

Diagnóstico Definitivo: onco

Motivo da Cobrança: 12

31/01/00

2/2/00

- 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/ FISIOLOGIA
- 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. NAR

- 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 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 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 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

317.444

No. Registro.: 317444

Nome.....: EDSON VIDEL DE MOURA

Documento....: 222586 Tipo: IDENTIDADE

Nascimento....: 30/04/1974

Estado Civil.:

Idade.....: 45 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: O MESMO

Nome da Mae...: JULIETA MARIA DE MOURA

Endereco.....: RUA AMERICA, 00508 CEP: 99999.999

Telefone.....: 000000032271011

Bairro.....: NOVA ESTACAO

Municipio....: 1200401 - RIO BRANCO - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: BAHIA

Cadastramento: 17/10/2012

CONFERE COM ORIGINAL

Responsavel

03.08.20

Data 29/10/19 1^ª consulta
 P 93,6kg
 A 1,68 Cm
 PA 120 180 mmHg

Paciente relata dor no coração,
 não fuma, não DM, HASO
 Síndrome: Teste ergometro

Eletro

ECG

Dra. Janaina Rei,
 Cardiologista
 CRM: 1247

Data 29/10/19 Peso 92Altura 1,68 Cm exames normaisPA 120 180 mmHg

medicação: Propranal 400mg

Acta de Acta de Acta de

F

17/02/20 Amputação do mês Dr Francis Kashima

27/02/20 # - FX de clavícula distal direita

27/02/20 - FX de radio distal direito.

- FX de Ulna esquerda

Lesão do Anel pelvic (cirurgia com Dr Ronaldo 11/02/20)

Paciente comparece no consultório de ambulatório referindo queixas de eliminação de secreção em clavícula direita (F.

EX Físico: - Clavícula direita, F.O hiperêmico, sem eliminação de secreção a respeito.

- Punteiro direito F.O limpo, seco, sem sinais flogísticos, edema $+1/4$, Neuro periférico ok.

- Cotovelo: F.O limpo e seco sem sinais flogísticos edema $+1/4$. FLEX/EXT: 10° a 90°

RX = Sintaxe Norma procedimentos.

conduta: 1) FST. cotovelo esquerdo.

2) Retirar os pontos em punteiro direito, esquerdo

3) RX de controle a retorno em 30 dias

4) Consulta médica.

5) Declarado médico.



Francis Kashima
CRM-ROE 173
CRM-MAC 2217

17/03/2020 - MAF:

2 meses PO.

PF: pele melhora da secura da clavícula
Aus de dor a palpação dos ossos

A clavícula (C), pulso (P) - ócclusão (O),

OB: Atividade PO F&L pulso (P) / fina
PO em 02 meses

Dr. Francis Kashima
Ortopedista - ROE 173
Cirurgião-Médico - ROE 191
CRM 74574

357.444
HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 317444

Nome.....: EDSON VIDEL DE MOURA

Documento....: 222586 Tipo: IDENTIDADE

Nascimento...: 30/04/1974

Estado Civil.:

Idade.....: 45 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel..: O MESMO

Nome da Mae..: JULIETA MARIA DE MOURA

Endereco.....: RUA AMERICA, 00508 CEP: 99999.999

Telefone.....: 000000032271011

Bairro.....: NOVA ESTACAO

Municipio....: 1200401 - RIO BRANCO - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: BAHIA

Cadastramento: 17/10/2012



27/03/2020

♂ 76 anos

DT: 03/02/2020

DC: 11/02/2020

Ambulatório Quadril
(Dr. Roniello)

Fissos auel pelvico
CD: osteossíntese.

Paciente reper dor pelvico, marcha
dificilmente.

Rx controles: Parapewa normoposicionada
Placas Normoposicionadas.

CD: -Fisioterapeu
-Fortalecimento muscular
-Reprise em 60 dias





HOSPITAL DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: Edson Vidal de Moraes Nº Registro 317444
Data Nasc: 22/07/1974 Sexo: _____ Estado Civil: _____
End: _____
Naturalidade: _____ Profissão: _____
Nome e Endereço do Responsável: _____

Nome e Endereço do Responsável		ANOTAÇÕES
DATA		
25/05/2020		<p>ontem: Crs. Emanoel e Lourival PO # reforço 610 (DC 05/05/2020)</p> <p>C6 Rx</p> <p>Francisca Onoprodista CNAAC 111 RDE 294</p>
29/05/2020		<p>Rei OK, COFST</p> <p>Francisca Onoprodista CNAAC 111 RDE 294</p>
27/07/2020		<p>MO FE = P11087914 Rx: PO consolidado FST</p> <p>Francisca Onoprodista CNAAC 111 RDE 294</p>

