



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07035920920208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	16/11/2020 16:47:09

Partes

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

Documentos

Petição:	2765358_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2765358_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-15.pdf
Anexo - Petição:	2765358_CONTESTACAO_A nexo_02 - 16-23.pdf
Anexo - Petição:	2765358_CONTESTACAO_A nexo_02 - 24-35.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 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07035920920208010001

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 **ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/07/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular³, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

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

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

³"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviçais ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeta, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnaldo Rizzardo assevera que o analfabeto, “por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível” (op. cit. 687). Arnaldo Wald enuncia que “O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público.” (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed.

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal⁴.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

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, CPC⁵.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

⁴Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº [\[2009.001.20283\]](#), 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "*Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato. Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização. Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece.*"

⁵"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)

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/05/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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 parciais⁶.

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.

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI Nº 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 citação⁸.

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 ação⁹

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

⁷ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁸ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹ **art.**

1º

(...)

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

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

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 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 GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07035920920208010001.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob n.º 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. **07035920920208010001**, que tramita **5ª** 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.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

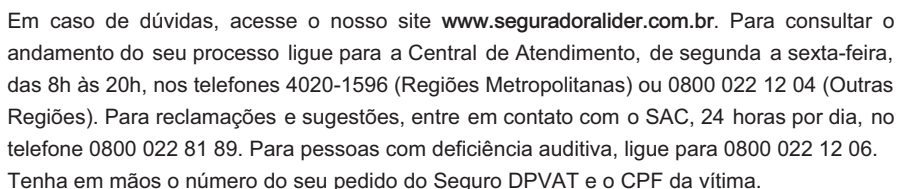
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 21/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000069788-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672037 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: PG. 3,17.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. (ILEGÍVEL), HOSPITAL - HUERB - PG. 15. DATA: 28/11/2019.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8422-6055

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda à 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

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

Brenda Freitas da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura (da testemunha)

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 020027/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2018 09:25 Data/Hora Fim: 09/07/2018 09:29
Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional

Data/Hora do Fato: 21/05/2018 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Lugar: ESTRADA DO CALAFATE

Bairro: Conj. Habitacional

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA (VÍTIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Sena Madureira

Sexo: Feminino

Nasc: 06/03/1978

Profissão: Diarista

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Solteira

Nome da Mãe: Maria da Conceição de Freitas

Nome do Pai: Sebastião Maurício Ferreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 701.814.202-44

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Lugar: Rua Projeta

Bairro: Floresta Sul

Telefone: (66) 99936-4746 (Celular)

Nº 57

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA NO LOCAL ACIMA CITADO NA CALÇADA QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA. A MESMA FICOU BASTANTE LESIONADA.

ASSINATURAS



Fernanda Moraes de Oliveira
Responsável pelo Atendimento



Antônia Francelina de Freitas Ferreira
(Comunicante / Vítima)

Declaro que os dados fornecidos são verdadeiros e sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração, que os dados são verdadeiros e não são falsos. Não Denúnciação Caluniosa e Não Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Fabrício Leonardo da S. Sobreira
Delegado de Polícia Civil
Mat. 9325298-1


Declaração de Acidente de Trânsito Nº 426/2018

**COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 21/05/2018 HORA: 18:00
LOGRADOURO: ESTRADA DO CALAFATE
BAIRRO: VILA BETEL CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓX A FUNDAÇÃO BRADESCO

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: MARCA: MODELO: ESPÉCIE
RENAVAM: CHASSI: COR: UF:
PROPRIETÁRIO: CPF:
ENDEREÇO: CIDADE

3. DADOS DA VÍTIMA

() CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA (X) PEDESTRE
NOME: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: FEMININO NASCIMENTO: 08/03/1978 PROFISSÃO: DIARISTA
CPF: 701.814.202-44 RG: 353300 ORG.: SEPC/AC
NATURALIDADE: SENA MADUREIRA NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL INCOMPLETO
REGISTRO DA CNH: CATEGORIA: VALIDADE: UF:
ENDEREÇO: CIDADE:

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito, a Sra. ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA que relata que no dia, local e horário supramencionados estava na calçada conversando com seu cunhado quando, de repente, foi atingida em cheio por uma motocicleta, que segundo ela era uma CB 300 de cor azul, mas que não foi possível identificar a placa, pois o condutor se evadiu, sem prestar socorro à vítima. A vítima teve três faturas na perna direita e encaminhada ao Pronto Socorro de Rio Branco pela Equipe do SAMU conforme consta no B.E. nº 2553929.

Antonina Francelina de Freitas Ferreira

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: AKAUANY FERRAZ PEREIRA RG: 4538
POSTO/GRAD: SD PM MATRÍCULA: 9378456-1 OPM: BPTRAN
DATA: 03/07/2018 HORA: 15:00
ASSINATURA: *Akauany Ferraz Pereira*

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8422-6055

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda à 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

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

Brenda Freitas da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura (da testemunha)

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8422-6055

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda à 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

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

Brenda Freitas da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura (da testemunha)

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 701.814.202-44 4 - Nome completo da vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 701.814.202-44
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: R. BOM JESUS 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: FLORESTA SUL 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.912-494
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8422-6055

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5
(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, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda à 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

027.637.482-80

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

Brenda Freitas da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIO BRANCO-AC 29/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000069788-5

Nr. da Autenticação C286662177F3F8F8

Para maiores informações consulte o site
www.eletroacreenergisa.com.br
ou ligue para 0800 013 5012 (horário de atendimento)
ou para 0800 013 5012 (horário de atendimento)

Nº da Fatura: 005889901

Para maiores informações consulte o site
www.eletroacreenergisa.com.br
ou ligue para 0800 013 5012 (horário de atendimento)

OUTUBRO/2019 01/11/2019 281 260,86

SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA
R. BON JESUS 57 FLORESTA SUL
CPE: 0001347390210
CEP: 69.012-404 - RIO BRANCO

ROT: 6.001.06.13.001900

Consumo	23606	Valor	04/10/2019
Adicional	23325	Reajuste	04/09/2019
Descontos em Antecipação	1.000	Prejuízo	05/11/2019
Outros	281	Exigido	03/10/2019
Total	281	Valor Total	04/10/2019

FCAM

Tipo de Consumo: NORMAL

Tipo de Consumo: NORMAL

Mês de Consumo: 30

RESIDENCIAL MORIO 7168397 1.1.1.1 232

Consumo	281 A R\$ 0,890311 =	250,17
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		10,69
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,55	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	9,73	

SET/19 202
AGO/19 203
JUL/19 309
JUN/19 251
MAI/19 327
ABR/19 390
MAR/19 138
FEV/19 142
JAN/19 185
DEZ/18 173

TARIFA DE ILUMINACAO
0,55 - 0,55

MENSAGENS IMPORTANTES E AVISOS

Mes/Ano Valor R\$
09/2019 281,37

Unidade de Medida: kWh e o valor do consumo de energia elétrica é de 281,37 kWh. O valor pago por este consumo é de R\$ 281,37. Este valor é composto pelo consumo de energia elétrica e pelo valor do imposto de consumo. Este valor é devido e deve ser pago até o dia 10/11/2019.

ATENDIMENTO AO FISCO 43CB.03F1.CBES.BCDD.1077.A1A0.B363.7CEU

Consumo	69,56	Valor de Consumo	250,17
Adicional	62,51	Reajuste	25,00%
Descontos em Antecipação	2,10	Valor de Imposto	62,54
Outros	24,12	Valor de Imposto	0,66%
Total	71,83	Valor de Imposto	3,07%

Consumo	9,24	Valor de Consumo	18,48
Adicional	1,49	Valor de Imposto	2,60
Total		Valor de Imposto	0,53
Total		Valor de Imposto	0,53
Total		Valor de Imposto	0,53

