



Receituário Odontológico

fls. 16

Para:

Paciente Jeana da Costa Ferreira Araújo, realizou tratamento endodôntico nos dentes 12, 11, 21 e 22. Este tratamento foi proposto em decorrência de um acidente automobilístico no ano 2019, em decorrimento disso a paciente necessitou realizar tal procedimento. Jeana é acompanhada desde 2017 pela Dra. Especialista em Ortodontia dentar d'Arcy, e em seus exames iniciais não apresentava nenhuma alteração em seus dentes anteriores superiores. Em exames de exames radiográficos recentes, foi observado que havia uma lesão periapical nos elementos tratados. Tal procedimento realizado no período de 3 de agosto a 22 de agosto do corrente ano.

Dra. Jéssica Araújo
Cirurgiã Dentista
CRO/AC 1421

22.08.2020

"Siga corretamente a prescrição, não desaparecendo os sintomas procure imediatamente o dentista."

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589429

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 05/07/2019, emitido pelo Dr. ILEGIVEL CRM nº 000000 - AC, da Instituição HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROIBIDO PLASTIFICAR

1216042576

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1216042576

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAÚJO

DOC. IDENTIDADE (CPF, RG, CNH, etc.)

300540 BPPC AC

CPF

768.437.852-04

DATA NASCIMENTO

04/05/1978

FUNÇÃO

JOSE FERREIRA

MARIA DE FÁTIMA

MARIANO DA COSTA

RENÚNCIA

ACC

AD

VALIDADE

26/12/2019

18/12/2014

JOANA DA COSTA F. Araújo

RG

1216042576

DATA EMISSÃO

22/12/2015

95101658344

AC100595984

Assinatura do Titular

Assinatura do Emissor

Assinatura do Recebente

AG. RIO BRANCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014398815950
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CUD. RENAVAM 01 01154811724 R.N.T.R.C. 2019 EXERCÍCIO

JOANÁ DA COSTA FERREIRA ARAUJO
Mrd Lacre: AC0000929590

NOME

AC

768.437.852-04 CPF / CNPJ PLACA NX54414

9C2KC2500JR118168 CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/CG 160 START MARCA / MODELO 2018 ANO FAB. 2018

2F/0162CC/ PARTICU CATEGORIA COR PREDOMINANTE VERMELHA

1º PAGD* COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
2º PAGD* COTA UNICA VENC. COTAS
3º PAGD* COTA UNICA VENC. COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$0.32 R\$84.58 15/03/2019

SEN RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO-AC LOCAL DATA 08/05/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014398815950 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 08/05/2019

01 768.437.852-04 CPF / CNPJ PLACA NX54414

01154811724 RENAVAM MARCA / MODELO HONDA/CG 160 START

2018 ANO FAB. 9 VAL. TME. 9C2KC2500JR118168 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$36.05 FMS (R\$) R\$4.01 DENATRAU (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

R\$4.15 CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$0.32 IOF (R\$) TOTAL SERVIÇOS DE EMPLACAMENTO R\$84.58

X COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE CANCELAMENTO 15/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.249.009/0001-04



CTCE CUIABA MT PL6

JOANA C F ARAUJO

R RIO NEGRO 296

PORTAL DA AMAZONIA

69915-338 RIO BRANCO - AC



00605181

Postagem : 22/07/2019

Verimento: 01/08/2019



7213195-069141600000006518130220719

> Total da Fatura

Saldo - R\$
Saldo convertido - R\$

259,34
n nn

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF
Retiradas e uso do limite



COMPROVANTE DE SALDO
REDE COMPARTILHADA

CLIENTE	JOANA DA COSTA F ARAUJO
AGENCIA	2358-2 CONTA
SALDO	24.769-3
LIM	78.95C
JUROS	0,00
	0,00 DISPONIVEL
	0,00 IOF

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1216042576

PROIBIDO PLASTIFICAR 1216042576

NOME: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

DOC. IDENTIDADE/CNH EMISSOR/UF: 300540 BEPC AC

CPF: 769.437.852-04 DATA NASCIMENTO: 04/05/1978

FILIAÇÃO: JOSE FERREIRA

MARIA DE FATIMA

MARIANO DA COSTA

PERMISSÃO: ACB CAT. INEL. AB

IP RESIDENTE: 06264569297 VALIDEZ: 26/12/2019 18/12/2014

OBSERVAÇÕES: A

JOANA DA COSTA F. Araujo

LOCAL: RIO BRANCO - ACRE DATA EMISSÃO: 22/12/2015

Ornelli Salgado Araujo Junior
Diretor Geral
ACOMANHADO DESPACHO

SOLICITADO POR: AC406595984



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031927/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2019 16:07 Data/Hora Fim: 23/08/2019 16:22
 Delegado de Polícia: Cléber Gnatta

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Central de Flagrantes
 Data/Hora do Fato: 03/07/2019 19:42

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: Avenida Castelo Branco

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Boca do Acre Sexo: Feminino Nasc: 04/05/1978
 Profissão: Professor
 Estado Civil: Casado(a)
 Nome da Mãe: Maria de Fátima Mariano da Costa Nome do Pai: José Ferreira

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: Rua Rio Negro Nº: 296
 Bairro: Portal da Amazônia
 Telefone: (68) 99214-8969 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava em via pública em sua motocicleta placa NXS4414 Honda CG 160 quando veio um veículo tipo Corolla placa EWU4940 bateu em sua motocicleta. Que a comunicante estava fazendo o retorno na rotatória e o veículo colidiu com sua moto. Que nas proximidades havia um SAMU e fez o atendimento no local. Que a comunicante foi levada para o Hospital Dr. Ary Rodrigues, porém seria necessário que a comunicante viesse para o Pronto Socorro de Rio Branco, pois seu dedão direito do pé tinha quebrado e rompimento de ligamento na perna. Que a comunicante teve múltiplos ferimentos na cavidade bucal.

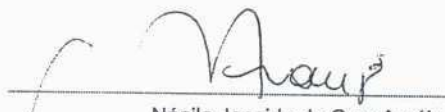


GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031927/2019

ASSINATURAS


Nágila Janaide da Cruz Araújo
Agente de Polícia
Matrícula 9409076-1
Responsável pelo Atendimento


Joana da Costa Ferreira Araujo
(Comunicante)

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

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA AD NEGOTIA"

UTORGANTE: **JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO**, brasileira, casada, professora, portadora do RG n. 300540 SSP/AC, CPF n. 768.437.852-04, residente e domiciliada na Rua Rio Negro, Nº 296, bairro Portal da Amazônia, cep.: 69.915-838, na cidade de Rio Branco- Acre, não possui e-mail.

OUTORGADOS: FAÍMA JINKINS GOMES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/AC sob o nº 3.021, com endereço profissional no rodapé, onde recebe intimações.

FINALIDADE: Por este instrumento de procuração e na melhor forma de direito, confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, outorgar procurações à terceiros e nomear prepostos, podendo agir em Juízo ou fora dele, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo sua procuradora usar dos poderes contidos na cláusula "*ad judica et extra & ad negocia*", bem como os poderes especiais dispostos no artigo 105 da Lei 13.105/2015, quais sejam: reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e firmar compromisso bem como agir administrativamente perante aos órgãos públicos competentes para o bom desempenho desse mandato, inclusive de requerer certidões negativas ou positivas nas fazendas federais, estaduais e municipais, bem como informações sobre sua situação no Pronto Socorro, INSS, SPC, SERASA, CADIN, CDL, Prefeitura Municipal de Rio Branco, SEFAZ, Receita Federal do Brasil, Cartórios em geral, delegacias de polícia, administração pública direta e indireta, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, dando tudo por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARO que sua situação econômica não permite pagar à custa do processo, tampouco honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família, razão porque necessita dos benefícios da ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA.

DOS HONORÁRIOS CONTRATADOS

O Outorgante assume ainda o compromisso contratual de pagar aos outorgados, o valor de 30%(trinta por cento) sobre o proveito econômico que obtiver com a demanda judicial, inclusive quantias decorrentes de sucumbência, se houver.

Rio Branco – AC, 07 de outubro de 2019.

Joana da Costa F. Araújo
JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031927/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2019 16:07 Data/Hora Fim: 23/08/2019 16:22
 Delegado de Polícia: Cléber Gnatta

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Central de Flagrantes
 Data/Hora do Fato: 03/07/2019 19:42

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: Avenida Castelo Branco

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Boca do Acre Sexo: Feminino Nasc: 04/05/1978
 Profissão: Professor
 Estado Civil: Casado(a)
 Nome da Mãe: Maria de Fátima Mariano da Costa Nome do Pai: José Ferreira

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: Rua Rio Negro Nº: 296
 Bairro: Portal da Amazônia
 Telefone: (68) 99214-8969 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava em via pública em sua motocicleta placa NXS4414 Honda CG 160 quando veio um veículo tipo Corolla placa EWU4940 bateu em sua motocicleta. Que a comunicante estava fazendo o retorno na rotatória o veículo colidiu com sua moto. Que nas proximidades havia um SAMU e fez o atendimento no local. Que a comunicante foi levada para o Hospital Dr. Ary Rodrigues, porém seria necessário que a comunicante viesse para o Pronto Socorro de Rio Branco, pois seu dedão direito do pé tinha quebrado e rompimento de ligamento na perna. Que a comunicante teve múltiplos ferimentos na cavidade bucal.

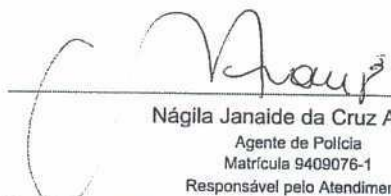


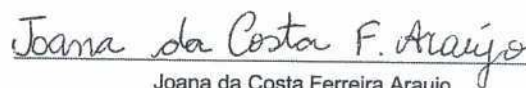
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031927/2019

ASSINATURAS


Nágila Janaide da Cruz Araújo
Agente de Polícia
Matrícula 9409076-1
Responsável pelo Atendimento


Joana da Costa Ferreira Araújo
(Comunicante)

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



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

004011-8

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Volante Magalhães 726 - Bosque - Rio Branco - AC
CEP: 69.055-055 - Fone: (16) 311-7911 Fax: (16) 311-7901-46
Nota Fiscal e Contrato de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 005117153

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.438 de 26 de Abril de 2002.

PERÍODO	VENCIMENTO	DÍGITO PORTAL	VALOR
JULHO/2019	01/08/2019	162	137,87

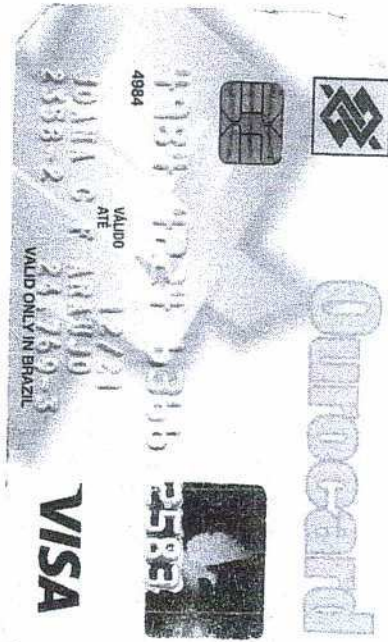
KELFRN GARCIA SILVA DE ARAUJO
R. RIO NEGRO 296 PORTAL DA AMAZONIA
CPF: 00043367810282
CEP: 69.915-838 - RIO BRANCO

ROT: 11.001.1.1.07.000580

DATA DE FATURAMENTO	VALOR	DATA DE PAGAMENTO
Atual:	10916	Atual: 15/07/2019
Anterior:	10754	Anterior: 13/06/2019
Coefficiente de Multiplicação:	1,000	Próxima Letura: 14/08/2019
Consumo Medido:	162	Emissão: 12/07/2019
Consumo Estimado:	162	Aprovação: 15/07/2019
	FCAM	

Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:		Dias de Consumo:	32
DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código F. U.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7264405		1.1.1.1	167

HISTÓRICO DE CONSUMO		HISTÓRICO DE PREÇOS	
Período consumo		CONSUMO	162 A R\$ 0,814875 = 132,00
JUN/19	168	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,87
MAI/19	169	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,15	
ABR/19	155		
MAR/19	160		
FEV/19	165		
JAN/19	180		
DEZ/18	153		
NOV/18	221		
OUT/18	176		
SET/18	167		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 162 - 0,604801			



COMPROVANTE DE SALDO
REDE COMPARTILHADA

CLIENTE JOANA DA COSTA F ARAUJO
AGENCIA 2358-2 CONTA 24.769-3
SALDO LIM 0,00 DISPONIVEL 78,95C
JUROS 0,00 IOF 0,00

PROIBIDO PLASTIFICAR
1216042576

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1216042576

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Tribunal de Justiça do Estado do Acre SECRETARIA DE REGISTRO DE IMÓVEIS E DE JUDICÍO	
JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO	
CPF 300540 89PC AC	DATA NASCIMENTO 04/05/1978
PLUGÃO JOSE FERREIRA	
MARIA DE FÁTIMA MARTIANO DA COSTA	
PERÍODO ACQ. 18/12/2014	DEL. 18/12/2014
1º REGISTRO 062665569297	VALOR 26/12/2019
COMPROVANTE	
JOANA da Costa F. Araújo	
LOCAL RIO BRANCO - ACRE	DATA EMISSÃO 22/12/2015
Assinatura do Registrante Clienti Selma de Almeida Junior Secretaria de Registro de Imóveis e de Juízo Assessoria de Registro	
85101558344 AC406595984	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - AC CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 014398815950 VIA: 01 CÔD. RENAVAM: 01154811724 R.N.T.R.C.: 2019 EXERCÍCIO: 2019 NOME: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO Nº do Lance: AC00009229590 CPF / CNPJ: 768.437.852-04 PLACA: NXS4414 PLACA ANT / UF: 9C2KC2500JR118168 CHASSI: 9C2KC2500JR118168 ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/MAO APLICA COMBUSTIVEL: GASOLINA MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 START ANO FAB: 2018 ANO MOD: 2018 CAP / POT / cil: 2F/0162CC/ CATEGORIA: PARTICU COR PREDOMINANTE: VERMELHA COTA UNICA: 1 VENC. COTA UNICA: 1 VENC. COTAS: 1 FAIXA LEVA: V PARCELAMENTO / COTAS: 2 PRÊMIO TARIFARIO (R\$): R\$0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): R\$84.58 DATA DE PAGAMENTO: 15/03/2019 OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * LOCAL: RIO BRANCO-AC DATA: 08/05/2019	AC Nº 014398815950 BILHETE DE SEGURO DPVAT ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204 VIA: 01 CÔD. RENAVAM: 01154811724 R.N.T.R.C.: 2019 EXERCÍCIO: 2019 CPF / CNPJ: 768.437.852-04 PLACA: NXS4414 RENAVAM: 01154811724 MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 START ANO FAB: 2018 ANO MOD: 2018 Nº CHASSI: 9C2KC2500JR118168 PRÊMIO TARIFARIO: R\$36.05 CUSTO DO SEGURO (R\$): R\$40.06 CUSTO DO BILHETE (R\$): R\$4.15 IOF (R\$): R\$0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$): R\$84.58 PAGAMENTO: ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE CANCELAMENTO: 15/03/2019 SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 03.248.603/0001-04



C:CE CUIABA MT PL6

JOANA C F ARAUJO

R RIO NEGRO 296

PORTAL DA AMAZONIA

69915-338 RIO BRANCO - AC



00605181

Prestação : 22/07/2019

Ver documento: 01/08/2019



7213195069141600000006518130220719

> Total da Fatura

Saldo - R\$
Saldo convertido - R\$

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF 259,34
Retiradas e uso do limite 0,00

FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192

Data Emissão: 22/08/2019
Hora emissão: 14:58
Operador:

Nº da Ocorrência
1907010100

Ctd. Vítimas
1

Data Hora: 03/07/2019 20:48
Data Término: 03/07/2019 21:43

Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO)
Tipo Ocorrência: CAUSAS NATURAIS
Método Ocorrência: Outros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: DR. ONEL

End. R

Bairro: SELECIONE

Cidade: RIO BRANCO

UF:

Ponto de Referência

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: TRANSFERÊNCIA
Telefone do Solicitante: (68) 992174250
Quem:

Origem da Ligação: UNIDADE DE SAÚDE

VÍTIMAS

Vítima
1

Nome: JOANA DA COSTA FERREIRA

Idade: 41 (Anos)

Sexo: F (Feminino)

Classificação:

CNP:

Documento:

Endereço:

AVAI LIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima
1

Profissional: ADRIANA CANHIM BERNARDO ALBUQUERQUE

Data Hora: 03/07/2019 20:53

Avaliação: MÉDICO PLANTONISTA SOLICITA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE COM MÚLTIPLOS FRAGMENTOS NA CAVIDADE BUCAL, NECESSITANDO DE AVALIAÇÃO DO BULHO MAXILAR. PACIENTE ESTÁVIL E MODALIDADE DE INTERVENÇÃO VITAIS ESTÁVILS

AVAI LIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima
1

Profissional: ADRIANA CANHIM BERNARDO ALBUQUERQUE

Data Hora: 03/07/2019 20:54

Situação: F

Decisão: RECOMENDAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Profissional: ADRIANA CANHIM BERNARDO ALBUQUERQUE

Data Hora: 03/07/2019 20:54

Situação: F

Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

Profissional: ADRIANA CANHIM BERNARDO ALBUQUERQUE

Data Hora: 03/07/2019 20:54

Situação: F

Intervenção:

Observação:

Vítima
1

Profissional: ADRIANA CANHIM BERNARDO ALBUQUERQUE

Data Hora: 03/07/2019 20:53

Situação: F

Decisão: FÓRNO DE VEÍCULO

Profissional: ADRIANA CANHIM BERNARDO ALBUQUERQUE

Data Hora: 03/07/2019 20:53

Situação: F

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: ADRIANA CANHIM BERNARDO ALBUQUERQUE

Data Hora: 03/07/2019 20:53

Situação: F

Intervenção:

Observação:

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SI Q

Veículo: 5 US0 SENADOR GUIOMARD

Data Hora Emissão: 03/07/2019 21:23

22/08/2019 14:58

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 98647
 Numero do CNS.....: 898001053047705
 Nome.....: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
 Documento.....: CNH Tipo :
 Data de Nascimento: 14/05/1978 Idade: 41 anos
 Sexo.....: FEMININO
 Responsavel.....: JOSE FERREIRA
 Nome da Mae.....: MARIA DE FATIMA MARIANO DA COS
 Endereco.....: AV. RIO NEGRO 00296
 Bairro.....: CALAFATE Cep.: 99999-999
 Telefone.....: 000000992174256
 Municipio.....: 1200401 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2653192
 Clinica.....: 009 - EMERG. TRAUMATICA ADULTO
 Leito.....: 999.0007
 Data da Internacao: 03/07/2019
 Hora da Internacao: 22:30
 Medico Solicitante: 616.748.260-87 - EDUARDO KNEIP
 Proced. Solicitado: 03.03.04.008-4
 Diagnostico.....: S06.7
 Identif. Operador.: NIVEA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERS
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

304430759

121916034637-3



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 33

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

Isana da Costa Ferreira Araújo

6- Nº DO PRONTUÁRIO

98647

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

14.05.1978

9- SEXO

Masc.

1

Fem.

2

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marcos de Salina Mariano da Costa

DDD

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

Av. Rio Negro 296. Calafate

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14- Cód. IBGE MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

AT

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito, colisão moto x carro relatando cefaléia e lombalgia.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Scheila Carré Konzen
Médica/Revisão de Prontuário
CRM/AC1045
CPF: 943.390.660-87

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE / POLI. TRAUMA

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0131013104101084

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

29- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

32- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Me Scheila Carré Konzen
Médica/Revisão de Prontuário
CRM/AC1045
CPF: 943.390.660-87

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- CNPJ EMPRESA

39- CNAE DA EMPRESA

40- CBOR

41- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- Cód. Órgão Emissor

45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46- DOCUMENTO

47- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

111031162131815101011

48- DATA DA AUTORIZAÇÃO

49- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 731.573.871-68

MS/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO	
No. DO BE: 2653192		DATA: 03/07/2019 HORA: 22:10 USUARIO: CONCEICAO	
CNS: 898001053047705		SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO	DOC...	CNH
IDADE.....	41 ANOS	SEXO...	FEMININO
ENDereco.....	AV. RIO NEGRO	NUMERO:	296
COMPLEMENTO....			
MUNICIPIO.....	RIO BRANCO	BAIRRO:	CALAFATE
NOME PAI/MAE...	JOSE FERREIRA	UF:	AC
RESPONSAVEL....	SOBRINHA-KERONIS DA COSTA PEREIRA	CEP....	69900-000
PROCEDENCIA....	MUNICIPIO SENADOR GUIOMARD	TEL....	99217-4256
ATENDIMENTO....	ACIDENTE DE TRANSITO		-SOBR
CASO POLICIAL..	SIM	PLANO DE SAUDE....	NAO
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	SIM
PA [120 X 86 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [83] SPO2 [100]			
EXAM. COMPL. [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA			
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS: <i>Acidente de trânsito de moto, vítima de colisão com o motorista, apresentando lesões em face + sinal de guaxini em orelha esquerda + edema em guaxo</i> <i>na região abdominal, de trauma em PE, trauma no tórax e membros inferiores</i>			
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]			
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]			
DIAGNOSTICO:		CID: <i>lesão traumática</i>	
PRESCRIÇÃO		HORARIO DA MEDICACAO	
<i>1) 100 mg de paracetamol 3x ao dia</i> <i>2) 100 mg de clonazepam 1x ao dia</i> <i>3) 100 mg de clonazepam 1x ao dia</i> <i>4) 100 mg de clonazepam 1x ao dia</i>		<i>100 mg de paracetamol 3x ao dia</i> <i>100 mg de clonazepam 1x ao dia</i> <i>100 mg de clonazepam 1x ao dia</i>	
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 [] IML [] ANAT. PATOL.	

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

22:10 - Deu entrada no SET, conduzida pelo SAMU, procedente do município de Senador Guiomard, vítima de colisão com o motorista, apresentando lesões em face + sinal de guaxini em orelha esquerda + edema em guaxo
P.A 120 x 86 mmHg, FC 83 bpm, SPO2 100%. Tee. Fernando

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

ALERGIAS MED:

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

UERB

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sal. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
								Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)					HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	HORÁRIO:		
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 23:10h, em sala de observação, BNF, com fraturas em face evidente. Alta BNF.

23:04 - Da parte da BNF, remoção de aparelho sem BNF. fraturas em face evidente. Alta BNF

Celso Roberto C. de Lucena
 Cirurgia Buco Maxilo Facial
 CRO-AC 404

Ortopedia

Fratura de maxila a direita

com fraturas lineares + orientações para retorno
 para a ortopedia

Francisclei Freitas
 Ortopedista
 CRM/AC 751 RQE 294

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

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

NOVOACRE

UNIDADE

NOME Joãos e Araújo DOSE M 3E

OBSERVAÇÃO

LEITO

0102

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MEDICA

HONORARIO

ANOTACOES DE EXAME

CHOTA

TECE
Pulmonar CP

1 Doença Zoonose

HS 06/15 - 1000000

Reflexos

2 ST ORS 1500000 EV 2000 500 ml/dia

Reflexos

3 ST ORS 1500000 EV 2000 500 ml/dia

Reflexos

4 ST ORS 1500000 EV 2000 500 ml/dia

Reflexos

5 ST ORS 1500000 EV 2000 500 ml/dia

Reflexos

6 ST ORS 1500000 EV 2000 500 ml/dia

Reflexos

7 ST ORS 1500000 EV 2000 500 ml/dia

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / PDERBB

Dr. Claudine Lina
Neurologista
CRM 12.140

GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO BRANCO
NEUROCIRURGIA

NOME: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

IDADE: 41

SETOR: TRAUMATICA

ENF: 03

EVOLUÇÃO NEUROCIRURGIA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
DATA: 04/07/2019	1. Dieta branda 2. SF 0,9% 2000ml EV em 24h 3. Ranitidina 2ml + AD 18ml EV 12/12h 4. Dipirona 1g EV 6/6h 5. Tilatil 40mg EV 1x ao dia 6. Plasil + AD EV S/N 7. Tramal 100mg EV 8/8h S/N leve 8. Observar nível de consciência 9. SSVV 6/6hs	20/07/2019 20/07/2019 20/07/2019 20/07/2019 20/07/2019 20/07/2019 20/07/2019 20/07/2019 20/07/2019	15/07/2019 04-07 horário com início de empenho estava para fazer exame no momento, medicação alterou dieta Opúcula divorce presente PA=110x80 mmHg Mauvilha Secano foi coberto com curativo e gelado sem alterações, curativo por parte de neurocirurgia medicação alterada, divise medicação PA 80/60 mmHg sem alterações Em 05/07/19 às 10:00 h alta hospitalar estava muito a baixo de peso em estado

Dr. Bruno Lobo
Neurocirurgião
CRM-AC 1378

05/07/19
Glasgow 15
Ø de 110
TC S/A
A/E

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre ★
Governo parceiro, povo empreendedor.

Unidade: _____

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA 03/07/2019 HORA: 21:10h MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA: _____

NOME DO PACIENTE: _____

João da Costa Fervelino Meiji

UNIDADE SOLICITADA

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ ASSIS BRASIL | ☐ XAPURI | ☐ CRUZEIRO DO SUL | ☐ MANOEL URBANO |
| ☐ SENA MADUREIRA | ☐ ACRELÂNDIA | ☐ MÂNCIO LIMA | ☐ RODRIGUES ALVES |
| ☐ SENADOR GUIOMARD | ☐ BUJARI | ☐ FEIJÓ | ☐ JORDÃO |
| ☐ BRASÍLIA | ☐ PLÁCIDO DE CASTRO | ☐ TARAUAÇÁ | ☐ OUTROS |

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CRM: _____

DIAGNÓSTICO Poli-traumático. lesão facial e esquelética com fraturas e deslocamento de aparelho odontológico. fratura bacia fratura

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: 1º dolo do p. d.

PRESSÃO ARTERIAL: 130 x 70 PRESSÃO ARTERIAL: 58 bpm F. RESPIRATÓRIA: 20 lbpm TEMPERATURA: 36,5 °C

MOTORISTA: _____

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(.....)	SIM	NÃO	(.....)
	☒	DESIDRATADO		☒	CIANOTICO
	☒	DESNUTRIDO		☒	ICTERICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☒ ALERTA ☐ VERBAL ☐ SONOLENTO ☐ CONFUSO ☐ SEM RESPOSTA GLASGOW _____

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

☐ DIABETES ☐ HAS ☐ ICC ☐ SEQUELA AVC ☐ DPOC ☐ OUTROS _____

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAÇÃO USO

DOSA SEM

Paracetamol 1000mg
Dipirona 1g 8h.

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG ☐

☐ TORAX

ALTERAÇÕES ☐

☐ RX ABDOMEN

☐ TOMOGRAFIA

☐ RX OUTRO

LABORATORIAL:

HB

HT

LEUCO

TGO

TGP

AMILASE

URINA I

GASOMETRIA:

Po2

Pcc2

GLICEMIA

HOSPITAL DE DESTINO: ☐ PRONTO SOCORRO ☐ SASMC ☐ FUNDACRE ☐ HC ☐ SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO

CRM

MÉDICO REGULADOR

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE

SAME / HUERE
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de trânsito, colisão moto e carro, apresentando trauma focal, cefálico e lombalgie.

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: Politrauma
TCC

Motivo da Cobrança: _____

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Scheila Corre Konzen
Médica/Revisão de Prontuário
CRM/AC 1045
CPF: 943.390.660-87

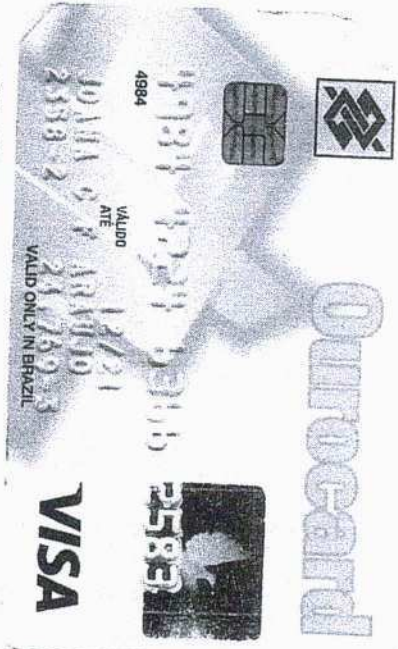
11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISILOGIA
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 PCLITR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM PCLITR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM PCLITR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM PCLITR. 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

AG. RIO BRANCO

COMPROVANTE DE SALDO
REDE COMPARTILHADA

CLIENTE JOANA DA COSTA F ARAUJO
AGENCIA 2358-2 CONTA 24.769-3
SALDO LIM 0,00 DISPONIVEL 78,95C
JUROS 0,00 IOF 78,95C
0,00



PROIBIDO PLASTIFICAR
1216042576

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1216042576

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Tribunal de Justiça do Estado do Acre
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA

JOANA DA COSTA FERRERA ARAUJO

CPF: 300540-889C AC DATA DO REGISTRO: 04/05/1978

FLUXO: 768.437-852-04 DATA DO REGISTRO: 04/05/1978

JOSE FERRERA

MARIA DE JATIRA

MARIANO DA COSTA

RECEBIMOS DE: 26/12/2019 18/12/2016

VALOR: 06266568297

ASSINATURA DO PORTADOR: *Joana da Costa F. Araújo*

LOCAL: RIO BRANCO - ACRE DATA: 22/12/2015

CHAVE: 86101658344 AC0406585984

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: 768437.852-04 4 - Nome completo da vítima: Joana da Costa Ferreira Araújo

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

5 - Nome completo: Joana da Costa Ferreira Araújo 6 - CPF: 768.437.852-04
7 - Profissão: professora 8 - Endereço: Rua Rio Negro 9 - Número: 296 10 - Complemento:
11 - Bairro: Portal da Acaçupia 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.915-838
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 99987-2502

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:
☐ RECURSO 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: CONTA: AGÊNCIA: 2358 2 CONTA: 34769 3
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco, 16 de outubro

Joana da Costa F. Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)