Em Branc
Cunha



[Topo](#) [Imprimir](#)

Vagas de Retorno Soberanas:	1
Vagas de 1a Vez Consumidas:	0
Vagas de Retorno Consumidas:	0
Vagas de Reserva Consumidas:	0
Solicitações Confirmadas:	0
Solicitações Pendentes:	6
Solicitações com Falta:	0
Total de solicitações:	9

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AC

2

RELATÓRIO DE ALTANOME: Edson VianaAO AMBULATÓRIO EM 15 DIASDr. RonanDT 3/2/20DC 14/02/20DIAGNÓSTICO Lesão de articPermeável → fx clínico/marc
de laço.CONDUTA Observar

CUIDADOS GERAIS.

 COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM
BXs EM MÃOS Baclo Ap/Inlet/Outlet FAZER CURATIVO DIARIAMENTE. USAR TALA () USAR GESSO USAR TIPÓIA NÃO PISAR FAZER USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO punho (1) RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA 14 dias 15 dias

AGENDAMENTO

 PS - REGULAÇÃO DE LEITOS ~~FUNDHACRE~~Rio Branco-AC: 13/2/20

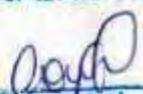
Topo Imprimir

Vagas de 1ª Vez Consumidas:	0	Total de solicitações:	9
Vagas de Reserva Consumidas:	6	Solicitações com Falta:	0
Solicitações Confirmadas:	0	Solicitações Pendentes:	6
Vagas de Retorno Consumidas:	0	Solicitações Pendentes:	0
Vagas de 1ª Vez Consumidas:	0	Vagas de Reserva Consumidas:	6

Bravos

LS

CONFERE COM ORIGINAL


Responsável

03/03/20

RECEITUÁRIO MÉDICO

LAVOO

PACIENTE:

ARISTO para os devidos fins que o Sr. EDSON
VIDAL DE MOURA sofreu acidente de trânsito
no dia 03/02/2022 apresentando FRACTURA
DE CLAVICULA (D), FRACTURA RÁDIO DISTAL (D), FRACTURA
OLECRANIANA (E) e LESÃO DA ARTICULACAO PELVICA. Foi
submetido a cirurgia com pedicla com osteosíntese
com placa na clavícula (D) NO RÁDIO DISTAL (D), SÍNTESE
pubica; BANDA DE TEUSSEN NO OLECRANIANO (E) e PARAFÍSIS
SACRO PELVICO ET SQUEDA.
Evolui com limitação fraca no ombro (D),
PUNHA (D), catrada (D), Região da Anel pélvico.
Por Tanto é portador de sequelas definidas
NO MSD em 75%, NO MSE 52% e NA REGIÃO PELVICA
50%. e de alta mobilidade.

DATA: 31/07/2022


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 453 AC

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.900-664 - FONE: 3223-4608



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200296039 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA **Data do acidente:** 03/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Vítima de acidente de moto x carro.
Fratura de clavícula direita.
Fratura de Radio Distal direito.
Fratura do olecrano esquerdo.
Lesão do Anel Pélvico .

Descrição do exame físico: Apresenta-se a perícia em bom estado geral, fala e pensamento fluí normalmente, cognição preservada.
Deambulação:
Deambulação com claudicação de grau moderado, fazendo uso de bengala.
Ombro direito :
Ombro Direito sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 150 graus, extensão 30 graus , adução 30 graus , abdução 150 graus, rotação externa 70 graus e rotação interna de 70graus.
aumento de volume e deformidade do ombro direito,com cicatriz cirúrgica .
Punho direito:
Cicatriz cirúrgica na face anterior distal de antebraço direito e punho direito.
Punho Direito com aumento de volume (perimetria 20,5cm em comparação com o punho esquerdo em 19cm)
sendo que o mesmo consegue realizar movimentos ativos de flexão que chega até 70 graus, extensão 70 graus , desvio ulnar 30 graus (45 graus) e desvio radial 10 graus.
Cotovelo esquerdo:
Cicatriz cirúrgica na face posterior do cotovelo esquerdo.
Cotovelo Esquerdo com aumento de volume e deformidade (perimetria 32,5cm e comparação com o cotovelo direito com 30cm) sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 90 graus e extensão 10 graus .
Região pélvica ,do crônico que piora com a flexão do quadril esquerdo,com leve limtação funcional devido a dor..