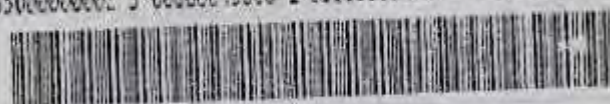
TANGARA

ROT: 6.001.06.13.001900

Eletroacre Energisa

0135012-9	TOTAL A PAGAR - R\$
MES FUTURO	260,86
10/2019	VENCIMENTO
	01/11/2019
Nº da Fatura: 005889901	FCAM

8360000002 3 60060045000 1 00000000135 4 01291019008 6



LEAGIA DIPLOMA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2553929 DATA: 21/05/2018 HORA: 18:58 USUARIO: CONCEICAO
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA DOC.: NT
IDADE: 40 ANOS NASC: 08/03/1978 SEXO: FEMININO
ENDEREÇO: TRAV. BOM JESUS NUMERO: 57
COMPLEMENTO: LOTE 57 BAIRRO: FLORESTA SUL
MUNICIPIO: BUJARI UF: AC CEP: 99937-875
NOME PAI/MAE: SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA / MARIA DA CONCEICAO DE FREITAS
RESPONSÁVEL: A MESMA VEIO NO SAMU TEL.: 99919-7001
PROCEDENCIA: VILA BETEL MAE
ATENDIMENTO: ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[120 X 80 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[78] SPO2[98]

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de Atropelamento. Trazida pelo SAMU. Orientada em todo o espaço. 6036m 15/15 (MOTO) Ferimento em região frontal, NECA FERIDA, profunda, 15cm, ferimentos. Leve dor ferida costal direita. Ausculta pulmões preservados em ambos ombros. Ausculta cardíaca normal. OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [] VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] AZUL []
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] Assiste fúria, indignação a respeito do acidente. Sem dor no momento. Possível fratura.

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Sx. Ferimento 10cm de 0,4cm + Trauma Torax EV LENTO
- 2) TC de LOMBO e CERVICAL
- 3) Rx Torax, Ausculta, Membro INF DIREITO
- 4) CONTINUA SINAR VITAL

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESTINANCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Em 18/5/18, paciente vítima de atropelamento por moto, conduzida pelo SAMU com trauma torácico e lesões em membros inferiores. Exame físico: sem alterações. Exame de imagem: TC de LOMBO e CERVICAL. Rx de TORAX. Ausculta: sem alterações. Membro inferior direito: sem alterações. Continuação sinar vital.

24/05/2018

USG ABDOMINAL

- ORGÃO ABDOMINAIS SEM LESÃO VISÍVEL NA EULPTASIS
- SEM LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PERITONEAL.

Dr. KLEBER

CRM 864 AC.

USG ABDOMINAL SEM LESÃO VISÍVEL
Do 40h. Rx de TÓRAX, DURA-MEIA SEM ALTERAÇÕES

ALTA DA CLÍNICA

6224

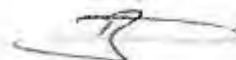
Rx MÚLTIPLO INFERIOR COM FRACTURA TÍBIA E FIBULA.

① RESULTADO SUTURA REGIÃO FRONTAL E NASAL.

② SORTEIO AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA

③ SORTEIO AVALIAÇÃO ORTOFEDIA

Dr. Bruno Braga
Residente - Clínica Geral
CRM/AC 77



21/05/18
12:10h

Neuro

Paciente ACS 15/15

sem focalização motor

ou sensível

fragor reflexos e astenismo

primário.

TAC/Rx sem radições

neurocirurgias emergentes

As condições da emergência
C-6.

De 14h 30m

As 03:20h paciente admitida
no centro cirúrgico
condições, responsável, para
cirurgia

Maria José Monteiro
Enfermeira
77206



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERE

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 08:30 SALA 02 DATA 12/11/2017

NOME DO PACIENTE Henrique Pereira da Silva ID 40

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (X) AMBULATÓRIO () OUTROS ()

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

INÍCIO DA ANESTESIA 08:45 TÉRMINO DA ANESTESIA 09:15

PROCEDIMENTO REALIZADO Fractura de fêmur do membro inferior direito

INÍCIO DA CIRÚRGIA 09:15 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 11:30

CIRURGIÃO Dr. Alexandre AUXILIAR(ES) Dr. Paulo

ANESTESISTA Dr. Roberto INSTRUMENTADOR Dr. Carlos

CIRCULANTE Dr. Henrique ENF Adriana

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº <u>10x1,2</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON	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
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAYULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 5%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 03:50	HORÁRIO: 04:00	HORÁRIO: 04:30
PA: 116 x 78	PA: 116 x 78	PA: 100 x 67
FC: 114 bpm	FC: 100 bpm	FC: 104 bpm
SPO2: 98%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 05:00	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 117 x 78 mmHg	PA:	PA:
FC: 100 bpm	FC:	FC:
SPO2: 100%	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: 085259 Código: F08 2 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - CINEFIX
FÊMUR T 350 - ESTÉRIL

Fabric.: 19/02/2018 Val.: 02/2023

Registro ANVISA Nº: 80093850031

Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.423/0001-00 - Rio Claro / SP
+55 19 3636-1910 - comercial@sartori.ind.br

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 10

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo.... : 90260
Numero do CNS..... : 0000000000000000
Nome..... : ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
Documento..... : NT Tipo :
Data de Nascimento: 8/03/1978 Idade: 40 anos
Sexo..... : FEMININO
Responsavel..... : SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA
Nome da Mae..... : MARIA DA CONCEICAO DE FREITAS
Endereco..... : TRAV. BOM JESUS 57 LOTE 57
Bairro..... : FLORESTA SUL Cep.: 00000-000
Telefone..... : 99919-7001 MAE
Município..... : 1200138 - - AC
Nacionalidade..... : BRASILEIRO
Naturalidade..... : ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2553929
 Clinica.: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.: 999.0117
 Data da Internacao: 21/05/2018
 Hora da Internacao: 19:00
 Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA
 Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
 Diagnostico.: Y87.1
 Identif. Operador.: COSMA

INFORMACOES DE SAIDA

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

7



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				3 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				90260	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - DATA DE NASCIMENTO	
				10 - SEXO	
				11 - RAÇA/COR	
				12 - ETNIA	
11 - NOME DA MÃE				13 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				18 - UF	
				19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Trauma no punho @ com fx exposta limite de movimento + dor					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Cirurgia					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame físico + RX					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Ligamento lateral, Estabilidade, etc					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CLÍNICA					
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
30 - DOCUMENTO					
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
35 - CNPJ DA SEGURADORA					
36 - Nº DO BILHETE					
37 - SÉRIE					
38 - CNPJ EMPRESA					
39 - CNAE DA EMPRESA					
40 - CBO					
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
42 - EMPREGADO					
43 - EMPREGADOR					
44 - AUTÔNOMO					
45 - DESEMPREGADO					
46 - APOSENTADO					
47 - NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
49 - COD. ORGÃO EMISSOR					
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
51 - DOCUMENTO					
52 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



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



UNIDADE:

NOME:

CO-1
Andressa Troncheira de Freitas

IDADE: 40 B.E.:

OBSERVAÇÃO

LEITO:

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

21/05/18

Tratada, Sinais vitais estáveis
7h30 - 8h30 (9)

(4) Anti-Zen

(9) ST 0,9 g 500ml EV 12h/24h
(3) Torcedor 100mg
ST 100mg / EV 8/8h

18-7

(4) Paracetamol 500mg EV 8/8h
(5) Exame de sangue

21-6

Estável

Dr. Fátima Cecília Almeida
FARMACIA DE ESPECIALIDADE
CRM - AC 1070



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

Novo Acre
(Chassis painting and engine oil)



UNIDADE:

4000

NOME: MARCO ANTONIO CIDADE: NOVA BRASÍLIA

OBSERVAÇÃO ()

LEITO

[illegible]



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

digitado e impresso em: 22/05/2018 às 09:31:28

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

107

HUEFB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 21/05/2018 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA CO: LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR BIPLANAR PACIENTE REFERE DOR EM PERNA DIREITA FO COM SECREÇÃO SANGÜÍNEA ALERGIA DÍPIRONA	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DICLOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12H 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12H 8. RANTIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 10. CUIDADOS GERAIS 11. SINAIS VITAIS 12. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA 13. CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS 14. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO		7.00h Recebido em enfermaria e liberado para o quarto. Realizado curativo e medicação. Sinais vitais: FC 90, PA 120/80, T 36,5, S 20. Paciente está bem, sem dor. Curativo realizado e sem secreção. Sinais vitais dentro da normalidade. Paciente está bem, sem dor. Curativo realizado e sem secreção. Sinais vitais dentro da normalidade.

PACIENTE

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS

IDAIDE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

MOF 2017

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 21/05/2018 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA ALERGIA A DIPIRONA CD: LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR BIPILANAR PACIENTE REFERE DOR EM PERNA DIREITA FO COM SECREÇÃO SANGÜÍNEA	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DICTOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12H 8. RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 10. CUIDADOS GERAIS 11. SINAIS VITAIS 12. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA 13. CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS 14. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DICTOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12H 8. RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 10. CUIDADOS GERAIS 11. SINAIS VITAIS 12. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA 13. CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS 14. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DICTOFENACO 75 MG IM 24/24 HRS 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H 7. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12H 8. RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 10. CUIDADOS GERAIS 11. SINAIS VITAIS 12. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA 13. CEFAZOLINA 1 GR EV 8/8 HRS 14. GENTAMICINA 240 MG + 250 ML 24/24 HRS EV PASAR LENTO

[Faint handwritten text, possibly "Dr. F. J. ..."]



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente:		Idade		Sexo		Cor		Registro / BE		
Setor 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 checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI	
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tem (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sanguíneo	Fator Rh		
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP		
Diagnóstico Pré-Operatório:										
Ap. Resp.		<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:		Complacência:				
ACV:		ECG:		Alegrias:						
Ap. Digestiva/Dentes					Pescoço		Peças Dent.			
Ap. Urinário:					Drogas em Uso:					
Estado Mental:										
Anestesias Anteriores:					ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		Risco			
Medicação Pré-anestésica:					Hora:		Efeito:			
HORA:										
GASES	O ₂									
	NO ₂									
	HALOG									
Líquidos										
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgião	SpO ₂									
	240									
	220									
	200									
	180									
	160									
	140									
	120									
	100									
	80									
	60									
	40									
	20									
	DROGAS ADMINISTRADAS			Técnica:			Monitorização:			
	1º									
2º			Cirurgia:			Ap. Resp:				
3º										
4º			Cirurgião/Auxiliar:			Ap. CV:				
5º										
6º			OBS:							
7º										
8º										
9º										
10º			Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):			Pedro C. Anestesiologista				

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. DECESES UNIDAS, 700, BOQUE - RIO BRANCO - CEP. 69100-020 - TEL. 333-2040
CGC - 04.034.526/0002-24

Pág.: 0

Paciente.: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA (FME)
Regulacao: 18.PC.2.006821
Data do BE: 02553929

Idade.: 68A
Requis.: 22/05/20

St. Origem.: HUERE/PS CIA
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Lab.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemoglobina (em milnes)	1.50	mm3	VR: 4.5 a 6.4 a 9 milnes/mm3
Hemoglobina (g/dl)	7.24	g/dl	VR: 13 a 18 a 12 a 16 g/dl
Hematócrito (%)	23.00	%	VR: 42 a 52 M: 37 a 45 %
Hematócrito (fl)	66.70	fl	VR: 74 a 99 fl
Hematócrito (pg)	10.60	pg	VR: 26 a 34 pg
Hematócrito (g/dl)	10.80	g/dl	VR: 31 a 36 g/dl

LEUCOGRAMA

Leucócitos Globais	7.100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Linfócitos	0	mm3	VR: 2 a 4 %
Monócitos	0	%	VR: 0 %
Eosinófilos	0	mm3	VR: 0 a 1 %
Basófilos	0	%	VR: 0 a 2 %
Plaquetas	212	mm3	VR: 50 a 100 %
Plaquetas	40	%	VR: 21 a 35 %
Plaquetas	2.640	mm3	VR: 4 a 9 %
Plaquetas	50	%	VR: 0 %
Plaquetas	2.640	mm3	
Plaquetas	7	%	
Plaquetas	497	mm3	
Plaquetas	0	%	
Plaquetas	0	mm3	

Rosemary M. Rivas
Biomédica
CRM - 4.807.750

VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
PARA AREA PACIENTES ADULTOS

Realizado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA CRM RO/AC 41 23/05/18 às 08:55 Coleta: 23/05/18 às 06:32-18 Via Impressa: 23/05/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de sangramento:	02 MINUTOS	VR: 1 - 3 minutos
Tempo de coagulação:	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Tempo de Plaqueletas:	201.000 /mm3	VR: 152 a 400.000 /mm3

Realizado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA CRM RO/AC 41 23/05/18 às 08:55 Coleta: 23/05/18 às 06:32-18 Via Impressa: 23/05/18



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor + limitação do movimento do
punho (D)

História da Doença Atual: Trauma no punho (D)

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: Dor + limitação do movimento do punho
com 1º Esparto

Diagnóstico Provisório: Fx Esparto do punho (D)

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Motivo da Cobrança: Cirurgia

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECRÓPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECRÓPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECRÓPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECRÓPSIA C/ PERM. REC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/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 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO



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

RECEITUÁRIO MÉDICO

ANÁLISE LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA

LABORATÓRIO

DOUÇURA VITIVA E MARMALADA
BISCOITO COM MARMALADA
DO NÍVEL INICIAL COLESTEROL
UM FATOR GORDURA COM
PESO 23 40% NA RESERVA
A MARMALADA

5822

DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARRIZO

[Handwritten signature]

BY CONSUMO

[Handwritten signature]

190333

ANTHONY FRANCIS (DE TRESTA) FERRER
190333
DOB: 08-MAR-1936 AGE: 41 Y

190333

ANTHONY FRANCIS (DE TRESTA) FERRER
190333
DOB: 08-MAR-1936 AGE: 41 Y

P/D

D

2000-08-17

2000-08-17



AP/D

P/D

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PATRIMÔNIO HERMÍNIO DE MELLO



Polegar Direito



Antonia Francelma de Freitas Ferreira

Assinatura do Titular

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
MOMÉ 353300

DATA DE
EXPEDIÇÃO 04/01/2017

ANTONIA FRANCELMA DE FREITAS FERREIRA

FILIAÇÃO

SEBASTIÃO MAURÍCIO FERREIRA

MARIA DA CONCEIÇÃO DE FREITAS

NATURALIDADE

SENA MADUREIRA - AC

DOC ORIGEM

CERTO NASC 16.314 FLS 194 LIV A-14

2 OF RTO BRANCO AC

QFS

701.814.202-44

SANADO EMERITO (sem assinatura)
SISTEM DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

P. 80

DATA DE NASCIMENTO

08/03/1976

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428814/19

Número do Sinistro: 3190672037

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERR

CPF: 701.814.202-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA : 701.814.202-44

Autorização de pagamento

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: 06/12/2019

Nome: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

CPF: 701.814.202-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019

Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix

CPF: 025.787.852-10

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428814/19

Vítima: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERR

CPF: 701.814.202-44

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/05/2018

Titular do CPF: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA : 701.814.202-44

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: 02/12/2019
Nome: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
CPF: 701.814.202-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

MAIRLA LIMA DE SOUZA