

ALESSANDRA COSTA
ADVOGADA
OAB/AC 5.222
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA, brasileira, união estável, do lar, inscrito no CPF nº 701.814.202-44 e no RG nº 353300 SSP/AC, residente à Rua Bom Jesus, nº 57, Bairro Floresta sul, em Rio Branco/AC.

OUTORGADO: Dra. ALESSANDRA COSTA DA SILVA, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita na OAB/AC sob o nº. 5.222, com endereço profissional na rua formosa, nº 791, Nova Estação, cidade de Rio Branco – AC e endereço eletrônico: adv.alessandrac@gmail.com

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o OUTORGANTE nomeia e constitui a OUTORGADA como sua advogada, a **quem confere todos os poderes “ad judicia et extra”**, para o Foro em geral, para que proceda todos os atos necessários à defesa de seus direitos e interesses, em qualquer foro ou instância, onde se fizer necessário.

Bem como agir extrajudicialmente e/ou administrativamente, para o bom desempenho desse mandato, perante pessoas físicas e jurídicas de direito público federal, estadual e municipal ou de direito privado, inclusive requerer certidões e informações em delegacias de polícia e demais órgãos da administração pública direta e indireta.

PODERES ESPECÍFICOS: Podendo ainda receber intimações, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar acordos e compromissos, receber e dar quitação em espécie ou por meio de alvará, reter valores recebidos a título de honorários.

A Procuradora poderá ainda substabelecer, com ou sem reservas os poderes do presente mandato, enfim, praticar todos os atos legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

Rio Branco – AC, 03 de março de 2020.

Arrogo de ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA por estar impossibilitada temporariamente, assina a rogada

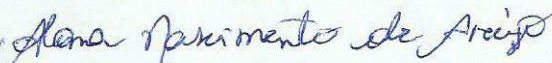


FRANCISCA ANTONIA DE FREITAS FERREIRA

RG: 312488 SEPC/AC

Testemunha:

Nome: 
RG: 0267823 SSP/AC

Nome: 
RG: 50605150 - SSP/AC



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

NOME ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA

FILIAÇÃO
 SEBASTIÃO MAURÍCIO FERREIRA
 MARIA DA CONCEIÇÃO DE FREITAS

DATA NASCIMENTO 08/03/1978
NATURALIDADE SENA MADUREIRA-AC
TIPO/FATOR RH ☒ **ORGÃO EXPEDIDOR** SEPC-AC
OBSERVAÇÃO ☒

IMPOSSIBILITADO TEMPORARIAMENTE

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 701.814.202-44 DNI ☒
 REGISTRO GERAL 353.300 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2019

REGISTRO CIVIL ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA
 CERT. NASC. Nº16314 - LIV.A-14 - FLS.194 - CARTORIO 2ºRIO
 BRANCO-AC

T. ELEITOR	CTPS	SÉRIE	UF	POLEGAR DIREITO
☒	☒	☒	☒	
NIS/ PIS/ PASEP	IDENTIDADE PROFISSIONAL			
☒	☒			
CERT. MILITAR	☒			
☒	☒			
CNH	CNS			
☒	☒			

SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES
 DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 80

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.955.033/0001-70 | Inscrição estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica / Santa Luzia

Nº da Nota Fiscal 005889901

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

OUTUBRO/2019

01/11/2019

281

260,86

SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA
R. BOM JESUS 57 FLORESTA SUL
CPF: 00013347390210
CEP: 69.912-494 - RIO BRANCO

ROT: 6.001.06.13.001900

Atual:	23606	Atual:	04/10/2019
Anterior:	23325	Anterior:	04/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	05/11/2019
Consumo Medido:	281	Emissão:	03/10/2019
Consumo Estimado:	281	Arrecadação:	04/10/2019
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7168397		1.1.1.1	232

Mes/ano consumo	CONSUMO	281 A R\$ 0,890311 =	250,17
SET/19	292	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	10,69
AGO/19	293	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,55
JUL/19	309	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	9,73
JUN/19	251		
MAI/19	327		
ABR/19	390		
MAR/19	138		
FEV/19	142		
JAN/19	185		
DEZ/18	173		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
O A 281 - 0,83456			

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

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 19/10/2019, o não pagamento por parte dos consumidores também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

RESERVADO AO FISCO 43CB.D3F1.CBE8.BCDD.F077.A1A0.B363.7CEB

Distribuição:	69,56	Base de Cálculo:	250,17
Energia:	82,51	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	2,10	Valor do ICMS:	62,54
Encargos:	24,12	Valor do PIS:	0,66%
Tributos:	71,88	Valor do COFINS:	3,07%
			7,68

	DIC			FIC			DMIC	DCRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Debitos	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,22	4,99	
Realizada	1,49			2,00			0,83	
Conjunto	TANGARA			Periodo de apuracao:			08/2019	108,80

ROT: 6.001.06.13.001900

Eletroacre Energisa

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.955.033/0001-70 | Inscrição estadual: 01.004.141/001-46

SEU CÓDIGO	0135012-9	TOTAL A PAGAR - R\$	260,86
MÊS FATURADO	10/2019	VENCIMENTO	01/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 005889901 FCAM

83600000002 3 60860045000 1 000000000135 4 01291019008 6



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA, brasileira, união estável, do lar, inscrito no CPF nº 701.814.202-44 e no RG nº 353300 SSP/AC, residente à Rua Bom Jesus, nº 57, Bairro Floresta sul, na cidade de Rio Branco – Acre,

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício se estenda a todos os atos do processo.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Rio Branco - AC, 03 de março de 2020.

Impossibilitada temporariamente de assinar:

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS FERREIRA



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)

Logradouro: ESTRADA DO CALAFATE

Bairro: Conj Habitacional

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(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: 08/03/1978

Profissão: Diarista

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição de Freitas

Nome do Pai: Sebastiao Mauricio Ferreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 701.814.202-44

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Projeta

Nº 57

Bairro: Floresta Sul

Telefone: (68) 99936-4746 (Celular)

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.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020027/2018

ASSINATURAS

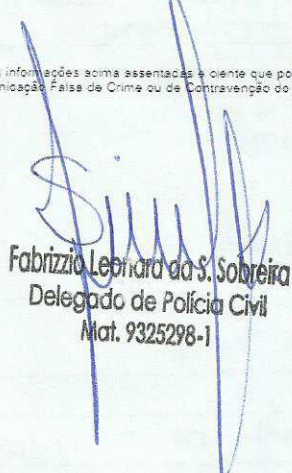


Fernanda Moraes de Oliveira
Responsável pelo Atendimento



Antônia Francelina de Freitas Ferreira
(Comunicante / Vítima)

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



Fabrizzio Leonard 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	☒ 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.

Antonia Franceline de Freitas Ferreira

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

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

**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.

FUNDHACRE
FUNDAÇÃO HOSPITAL DO ACRE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente ANDREA FRANCISCA DE BRANCO
UNO MELO

Imune vítima de trauma automobilístico apresentando fratura fechada do osso da perna direita no dia 21/05/18 sendo tratado com fixador externo e recebendo uma mélica com déficit em movimento de cerca de 50% da amplitude de movimento. MRSS 1255
B822

DATA 17.12.19

Carimbo
ASSINATURA
Issaiane Euler
Ortopedia Traumatologia
CRM/AC 1314 RQE 545

ALISSANDRA DIPIANA

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
ENDERECO.....: TRAV. BOM JESUS NUMERO: 57
COMPLEMENTO...: LOTE 57 BAIRRO: FLORESTA SUL
MUNICIPIO.....: BUJARI UF: AC CEP....: 99937-178
NOME PAI/MAE...: SEBASTIAO MAURICIO FERREIRA /MARIA DA CONCEICAO DE FREITAS
RESPONSAVEL...: A MESMA VEIO NO SAMU TEL....: 99919-700
PROCEDENCIA...: VILA BETEL MAE
ATENDIMENTO...: ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[150 X 80 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[78] SPO2[100%]

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

En tempo e espaço, 6h30m 15/15. (NOTA) Paciente vítima de atropelamento, trazida pelo SAMU. Orientada, pupila isocórica, fotomaculenta. Leve dor no membro inferior direito. Ausculta normal. MV preservando em ambos pulmões. Ausculta cardíaca normal. Ritmo normal.

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
Assimile fúcido, insufla a 15cm profunda. RAA 11.

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]
Segundo o SAMU. Possível fratura.

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

1) Sa. Fisiologica 100ml 0,9% + Trasma 100mg EV LENTO

2) TC DE CERVICO E CERVICO CERVICAL.

3) Rx Tórax, Abdome, Membro INF. DIREITO

4) CONTROLE SINAIS VITAIS

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] TML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

às 18:58hs paciente vítima de atropelamento por moto conduzida pelo SAMU em prancha rígida e collar cervical, sendo cortado em região frontal + imobilização com MJD. App em MSE. Gemente no momento por dor local e orientar Tec. Inf. P. Ana.

21/05/2018

USG ABDOMINAL

fls. 16

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

Dr. KLEBER

CRM 864 AC

USG ABDOMINAL SEM LESÃO VISÍVEL.
20:40h. Rx de TÓRAX, DUA MAMAS SEM ALTERAÇÕES

Rx MAMAS INFERIORES COM FRATURAS TÍBIA E FIBULA.

ALTA DA CUNHADA

GENEL

① RENOVO SUTURA REGIÃO FRONTAL E NASAL.

② SOLICITO AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

③ SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA

Dr. Bruno Braga Palácio
Residente - Cirurgia Geral
CRM/AC 22.13



21/05/18
12:10h

Neuro Q

SAÚDE / TUBET3
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Paciente ACS 15/15
Sem focalização motor
ou sensitiva
fugaz Reflexos e atencional
preservados.

TAC/Rx sem lesões
Neurocirúrgicas evidentes
Aos níveis da coluna
C-6.

De 14h para

às 03:20h presente admitido
no centro cirúrgico
consciente, responsiva, para
o procedimento cirúrgico.

Maria José Monteiro
Enfermeira
CRM 77206



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 03:20 SALA 02 DATA 22/05/2018
 NOME DO PACIENTE Antônia Fraudecliana IC 40
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (X) AMBULATÓRIO () OUTROS () de Freitas Ferreira
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 03:55 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO Fixador externo do Tibia F
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 04:00 TÉRMINO DA CIRÚRGIA _____
 CIRURGIÃO Dr. S. S. S. S. AUXILIAR(ES) Dr. R. R. R.
 ANESTESISTA Dr. P. P. P. P. INSTRUMENTADOR Cláudio
 CIRCULANTE Jatimar A. A. A. ENF Mário J. J.

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% 1	AGULHA DESC Nº <u>40X12-1</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>200ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 1	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA <u>U</u>
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>200ml</u>
DIPIRONA 11	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>52</u> <u>11</u>	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 <u>11</u>
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 <u>11</u>
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN <u>11</u>	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS 1	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>11</u>
KETALAR <u>11</u>	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>22-11</u>
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>1111</u>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>10</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA 1	DRENO DE PENROSE Nº <u>10</u>	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS <u>11</u>	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <u>11</u>	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO <u>30x</u>	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 1	SERINGA DE 5ML <u>1</u>
TICPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML <u>1</u>
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>2-0</u> <u>11</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

Cloridina 200ml
11 degermante 20

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 03:50	HORÁRIO: 04:00	HORÁRIO: 04:30
PA: 112 x 78	PA: 112 x 78	PA: 100 x 67
FC: 59 bpm	FC: 100 bpm	FC: 101 bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 05:00	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: 107 x 58 mmHg	PA:	PA:
FC: 85 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: 095259 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX
FÊMUR T 350 - ESTÉRIL

Fabric.: 18/02/2018 Val.: 02/2023

Registro ANVISA Nº: 80093850031

Material: Aço Inox / Alumínio

Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
+55 19 3539-1910 - comercial@sartori.ind.br

CONFIRMADO
CONFIRMADO
CONFIRMADO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====FICHA DE INTERNACAO
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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

SAINT PIERRE
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



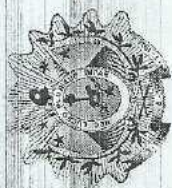
Novo Acre
Governo parceiro, povo empregado

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

SUS Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____		2 - CNES: _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____		4 - CNES: _____	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Antônio Francilina de Azeite</u>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>90260</u>	
8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>03/03/1978</u>		9 - SEXO: ☐ Masc. ☒ Fem.	
10 - RAÇA/COR: _____		10.1 - ETNIA: _____	
11 - NOME DA MÃE: _____		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____		18 - UF: _____	
19 - CEP: _____		20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:	
Trombo no punho @ com fx exposta limitando movimento + dor			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
Cirurgia			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):			
Exome Antio. + RX			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Duplo Cerebral + Osteoartrite HC</u>		24 - CID 10 PRINCIPAL: _____	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____	
29 - CLÍNICA: _____	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____	31 - DOCUMENTO: _____	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>12/05/2020</u>	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA: _____	40 - Nº DO BILHETE: _____	41 - SÉRIE: _____
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA: _____	43 - CNAE DA EMPRESA: _____	44 - CBOR: _____
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: _____		
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____	
48 - DOCUMENTO: _____		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____			



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



Novo Acre

UNIDADE:

UNIDADE: CO-156

NOME: Juliana Francisca de Jesus Pereira

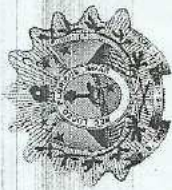
(DADE: 40) B.E:

NOME: Sybil Translitterazione di gratias agere DADE: 40 B.E.:

OBSERVAÇÃO

LEITO:

[illegible]



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



UNIDADE: Avulso

NOME: Antônio Francisco Puntade: 40A.B.E.:

OBSERVAÇÃO CCB

LEITO: W/4

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
22/05/18	Px Exposto do Trabalho	(1) nroto (10) leve		As 06:10 h aox
		(2) 500,9 g 500,0 8/8 500		2500 aoxa 100
	Impure + brônco com	(3) Cefazolin 1000 8/8 12 20		1000 aoxa 100
	Exibido / externo	(4) Clotrimazol 200 140		med. Puntade
		500 0,9 1. 2000 1000		Bacardado
		(5) Tramadol 100		201 de brônco
		1000 1 40		PA 107 x 58 mm
		1500 99 1. 1000 1000		Hg SP 100 1/1
				Mortuário 1000
				Enfermeira 17206
		(6) Primário 1000 6/6 1000		22/05/18
		(7) clx ou 1000 1000		10:30 1000
		(8) 350 1000 1000		na CC 13 com
				morea, carbônico
				alk brônco
				do anexo 1000
				1000 1000



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIA FRANCELINA DE FREITAS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

174

HUERB

Unidade de Registro

Documento impresso em 12/05/2020 às 15:50:13

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 21/05/2018 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA	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 12/12 H 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		nas assepsias locais. paciente tátil e sensível. reapresentando quadro de de calor e rubor. f. 37,0. espécies. f. 98 batidas por e com a pele seca. cada vez no 70 bat. seu trabalho. 7,560g 25/5/2018 5, no início da de um bom de um bom f. 36 batidas por 36 batidas por 25/05/18, 40u, realizado para tudo. M/D, para de alta hospitalar. Glória Leite de Mello Enfermeira CORENAC-81833



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

fls. 26



FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	ANTHUSA FRANCISCA DE ALMEIDA ENFERM					Idade	40	Sexo	F	Cor		Registro / BE	21
Setor proc:	☐ PSA	☐ PSI	☐ CCA	☐ CCB	☐ CMA	☐ CMB	☐ CC	☐ UTI					
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh					
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Urêia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP					
Diagnóstico Pré-Operatório: RX TÓRAX E FÊMUR (D)													
Ap. Resp:		☐ Asma		☐ Bronquite		MV:		Complacência:					
ACV:		ECG:		Alegrias:		DIPLOMADO							
Ap. Digestivo/Dentes					Pescoço			Peças Dent.					
Ap. Urinário:					Drogas em Uso:								
Estado Mental: LOR													
Anestesias Anteriores:					ASA: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐			Risco					
Medicação Pré-anestésica:					Hora: 03:45			Efeito:					
HORA: 03:45					ANUS								
GASES	O ₂												
	NO ₂												
	HALOG												
Líquidos													
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂												
	240												
	220												
	200												
	180												
	160												
	140												
	120												
	100												
	80												
60													
40													
20													
DROGAS ADMINISTRADAS					Técnica: RAQUIDIANESTESIA				Monitorização: ECG + P + ANS				
1º PROPOFOL 1mg					Cirurgia:				Ap. Resp.:				
2º SÓDIO CLOR 0,9%					Cirurgião/Auxiliar:				Ap. CV:				
3º BOLS. SUPLENÇÃO HÍDRICA - CETOSSOLAS BETA E FEMUR													
4º BOLS. STIG + MOKINA BOMBO													
5º CARLODARCO													
6º LUBRIFICANTE JELCO					OBS: ISASB, RUY								
7º ANESTÉSICO 4mg													
8º													
9º													
10º					Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):				Pedro O Anestesiologista				

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALESSANDRA COSTA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 12/05/2020 às 15:50, sob o número 07035920920208010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0703592-09/2020-8-01-0001 e código 25E80BC.

Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

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

História da Doença Atual: Trauma no punho (D)

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: Dor e limitação do movimento do punho com fx exposta

Diagnóstico Provisório: Fx exposta do fêmur (D)

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Motivo da Cobrança: Urgência /

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

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 69788 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Brenda Freitas da Silva
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Brenda Freitas da Silva
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 027.637.482-80
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Brenda Freitas da Silva

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)