Resultados terapêuticos: Vítima foi submetido a tratamento cirúrgico para osteossíntese com placas na fratura da clavícula direita e no radio distal direito;Banda de tensão no olecrano esquerdo e parafusos sacroiliácos esquerdos.
Após alta hospitalar, iniciou seguimento ambulatorial por 6 meses, não fez as sessões de fisioterapia(por motivos pessoais).Não houve complicações .
Apresenta consolidação das lesões com necessidade de fisioterapia ainda. .
Alta definitiva sem data específica (informado pelo paciente, sem comprovação documental/ relatório médico assistente).

Sequelas permanentes: Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/08/2020

Conduta mantida:

Observações: Conforme descrição do médico examinador há dano funcional moderado em quadril à esquerda, moderada em cotovelo esquerdo e moderada em membro superior direito

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DANOS**

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			60 %	R\$ 8.100,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200296039

Nome do(a) Examinado(a): EDSON VIDEL DE MOURA

Endereço do(a) Examinado(a): R AMERICA, 508 - RIO BRANCO/AC - CEP 69908-970

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 222586

Data e Local do Acidente : 03/02/2020

Data e Local do Exame : 27/08/2020 Rua Minas Gerais número 858 Bairro : preventor - CEP 69900-129

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Vítima de acidente de moto x carro.

Fratura de clavícula direita.

Fratura de Radio Distal direito.

Fratura do olecrano esquerdo.

Lesão do Anel Pélvico .

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima foi submetido a tratamento cirúrgico para osteossíntese com placas na fratura da clavícula direita e no radio distal direito; Banda de tensão no olecrano esquerdo e parafusos sacroiliacos esquerdos.

Após alta hospitalar, iniciou seguimento ambulatorial por 6 meses, não fez as sessões de fisioterapia (por motivos pessoais). Não houve complicações .

Apresenta consolidação das lesões com necessidade de fisioterapia ainda. .

Alta definitiva sem data específica (informado pelo paciente, sem comprovação documental/ relatório médico assistente).

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Apresenta-se a perícia em bom estado geral, fala e pensamento fluí normalmente, cognição preservada.

Deambulação:

Deambulação com claudicação de grau moderado, fazendo uso de bengala.

Ombro direito :

Ombro Direito sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 150 graus, extensão 30 graus , adução 30 graus , abdução 150 graus, rotação externa 70 graus e rotação interna de 70 graus.

aumento de volume e deformidade do ombro direito, com cicatriz cirúrgica .

Punho direito:

Cicatriz cirúrgica na face anterior distal de antebraco direito e punho direito.

Punho Direito com aumento de volume (perimetria 20,5cm em comparação com o punho esquerdo em 19cm)

sendo que o mesmo consegue realizar movimentos ativos de flexão que chega até 70 graus, extensão 70 graus, desvio ulnar 30 graus (45 graus) e desvio radial 10 graus.

Cotovelo esquerdo:

Cicatriz cirúrgica na face posterior do cotovelo esquerdo.

Cotovelo Esquerdo com aumento de volume e deformidade (perimetria 32,5cm e comparação com o cotovelo direito com 30cm) sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 90 graus e extensão 10 graus.

Região pelvica, dor crônico que piora com a flexão do quadril esquerdo, com leve limitação funcional devido a dor..

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau moderado (50%) do MSE insusceptível de reabilitação.

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau intenso (75%) do MSD insusceptível de reabilitação.

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau moderado (50%) da região pelvica, insusceptível de reabilitação.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MSD

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

MSE

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

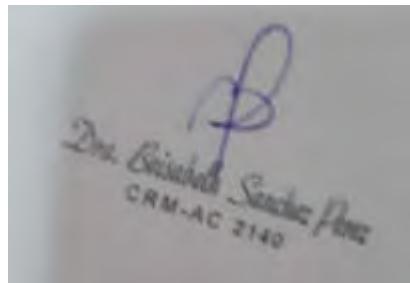
REGIÃO PELVICA

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Beisabeth Sanchez Perez CRM : 2140 / UF :AC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232191/20

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

CPF: 513.932.712-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2020

Titular do CPF: EDSON VIDEL DE MOURA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES : 323.734.144-49

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

EDSON VIDEL DE MOURA : 513.932.712-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/08/2020
Nome: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES
CPF: 323.734.144-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA