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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402452
Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
Data do Acidente: 12/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Pag. 01091/01092 - carta_03 - INVALIDEZ
00050546

Carta nº 14507966

:

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

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01337/01338 - carta_02 - INVALIDEZ

00060669

Carta nº 14557421

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

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402452 **Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**

Data do Acidente: 12/05/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R$ 1.012,50

Recebedor: **BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**
Valor: **R$ 2.700,00**
Banco: **104**
Agência: **3705**
Conta: **000001852-2**
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.

Pag. 01647/01648 - carta_15R - INVALIDEZ
00070824

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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01789/01790 - carta_09 - INVALIDEZ
00070895

Carta nº 15265897

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	694.744.862-04	Buzaliel Conrado de Queiroz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Buzaliel Conrado de Queiroz		CPF titular da conta: 694.744.862-04	Profissão: Pedreiro
Endereço: Rua Santhaeu		Número: 126	Complemento: Casa
Bairro: Sloan Ribeiro	Cidade: Rio Branco	Estado: Acre	CEP: 69.914.544
Email:			Telefone (DDD): (68) 3301-8871

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
3705 (Informar dígito se existir)	013	1852 (Informar dígito se existir)	2

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

COPIA

COMPARECIMENTO/CONCIÊNCIA/DIA
GA -
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Rio Branco, 28 de Junho de 2018
Local e Data

Buzaliel Conrado de Queiroz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

CÓPIA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402452 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 12/05/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de coplo do 3° e 4° metatarso do pé direito e LUxação Metatrsofalangeana 5to dedo pé direito
Fratura luxação cotovelo esquerdo

Descrição do exame físico: Pé direito: deformidade no dorso do antepe, aumento de volue do pé, limitação na flexoextensao das metatarsofalangeanas e das articulações dos dedos do pé, e redução da força muscular do pé.
MSE: aumento de volume do cotovelo, hipotrofia do braço, limitação na flexao e extensao do cotovelo e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: Tratamento: conservador com redução incruienta e imobilização gessada no pe e cotovelo, e fisioterapia
Alta: Janeiro de 2018

Sequelas permanentes: limitação funcional nas articulaçoes metatarsofalangeanas e nos dedos do pé direito
Limitação funcional do cotovelio esquerdo conforme descrito no exame fisico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/07/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM AVALIAÇÃO TECNICA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA E EXAME REALIZADO PAGO DANO FUNCIONAL EM 5 DEDO PÉ DIREITO E COTOVELO ESQUERDO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**20 %**	**R$ 2.700,00**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190402452
Nome do(a) Examinado(a): BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sanhaçu, 126 - Rio Branco/AC - CEP 69914-544
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 367886 - SEPC AC
Data e Local do Acidente : 12/05/2017
Data e Local do Exame : 19/07/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
Diagnostico: Fratura de coplo do 3° e 4° metatarso do pé direito e LUxação Metatrsofalangeana 5to dedo pé direito
Fratura luxação cotovelo esquerdo

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: conservador com redução incruienta e imobilização gessada no pe e cotovelo, e fisioterapia
Alta: Janeiro de 2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
Exame fisico: Pé direito: deformidade no dorso do antepe, aumento de volue do pé, limitação na flexoextensao das metatarsofalangeanas e das articulações dos dedos do pé, e redução da força muscular do pé.
MSE: aumento de volume do cotovelo, hipotrofia do braço, limitação na flexao e extensao do cotovelo e redução da força muscular do membro.

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

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Funcional: limitação funcional nas articulaçoes metatarsofalangeanas e nos dedos do pé direito e redução da força muscular do pé.

Limitação funcional do cotovelio esquerdo conforme descrito no exame fisico e redução da força muscular do membro.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

cotovelo esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

pé direito

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

_____

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

_____

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO

GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇAO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011351/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/09/2017 09:09 Data/Hora Fim: 22/09/2017 09:29
Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Departamento de Investigação Criminal
Data/Hora do Fato: 12/06/2017 16:44

Local do Fato

Município: Rio Branco
Logradouro: RUA DROMEDARIO
Bairro: Lot Dr Ilson Alves Ribeiro
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Publica

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095 Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Plácido de Castro Sexo: Masculino Nasc: 14/08/1968
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Angelita Conrado de Queiroz Nome do Pai: Braz Salles de Queiroz

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA S
Bairro: ILSON RIBEIRO
Nº: 126
Telefone: (68) 99917-2916 (Celular)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

CÓPIA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veiculo
Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: NXS3913
Número do Chassi: 9C2KC2210HR022993
Ano/Modelo Fabricação: 2017/2017
Cor: VERMELHA
UF Veiculo: Acre
Municipio Veiculo: Rio Branco
Marca/Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX
Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX
Veiculo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Bezaliel Conrado de Queiroz	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vitima procurou esta Especializada e noticiou que na data, local e horas supramencionados sofreu acidente de trânsito. Disse que ao desviar de um buraco da via pública caiu, tendo fraturado o braço esquerdo e quebrado dois dedos do pé direito, tudo conforme laudos e exames médicos.

ASSINATURAS

Valcir do Nascimento Correia
Responsável pelo Atendimento

Bezaliel Conrado de Queiroz
Vítima

Delegado de Polícia

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Reginiel Conrado de Queiroz	694.744.862-04	12/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (68) 3301-8871

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- [ ] Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- [x] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- [ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COPIA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Rio Branco 28 de Maio de 2018
Local e Data

Reginiel conrado de Queiroz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017

SAMU 192	FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192	Data Emissão: 25/05/2018 Hora emissão: 09:27 Operador

Nº da Ocorrência	Qtd. Vítimas	Dt/Hr Início: 12/05/2017 16:06 Dt/Hr Término: 12/05/2017 16:55	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUEDA DE MOTO
1705120073	1		

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:

End.: R DROMEDARIO

Bairro: ILSON RIBEIRO

Cidade: RIO BRANCO

CEP:

Ponto de Referência: EM FRENTE A ACADEMIA DA PREFEITURA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 99646498
Queixa:

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima			
1	Nome: Paciente 1DESALIEL CONRADO DE QUEIROZ	Idade: 48 ANO(s)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

CÓPIA

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima		
1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL: PACIENTE COM LUXAÇÃO EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.	

Vítima		
1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:09
	Avaliação: SENHOR SOFREU QUEDA DE MOTO E APRESENTA FRATURA DE MEMBRO SUPERIOR, ESCORIAÇÕES.	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima			
1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

1	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 12/05/2017 16:10
	Dt./Hr. Saída Base: 12/05/2017 16:10	Dt./Hr. Chegada Local:12/05/2017 16:26
	Dt./Hr. Saída Local: 12/05/2017 16:45	Dt./Hr. Chegada Destino: 12/05/2017 16:54
	Dt./Hr. Saída Destino: 12/05/2017 16:54	Dt./Hr. Chegada Base: 12/05/2017 16:55

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06		YARA SOUZA DE FIGUEREDO
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:08	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:08	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:08	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	12/05/2017 16:09	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	12/05/2017 16:44	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA

CÓPIA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1705120073, de 12/05/2017, às 16:06 horas, registrada pelo SAMU como: QUEDA DE MOTO, com 01 vítima, refere-se a **BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**, 48 anos.

Rio Branco, 25 de maio de 2018.

Mônica Valéria N. de Lima Santiago
Gerente Administrativa
Decreto nº 111/2015

CÓPIA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AB. RIO BRANCO

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: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03705

CONTA: 000000001852-2

Nr. da Autenticação E74625D14E294555

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bezaliel Conrado de Queiroz,

RG nº 367 886, data de expedição 23/10/2017 Órgão SSP/AC,

CPF nº 694.744.862-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Gambaru
Número	126
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Isaac Ribeiro
Cidade	Rio Branco
Estado	Acre
CEP	69.914-544
Telefone de Contato	(68) 3301-8871 / 99919-5644
E-mail	

CÓPIA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 28/05/2018

Assinatura do Declarante: Bezaliel conrado de queiroz

COMPAREC
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a Eletrobras, informe este NUMERO

SEU CÓDIGO
0258583-9

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Hidelbrando Porto Nogueira 225 - Bosque - Rio Branco - AC

Nº da Nota Fiscal 001209196

A Fatura Digital de Energia Elétrica - NFEE Nacional
prática nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
MAIO/2018	22/05/2018	163	123,38

REZALIL CONRADO DE QUEIROZ
R. SANHACU 136 ELDN RIBEIRO
CPF: 00869474486204
CEP: 69.914-544 - RIO BRANCO

ROT: 11.001.11.30.007210

LEITURA ATUAL

Atual	9254	
Anterior	9091	
Consumo faturado	1,000	
Consumo	163	FCAIR

DATAS DE LEITURA

Atual	17/05/2018
Anterior	17/04/2018
Próxima Leitura	14/06/2018
Início	14/05/2018
Apresentação	17/05/2018
Prazo Entrega	30

Faturamento NORMAL

INFORMAÇÕES DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Tipo	Número Medidor	Fase	Código Tar.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7165745		1.1.1.1	166

HISTÓRICO DE CONSUMO

ABR/18	150
MAR/18	178
FEV/18	176
JAN/18	145
DEZ/17	171
NOV/17	152
OUT/17	175
SET/17	169
AGO/17	165
JUL/17	180

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 163 A R$ 0,707325 =	115,29
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,04
CORRECAO MONETARIA IC 04/18-00	0,36
MULTA POR ATRASO 04/18-00	2,10
JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00	0,59
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,66	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)

LIGUE 0800 647 7196 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabens! Ate o dia 14/05/2018, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

NUMERIO AO FISCO 8216 0EA5 0B3C 34E0 5314 5C2A F7EA 5418

COMPOSIÇÃO DA CONTA R$

Distribuição	37,82
Energia	38,15
Transmissão	1,08
Encargos	15,03
Tributos	31,33

IMPOSTOS/TRIBUTOS R$

Base de Cálculo	115,29
Alíquota ICMS	25,00%
Valor do ICMS	28,82
Valor do PIS	0,43
Valor da COFINS	[illegible]

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC				FIC				DMIC		DIC RI
	Atual	Trimestral	Anual	Meta	Atual	Trimestral	Anual	Meta	Atual	Meta	Atual
Valor	9,24	18,49	36,99	4,83	3,66	19,32	4,99				
Referência	5,35			5,00			1,47				

Referência de Apuração 03/2018 Limite 56,99

Cidade TANGARA

ROT: 11.001.11.30.007210

Eletrobras
Distribuição Acre

SEU CÓDIGO
0258583-9

MÊS FATURADO
05/2018

TOTAL A PAGAR - R$
123,38

VENCIMENTO
22/05/2018

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Hidelbrando Porto Nogueira 225 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.024/0001-70 - Inscrição Estadual: 01.004.141/001-46

Nº da Nota Fiscal 001209196 FCAIR

83650000001 0 23380045000 6 00000000258 4 58390518008 4

CÓPIA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kula da Silva Araújo,

RG nº 951675, data de expedição 24/06/16, Órgão SESDEC/RO

CPF nº 906.421.472-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Nações Unidas
Número	719
Apto / Complemento	Bl. 03
Bairro	Bosque
Cidade	Rio Branco
Estado	Acre
CEP	69.900-463
Telefone de Contato	(68) 3301-8871 / 99919-5644
E-mail	

COPIA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 28/05/2018

Assinatura do Declarante: Kula da S. Araújo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a Eletrobras, informe o nº da NUMERO

SEU CÓDIGO
0394141-8

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.

Nº da Nota Fiscal 001330686

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
MAIO/2018	13/06/2018	255	252,38

KEZIS REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA
AV NACOES UNIDAS 719 BOX 03 BOSQUE
CPF: 00056333196215
CEP: 69.900-463 - RIO BRANCO

ROT: 4.001.04.03.002190

LEITURA ATUAL	KWH	DATAS DA LEITURA	
	3388	Atual	25/05/2018
	3133	Anterior	26/04/2018
	1,000	Próxima Leitura	26/06/2018
	255	Emissão	24/05/2018
	255 FCAM	Apresentação	25/05/2018

Forma de Faturamento: NORMAL — Fator de Potência: — Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Ligação	Número Medidor	Roteiro	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	BI	BIF16205233		3.6.1.2	240

HISTÓRICO kWh

ABR/18	283
MAR/18	278
FEV/18	171
JAN/18	90
DEZ/17	319
NOV/17	231
OUT/17	267
SET/17	312
AGO/17	244
JUL/17	303

TARIFA SEM TRIBUTOS: F.A. 255 - 0.711804

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 255 A R$ 0,711804 =		181,51
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		7,93
RELIGACAO DE URGENCIA		56,59
CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00		0,96
MULTA POR ATRASO 03/18-00		3,86
JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00		1,54
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,19	

CÓPIA

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R$
04/2018	210,42

******** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS ********
Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R$ ******210,42 (sem acrescimos legais) em esta data. Caso o(s) debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuicao do Acre com o(s) comprovante(s) de pagamento.

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)

LIGUE 0800 647 7196 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVADO AO FISCO 036E.EDE0.DB8C.C639.0FCB.6E8B.605E.F120

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Distribuição	59,53	Base de Cálculo	181,51
Energia	47,47	Alíquota ICMS	25,00%
Transmissão	1,58	Valor do ICMS	45,37
Encargos	23,67	Valor do PIS	0,68
Tributos	48,26	Valor da COFINS	3,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICI Mensal
Limite	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
Realizado	0,58			0,00			0,58	

Conjunto: SAO FRANCISCO — Período de Apuração: 03/2018 — CHI: 89,01

ROT: 4.001.04.03.002190

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
0394141-8	252,38
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2018	13/06/2018

Nº da Nota Fiscal 001330686 FCAM

83610000002 2 52380045000 0 00000000394 7 14180518008 2

COMPREV COMPREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bezaliel Comodo de Queiroz,

RG nº 367886, data de expedição 23/10/17, Órgão SSP/AC,

CPF nº 684744862-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R: Sanhaku
Número	126
Apto / Complemento	casa
Bairro	Ilson Ribeiro
Cidade	Rio Branco
Estado	Acre
CEP	69934-544
Telefone de Contato	(68) 9 9987 5323
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 03/07/19

Assinatura do Declarante: Bezaliel comodo de queiroz

COMPREV CONFIDÊNCIA S/A
10 JUL 2019
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0258583-9

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 – Bosque – Rio Branco – AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 004837340

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JUNHO/2019	21/06/2019	146	132,42

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
R. SANHACU 126 ILSON RIBEIRO
CPF: 00069474486204
CEP: 69.914-544 - RIO BRANCO

ROT: 11.001.11.20.007240

DADOS DA LEITURA

	kWh
Atual:	11397
Anterior:	11251
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	146
Consumo Faturado:	146 FCAM

DATAS DA LEITURA

Atual:	13/06/2019
Anterior:	15/05/2019
Próxima Leitura:	15/07/2019
Emissão:	12/06/2019
Apresentação:	13/06/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7165745		1.1.1.1	166

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
MAI/19	161
ABR/19	149
MAR/19	161
FEV/19	141
JAN/19	182
DEZ/18	160
NOV/18	210
OUT/18	168
SET/18	168
AGO/18	168

TARIFA BDN TRIBUTOS:
0 A 140 - 0.000287

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	146 A R$ 0,839063 =	122,50
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,28
CORRECAO MONETARIA IC 04/19-00		1,17
MULTA POR ATRASO 04/19-00		2,51
JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00		0,96
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,80	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
05/2019	142,65

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 28/06/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 647 7196 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVADO AO FISCO C9B3.775D.5B94.129E.E8E6.423A.4F82.6189

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	34,20
Energia:	40,62
Transmissão:	1,06
Encargos:	12,21
Tributos:	34,41

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	122,50
Alíquota ICMS:	25,00%
Valor do ICMS:	30,62
Valor do PIS:	0,67
Valor do COFINS:	3,12

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99	
Realizado	0,69			2,00			0,56	

Conjunto: TANGARA Período de apuração: 04/2019 EUSD: 55,32

ROT: 11.001.11.20.007240

Eletrobras
Distribuição Acre

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
0258583-9	132,42
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
06/2019	21/06/2019

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 – Bosque – Rio Branco – AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46

Nº da Nota Fiscal: 004837340 FCAM

83660000001 9 32420045000 9 00000000258 4 58390619008 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lila da S. Araujo,

RG nº 851675, data de expedição 24/06/16, Órgão SESDEC/RO

CPF nº 906421172-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Av: nações Unidas
Número	719
Apto / Complemento	Box 3
Bairro	Bosque
Cidade	Rio Branco
Estado	Acre
CEP	69 900 463
Telefone de Contato	(68) 99987 5923
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 03/07/19

Assinatura do Declarante: Lila da S. Araujo

COMPREV CONFIDÊNCIA S/A
10 JUL 2019
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0394141-8

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 – Bosque – Rio Branco – AC
CNPJ: 04.065.023/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 004926564

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JUNHO/2019	13/07/2019	198	189,40

KELIS REGINA BEZERRA HESQUITA DA ROCHA
AV NACOES UNIDAS 719 BOX 03 BOSQUE
CPF: 00056333196215
CEP: 69.900-483 - RIO BRANCO

ROT: 4.001.04.03.002290

DADOS DA LEITURA	kWh	
Atual:	5929	
Anterior:	5731	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	198	
Consumo Faturado:	198	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	24/06/2019
Anterior:	23/05/2019
Próxima Leitura:	23/07/2019
Emissão:	19/06/2019
Apresentação:	24/06/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código FaL	Média 12 meses
COMERCIAL	BI	BIF16205233		3.6.3.2	195

HISTÓRICO kWh

Mes/ano	consumo
MAI/19	191
ABR/19	188
MAR/19	151
FEV/19	177
JAN/19	186
DEZ/18	213
NOV/18	185
OUT/18	238
SET/18	205
AGO/18	192

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 198 - 0,600270

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 198 A R$ 0,834867 =		165,30
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		7,13
RELIGACAO		10,86
CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00		1,43
MULTA POR ATRASO 04/19-00		3,12
JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00		1,56
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,48	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
05/2019	175,39

Unidade consumidora sujeita a suspensao do fornecimento de energia eletrica a partir de 09/07/2019. O nao pagamento poderá ensejar tambem a inclusao do nome do consumidor no SCPC/SPC. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 647 7196 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVADO AO FISCO 336A.621C.47FD.A5EB.B3EB.CD9B.BF53.B1E9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	46,14
Energia:	54,82
Transmissão:	1,43
Encargos:	16,48
Tributos:	46,43

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$		
Base de Cálculo:		165,30
Alíquota ICMS:	25,00%	
Valor do ICMS:		41,32
Valor do PIS:	0,55%	0,90
Valor do COFINS:	2,55%	4,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
Realizado	0,71			1,00			0,71	

Conjunto SAO FRANCISCO Período de apuração: 04/2019 EUSD: 69,81

ROT: 4.001.04.03.002290

Eletrobras
Distribuição Acre

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0394141-8	189,40
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2019	13/07/2019

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 – Bosque – Rio Branco – AC
CNPJ: 04.065.023/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46

Nº da Nota Fiscal: 004926564 FCAM

83630000001 2 89400045000 3 00000000394 7 14180619008 0

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

CÓPIA

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keila da Silva Araújo inscrito (a) no CPF 906.421.472 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benjaliel Conrado de Queiroz inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.744.862/ 04, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Benjaliel Conrado de Queiroz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.744.862/ 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Rebuai - AC Renda: Rebuai - AC e apresento os documentos comprobatórios: Rebuai - AC

X Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: AV. Nações Unidas		Número: 719	Complemento: Bot 03
Bairro: Bosque	Cidade: Rio Branco	Estado: Acre	CEP: 69.900-463
E-mail:		Telefone comercial (DDD): (68) 3301-8871	Telefone celular (DDD): (68) 99919-5644

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Rio Branco 28 de Maio de 2018
Local e Data

Keila da S. Araújo
Assinatura do Declarante

DLDPAT 001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bezaliel Conrado de Queiroz,

RG nº 367886, data de expedição 05/07/2004,

Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 684 744 862-04, com domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R: Santuário Ilson Palheiro, nº 126,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Bezaliel Conrado de Queiroz, cujo o condutor era Bezaliel Conrado de Queiroz.

Veículo: Moto
Modelo: HONDA / CG 160 TITAN EX
Ano: 2017
Placa: NXS 3913
Chassi: 9C2KC2210HR022933
Data do Acidente: 12/05/2017
Local e Data: Rio Branco, 24/05/2018

1º NOTAS Rio Branco-Acre

CÓPIA

Bezaliel conrado de queiroz
Assinatura do Declarante

Bezaliel conrado de queiroz
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º Tabelionato de Notas e 1º Ofício de Registro Civil de Comarca de Rio Branco - Acre
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) de
BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
Do que dou fé. Rio Branco-AC, 25 de Maio de 2018. Custas e Emolumentos R$ 3,30.
Em testemunho da verdade
ANTONIA MARIA DOS GOUVEIA-ESCREVENTE
Selo Digital nº A2807249-08 - Cod. Valid.: BO30-6642-37DB-DTD4
Consulte a autenticidade do selo em: www.selodigital.com.br

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º REGISTRO CIVIL
RIO BRANCO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 84674
Numero do CNS.....: 898002921360421
Nome.....: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 14/08/1968 Idade: 48 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: BRAZ SALES DE QUEIROZ
Nome da Mae.....: ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ
Endereco.....: CONJ. WILSOJN RIBEIRO RUA F 262
Bairro.....: CALAFATE Cep.: 69900-000
Telefone.....: 99904-3586
Municipio.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada..: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2452178
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 040.0152
Data da Internacao: 12/05/2017
Hora da Internacao: 18:00
Medico Solicitante: 959.557.804-59 - HERCULES MAGALHAES O. DO CARMO
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro: 121710017907-5

CÓPIA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Edusio 201 072 675 480 003
225270

Novo Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - CNES: 2 0 0 1 5 7 8

Identificação do Estabelecimento de Saúde
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DR. ARY PINHEIRO - HUERB

Identificação do Paciente
Bezoliet conrado de Queiroz.

8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 84674

9 - DATA DE NASCIMENTO: 1 4 0 8 1 9 6 8

7 - SEXO: Masc. [X] Fem. [ ]

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD

Nome da Mãe
Angelita conrado de Queiroz.

Endereço (Rua, Nº, Bairro)
cond. Wilson Ribeiro Rua - F 262 Calafate

Município de Residência: Rio Branco

19 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF: AC

19 - CEP

Justificativa da Internação
Dor e limitação de movimento + deformidade.

CÓPIA

Indicações que Justificam a Internação
cirurgia

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

exame físico + Rio x + Anamnese.
fx/Lx do cotovelo (E) + fx do 3º e 4º pa pé (D) + Lx do 5º pa pé (D)

Procedimento Solicitado
0308010019

Nome do Profissional Solicitante / Assistente
Dr. Marcelo P.

Data da Solicitação
02/05/17

Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
Dr. Aluizio Alves
R.C.M. Ortopedia e Traumatologia
CRMAC 2087

Matrícula do Beneficiário
1703762385500 04

Nº da Autorização de Internação Hospitalar

Assinatura do Responsável pela Autorização
Med. Rui Pinto
CRM: 737.571.87-68
Revisor de Prontuário

151 B'

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 84674

No. DO BE: 2452178 DATA: 12/05/2017 HORA: 17:13 USUARIO: SHEYLA
CNS: 898002921360421 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ DOC..:
IDADE.....: 48 ANOS NASC: 14/08/1968 SEXO..: MASCULINO
ENDERECO.....: CONJ. WILSOJN RIBEIRO RUA F NUMERO: 262
COMPLEMENTO...: BAIRRO: CALAFATE
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
NOME PAI/MAE..: BRAZ SALES DE QUEIROZ /ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ
RESPONSAVEL...: ESPOSA-MARIA DAS GRACAS TEL...: 99904-3586
PROCEDENCIA...: CALAFATE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[150x80 mmHg] PULSO[68] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[98]

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

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

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

DADOS CLINICOS:
Paciente vítima de Acidente de Trânsito, Queda de Moto, com Fratura Luxação do Cotovelo (E), Trauma Face, Sono com imobilização em MSE e Curativo em Face + Antebraço (D)

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

1. Tramadol 2ml (IV)
2. Dipirona 2ml (IV)
3. Dexa 0,5 m (IM)
4. Ao Ortopedista

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

CÓPIA
SAME / HUERB
CÓPIA 1735
CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / / Após Da Cirurgia 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 [ ] NECROPSIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

14.13hs - Admitido SETI, veio trazido pelo SAMU B, com relato de Queda de Moto com imobilização do b esquerdo e com varios escoriações pelo corpo

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

Unidade: _____ LEITO 151

NOME: Bezoliel conrado de A. IDADE: 48. REGISTRO: _____ ENFERMARIA: _____

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
12-05-17	# Fx/Lx do cotovelo (E) + Fx do 3º 4º RA pé (D); Lx do 5º RD pé (D) #	(1) Dieta livre. (2) Dipirona 1G EV 6H. (3) cetolotino 1G EV 6H. (4) tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8H (S/N). (5) plasil 10mg diluído EV 8H S/N. (6) omeprazol 40mg EV 1 dia (7) curativo diário (8) controle sinais vitais		22:00 - Admitido na CCB em maca, em precaução aéreo, orientado, com [illegible] 04:00 - Evolui afebril enquanto, calmo, dormindo bem durante período PA = 130x70 mmHg + E. vácua coronária 437605

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CÓPIA

CONFERE COM O ORIGINAL
15 JUN 2017
RODOLFO
AG. RIO BRANCO

Dr. [illegible]
P.R.M. Cardiologia e Hemodinâmica
CRM-AC 2061

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO/ FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO	1. DIETA VO LIVRE SND 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 2.S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS	500 + 500 10 16 ~~22~~ 04 06	10:00 h Paciente Lúcido, eupnéico, não refere queixas no momento, Portando O.V.P, realizado curativo, medicado cpm; Tec Sebastiana COREN 375.416 16:00 h Paciente não refere queixas no momento, aceitou as dietas oferecida, f.f.p, medicado cpm, PA 110x80 mmHg; tec Sebastiana COREN 375416 14/5/2017 4:50 – paciente [illegible] medicado com [illegible]

CÓPIA

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2106

COMPREV REFUTIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 ? S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS	SUS 500 500 16 16 22 04 04 16 16 22 04	As 07:00hs recebido Pct. estável, consciente, comunicativo, afebril, refere algias moderada mantendo acesso venoso, aceitou bem a dieta oferecida, funções fisiológicas presente, tomou banho de chuveiro, trocado lençóis da cama e roupa privativa, realizado curativo com SF 0,9% clareado, limpo e seco. Téc. Enfª Rosenilda Coren 525181 As 17:00 Pct. estável não refere algias no momento. Téc. Enfª Rosenilda

CÓPIA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 7106

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017	1. DIETA VO LIVRE 2ND 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — 500 + 500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H 10.16.20:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA — 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO [redacted] [redacted] 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS — 10.16.20:4 Felipe Henrique de M. Dutra PRM Ortopedia e Traumatologia CRM-AC 2106		04:30 horas PA - 110x70 mmHg. Foi medicado ñ sabe um Dneia o mo monento Marcos P. Zé Rosangela Tarés 718.956

CÓPIA
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

COMPREV
COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AC RIO BRANCO

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO/ FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 16/05/2017 (AGUARDA ESPECIALISTA)	1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — 500 + 500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H — 10.16.22.4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 7 S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS — 16.16.22.4 9. CURATIVO 1 X AO DIA. Felipe Henrique M. Dutra PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2106		07:00 - pac. acordado: VOTE, ev - abdul comunicativo, foi higienizado, realizado curativo, medicado. Dor, [illegible] 17:30 - Evoluiu C/ PA = 120x70 mmHg. Dor: [illegible] 17/05/17 as 11:00 hs pac. [illegible] sil [illegible] no momento PA 120x80 mmHg TC [illegible] com 38,8°C

CÓPIA
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL
COMPREV COMPETÊNCIA EM VIGILÂNCIA SAÚDE
15 JUN 2018
PROTOCOLO
ACRE RIO BRANCO

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO/ FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 16/05/2017 (AGUARDA ESPECIALISTA)	1. DIETA VO LIVRE SNJD 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — ~~500~~ + 500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H — ~~10. 16. 22.~~ 4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 ? S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA — 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS — ~~10. 16. 22.~~ 4 9. CURATIVO 1 X AO DIA — 4 Felipe Henrique de M. Dutra PRM Ortopedia e Reumatologia CRM/AC 2106 CÓPIA	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL COMPREV COMPROVAÇÃO DE VIGILÂNCIA S/A 15 JUN 2018 PROTOCOLO RIO BRANCO	pele, lote em Dr Bujicante Acompanhado no leito Higiene boa, feito troca de curativo em MSE feito MCPM. Tec. Sandro 16:00HS pede informar que segue estável sem queixas no ves FFP. Tec. Sandro 05:00 paciente em leito supinico, afebril, sem queixa, medi cado CPM. Tec Silene

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 16/05/2017 (AGUARDA ESPECIALISTA) SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P DIREITO.	1. DIETA VO LIVRE SNG 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6H — 10.16.22.4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 S/N — 4 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS — 10.16.22.4 9. CURATIVO 1 X AO DIA — 9 Felipe Henrique de M. Dutra PRM Ortopedia e Traumatologia CRM AC 2106 CÓPIA		7:00 às 18:00 hrs - cliente orientado, calmo comunicativo, realizado limpeza corporal c/ auxílio do acompanhante, trocado roupa privativas, aceito dieta oferecida, feito curativo oclusivo, limpo, seco e sem odor, verificado P.A = 110x70 mmHg. Sem queixas. T.E. Jânia COREN AC 437603 04 00 - 8.10 hrs cefaleia, insônia, [illegible], c/ [illegible] P.A = 120x50 mmHg. Sem queixas T.E. Jânia COREN AC 437603

CÓPIA CONFORME ORIGINAL SAME / HUERB

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AC. RIO BRANCO

digitado e impresso em: [illegible]

HUERB

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

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P/ DIREITO. AGUARDA AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA(19/05/2017)	1. DIETA VO LIVRE 200 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H — 10:16:22:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 ? S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA — 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS — 10:16:22:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA — 9		07:00 - pac. acordado ATG, orientado, comunicativo, realizando curativo e medic. EVM Fez, [illegible] 17:00. evolui sl queixas — Fez, [illegible] AS. 04:00/15 DO DIA 20.05.17. PAC. SETEE DORMINDO. MEDICADO CONF. NÃO REF DOR ATÉ O MOMENTO. SEM HEMATOMA INTERCORRENCIA. PA: 130X70 HIPERTENSO DE WILDERMAR 705 604

COPIA

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 7106

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

COMPREV EMERGÊNCIA SUA
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P7 DIREITO. AGUARDA AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA(20/05/2017) SOLICITADO NOVOS LABORATORIAIS.(20/5/2017)	1. DIETA VO LIVRE SND 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H 500 500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H 10 10 2/2 04 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 ? S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 06 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS 10 10 2/2 04 9. CURATIVO 1 X AO DIA. 09 10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS≥150 OU PAD>110mmhg		08hs paciente lucido orientado deambulando acompanhado pela filha, realizado curativo, aceita bem, foi medicado CP. Te às 17:00 paciente evolui eupneico, sem queixa, medicado CPM. Te fome — 04:50 h, PA 110x70mmHg foi medicado mirtes P. sem queixa no momento. Rosangela COREN 798 98 B.

CÓPIA

Felipe Henrique de M. Duro
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2105

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

COMPREV EMERGÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AC. RIO BRANCO

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P? DIREITO. AGUARDA AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA(20/05/2017) SOLICITADO NOVOS LABORATORIAIS.(20/5/2017)	1. DIETA VO LIVRE SND 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H ~~500~~ 500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H ~~10/6~~ 2/2 04 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 ? S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 04 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS ~~10/6~~ 2/2 04 9. CURATIVO 1 X AO DIA. 09 10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg. CÓPIA Felipe Henrique [illegible] Outra PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC [illegible]105	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL COMPREV COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 05 JUN 2018 PROTOCOLO AC. RIO BRANCO	7:00 hs PAC: mp neico afebril respanciso respancioso tomou banho de aspersão troco roupa de cama. + curativo modo sfog/. TC Clarice cor 388787/1. 17:00 hs PAC: mp neico afebril respanciso em anexo no período a curativo dito aplicado PA 130 x 70 mm mHg TC Clarice cor 388787/1 19 as 5 h. Evolui calmo, bom, eupnéico, sem queixas, dormindo presente. PA: 110 x 70 mmHg. T: [illegible] Dra. [illegible] SEDOC Téc. Enfermagem COREN-AC [illegible]42

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PE DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P DIREITO. AGUARDA AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA(20/05/2017) SOLICITADO NOVOS LABORATORIAIS (20/5/2017)	1. DIETA VO LIVRE JNO 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6H — 10.06.22:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA — 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS — 10.06.22:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA. — 8 10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>110mmhg CÓPIA COMPREV - PREVIDÊNCIA 05 JUN 2018 PROTOCOLO AC - RIO BRANCO Felipe Henrique de M. Dutro PEM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2106	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	Dia 10:hs as 16:hs paciente no leito, calmo, eupneico, afebril tomou banho de chuveiro sozinho, com auxilio do acompanhante, troca de tala gessada + curativo realizado + a medicação c.p.m. aceitou dieta oferecida F.F.P. aceitou alguns alimentos dor. PA=121x80 mmHg Téc. Enfermagem 04:30:h. PA=120x80mmHg paciente acordado, mantendo sinais vitais mantidos Téc. Enfermagem 918.986

digitado e impresso em: 23/05/2017

HUERB

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

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P7 DIREITO. AGUARDA AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA(20/05/2017) SOLICITADO NOVOS LABORATORIAIS.(20/5/2017) AVALIADO PELO ESPECIALISTA (22/05/2017)(PROTESE)(TFD)	1. DIETA VO LIVRE 500 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H — 10.16.20.4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8/7 S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA — 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS — 10.16.22.4 9. CURATIVO 1 X AO DIA. — 9 10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg CÓPIA COMPROVANTE DE VIDÊNCIA CÓPIA 05 JUN 2018 PROTOCOLO AG. RIO BRANCO Felipe Henrique M. Dutra PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2106		SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	Às 07:00 recebido pct estável, consciente, comunicativo, afebril, deambulando com auxílio de familiares, não refere algias no momento, mantendo acesso venoso, aceitando bem a dieta oferecida, função fisiológica presente, banho de chuveiro, trocado lençóis de cama e roupa preservativa, curativo realizado com SF0,9% clorexidina nas escoriações de MID. — Téc. Enfermagem Coren 525 d 8S Às 07:00 Pct estável não refere algias no momento. PA 100X60 mmHg Téc. Enfermagem

digitado e impresso em: [illegible]

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	151

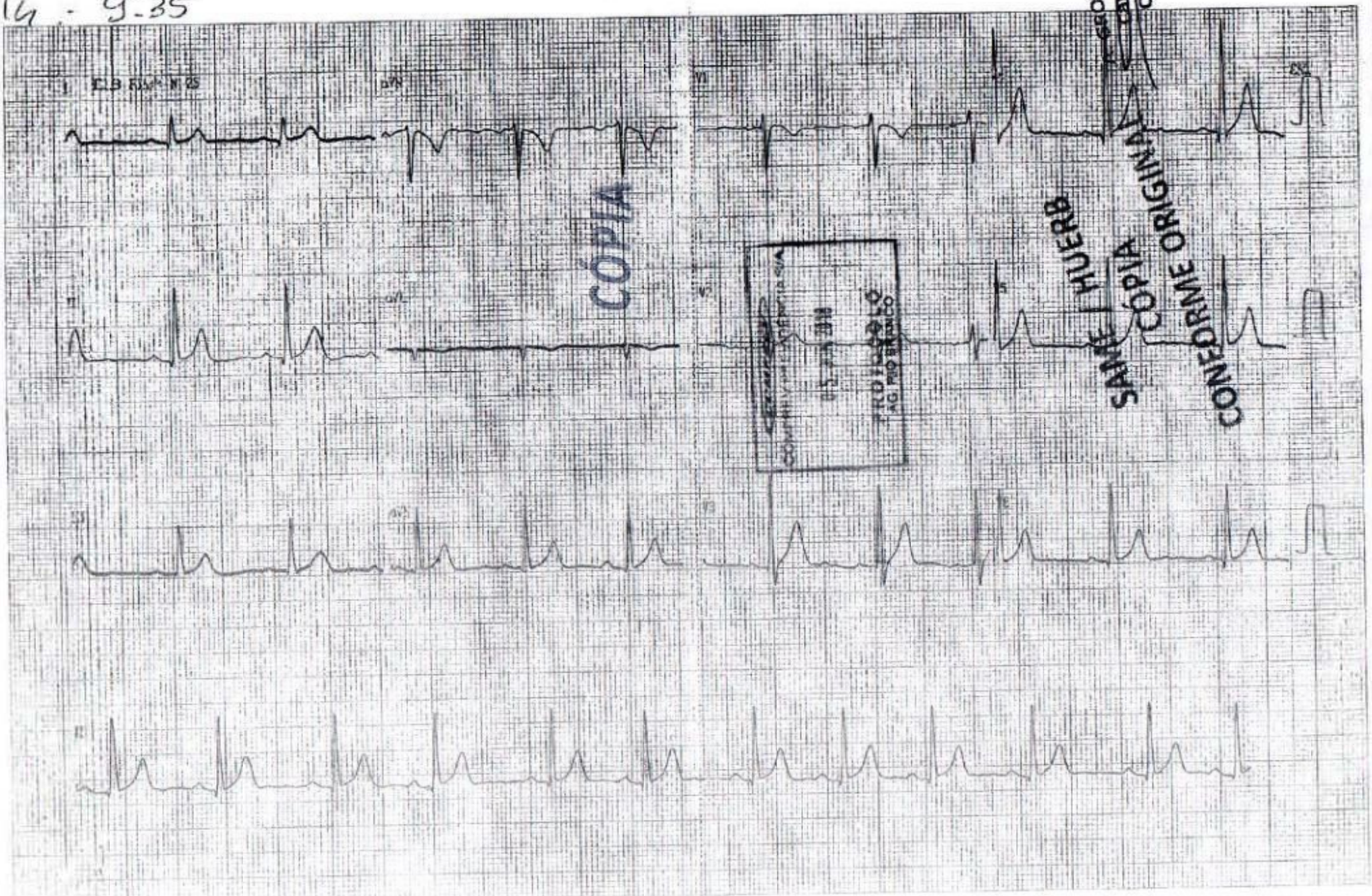
EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI:12/05/2017 DT:12/05/2017 FX/LX COTOVELO ESQUERDO/ FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P DIREITO. AGUARDA AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA(20/05/2017) SOLICITADO NOVOS LABORATORIAS.(20/5/2017) AVALIADO PELO ESPECIALISTA (22/05/2017)(PROTESE)(TFD) AGUARDA LAUDOS PARA SER ENCAMINHADO AO TFD (24/05/2017)	1. DIETA VO LIVRE JNO 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H — 500+500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6/6/H — 10. 16. 22. 4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA — 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS — 10. 16. 22. 9. CURATIVO 1 X AO DIA. — 8 10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg Felipe Henrique do M. Dutro PRM Ortopedia e Traumatologia CRMAC 2106		8:30 hs, Realizado banho no leito + troca de medicações de rotina. realizado curativo téc. Rosa Belo Farias 478.986. 20:00 Paciente recebe alta melhorado, medicado conforme prescrição medica. Enf. Br. Lucia Enfermeira Coren-AC

CÓPIA
ATA HOSPITALAR
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL
COMPREV SEG VIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

48 años

16 . 9:35

17



COPIA
SAMUEL HUERTA
COPIA
CONFORME ORIGINAL
Cardiología
CRM 650

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

CÓPIA

História da Doença Atual:

COMPREV PREVIDENCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

História da Doença Anterior:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Fx/Lx de cotovelo (E) + Fx do 3º e 4º Pa pé (D) + Lx do 5º Pa pé (D)

Dr. Alvino Ives
P.R.M Ortopedia e Traumatologia
CRMAC 2061

Motivo da Cobrança:

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFÊRENCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFÊRENCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFÊRENCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFÊRENCIA 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

Novo Acre

HUERB

Nome: BEZALIEL CONRRADO DE QUEIROZ
Idade: 48 A
Exame :TC DE COTOVELO ESQUERDO
Atendimento: 30147

Data: 13/05/2017

TÉCNICA:
Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

RELATÓRIO:
Exame realizado sob tala gessada.
Fratura transversal completa e intra-articular na região dorsal da cabeça do rádio, com fragmento ósseo deslocado anterior e distalmente, junto ao colo do rádio, medindo cerca de 2,2 cm.
Fratura / avulsão do processo coronoide da ulna, com fragmento ósseo de 2,1 cm deslocado superiormente em cerca de 1,3 cm.
Pequena impactação cortical no rebordo posterior do capítulo umeral.
O conjunto dos achados acima descrito é sugestivo de episódio de luxação posterior reduzida do cotovelo.
Sinais de acentuado derrame articular no cotovelo.
Borramento difuso de partes moles do cotovelo, mais significativa na região posterior.
Demais estruturas ósseas preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
Fratura transversal completa e intra-articular na região dorsal da cabeça do rádio.
Fratura / avulsão do processo coronoide da ulna.
Pequena impactação cortical no rebordo posterior do capítulo umeral.
O conjunto dos achados acima descrito é sugestivo de episódio de luxação posterior reduzida do cotovelo.
Sinais de acentuado derrame articular no cotovelo.

CÓPIA

COMPREV ORTOPEDIA
25 JUN 2018
PROTOCOLO
AC. RIO BRANCO

DR. MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Novo Acre

HUERB

Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
Idade: 48 A
Exame :TC DE PÉ DIREITO
Atendimento: 30353

Data: 18/05/2017

TÉCNICA:
Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

RELATÓRIO:
Fratura transversal completa no colo do 3º e 4º metatarsos, com desvio plantar do segmento distal e com diástase cortical de até 0,4 cm.
Presença de barra fibrocartilaginosa na região plantar do cuneiforme lateral e base do 3º metatarso, com leve esclerose nas superfícies apostas.
Ossificação de 0,8 cm adjacente à região dorsal da navicular-cuneiforme medial, de aspecto crônico.
Diminuto esporão calcaneano dorsal.
Proeminência do processo posterossuperior do calcâneo.
Demais estruturas ósseas íntegras.
Espaços articulares preservados.
Ausência de derrame articular significativo.
Planos musculares e tendíneos sem anormalidades evidentes, salientando-se a limitação do método na avaliação destas estruturas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
Fratura transversal completa no colo do 3º e 4º metatarsos, com desvio plantar do segmento distal.
Presença de barra fibrocartilaginosa na região plantar do cuneiforme lateral e base do 3º metatarso.
Ossificação adjacente à região dorsal da navicular-cuneiforme medial, de aspecto crônico.
Diminuto esporão calcaneano dorsal.
Proeminência do processo posterossuperior do calcâneo.

CÓPIA

COMPANHIA NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

DR. MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE

RECEITUÁRIO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL 2018
PROTOCOLO
RIO BRANCO

PACIENTE: Bruno

Atesto para os devidos fins que o Sr. Brasiliel Cordeiro de Oliveira sofreu acidente de trânsito no dia 12/05/17 apresentando fratura esta 3º 4º metatarso e luxação metatarso falangeana 5º dedo pé (D) e fratura luxação de cotovelo (E) sendo submetido a redução incruenta e imobilização na cotovelo (E) e pé (D).
Evolui com ótima mobilidade e limitação para a flexão e extensão cotovelo (E), hipotrofia do braço (E) e redução da força muscular no M.S.E. no pé (D) apresenta limitação funcional nos dedos e pé, aumento do volume dos dedos e pé e redução da força muscular do pé (D).
Para tanto é portador de sequela definitiva no MSE e pé (D)

DATA 29/06/18 CID: T93-2 / T92-2

ASSINATURA DO MÉDICO

José E. Silverio C
Médico Ortopedista
CRM 483-AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE

PREVIDÊNCIA S/A
20 JUN 2019
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Carlos

Bernardo Carvalho de Queiroz sofreu acidente de trânsito no dia 12/5/19 com fratura 3º e 4º metatarso + luxação metatarso-falângica 5º dedo pé D + fratura cotovelo E. Pacente evoluiu com redução parcial e imobilização do cotovelo E e pé D.
Evoluiu com grande rigidez e limitação para a flexo-extensão cotovelo E, hipotrofia do braço E, redução da força muscular no M.S.E no pé D. Apresenta limitação funcional nos dedos e pé, aumento do volume dos dedos do pé e redução de força muscular do pé D.
Por tanto é positivo o afastamento do M.S.E e pé D e estado atual medicamentoso.

DATA 21/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO

Jose Silvério C. Médico Ortopedista CRM 4[illegible] - AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE – CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE – RIO BRANCO – ACRE
CEP: 69.909-380 – FONE: 3223-4608

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERICIA MÉDICA

Á

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3190402452

Vitima: Benjamin Conrado de Queiroz

Natureza : INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 2700,00 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 9938 7-58 23 / (68) 99385 5142.

Benjamin Conrado de Queiroz

Rio Branco/AC 05 de Dezembro de 2015.

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO ACRE

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Laudo

Atesto que o Sr. Bezaliel Conrado de Queiroz sofreu acidente de trânsito no dia 12/05/17 apresentando fratura de colo 3º e 4º metatarso, luxação metatarsofalangeana 5º dedo do pé (D) e fratura no maléolo do cotovelo (E) sendo submetido a redução incruenta e imobilização no cotovelo (E) e pé (D).
Evoluiu com grande limitação funcional no flexo-extensão do cotovelo (E) (extensão a 45), hipotrofia do braço e redução da força muscular no MS.E.. No pé (D) apresenta limitação funcional nas interfalangeanas dos dedos e no pé, aumento do volume dos dedos do pé e redução da força muscular do pé (D).
Portanto é portador de sequela definitiva no MSE em 75% e no pé (D) 50%.
de alta médica.

DATA: Rbr 05/12/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

José Silveria C.
Médico Ortopedista
CRM 450 - AC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

Polegar Direito

Bezaliel conrado de queiroz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 367886

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2017

NOME BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

FILIAÇÃO BRAZ SALLES DE QUEIROZ

ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ

NATURALIDADE PLÁCIDO DE CASTRO - AC

DATA DE NASCIMENTO 14/08/1968

DOC ORIGEM CERTD NASC 68 FLS 17V LIV A6 PLÁCIDO DE CASTRO-AC

694.744.862-04

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29-8-83

CÓPIA

COMPREV

COMPREV CONSULTORIA S/A

05 JUN 2018

PROTOCOLO

AG. RIO BRANCO

CÓPIA

COMPREV
COMPREVIDÊNCIA SIA
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC
Nº 013385434989
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	EXERCICIO
01	01117594928		2017

NOME
BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
Nro Lacre: AC0000587354

CPF/CNPJ	PLACA
694.744.862-04	NXS3913

PLACA ANT/UF	CHASSI
	9C2KC2210HR022993

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 160 TITAN EX	2017	2017

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0162CC/	PARTICU	VERMELHA

IPVA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
PAGO	********	1ª********
		2ª********
		3ª********

FAIXA UFIRA	PARCELAMENTO/COTAS
** PAGO COTA UNICA **	

PREMIO TARIFARIO (R$)	IOF (R$)	PREMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
	R$0.47	R$125.05	11/05/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN.TRIBUTARIO

LOCAL	DATA
RIO BRANCO-AC	16/05/2017

DENATRAN

CÓPIA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do acidente: 12/05/2017

CPF: 694.744.862-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

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

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 28/06/2019	Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO	Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 906.421.472-72	CPF: 783.757.462-15
KEILA DA SILVA ARAUJO	GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do acidente: 12/05/2017

CPF: 694.744.862-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 10/07/2019 Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO CPF: 906.421.472-72	Data do cadastramento: 10/07/2019 Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR CPF: 014.187.102-45
KEILA DA SILVA ARAUJO	GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome Bezaliel Conrado de Queiroz
Nacionalidade: Brasileiro, Est.Civil Solteiro
Profissão Vendedor
Identidade 367386 CPF: 694 744 362 - 04
Endereço R. Sobral, 126, Isaac Salomão, Rio Branco - AC

OUTORGADA:
Nome: **KEILA DA SILVA ARAUJO**
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA.
Profissão: EMPRESARIA
Identidade: 951675 SSP/RO CPF: 906421472-72
Endereço: Av: NAÇÕES UNIDAS 242 Bairro: BOSQUE
RIO BRANCO-AC CEP-69900463

CÓPIA

PODERES:O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.
Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RIO BRANCO/AC 24 de Maio 2018.

1º NOTAS Rio Branco-Acre

OUTORGANTE Bezaliel Conrado de Queiroz
(Reconhecer firma por autenticidade)

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFICIO DE REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) de
BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
Dou fé. Rio Branco, AC, 25 de Maio de 2018. Custas e Emolumentos R$ 2,30.
Em testemunho _____ da verdade
ANTONIA MARIA RIOS GOUVEIA-ESCREVENTE
Selo Digital nº A0072495-02 - Cod. Valid. B306-6106-7662-2713
Consulte a autenticidade do selo em: www.selodigital.com.br

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFICIO DE REGISTRO CIVIL RIO BRANCO - ACRE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do acidente: 12/05/2017

CPF: 694.744.862-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 10/07/2019	Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO	Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 906.421.472-72	CPF: 014.187.102-45
KEILA DA SILVA ARAUJO	GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do acidente: 12/05/2017

CPF: 694.744.862-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 12/12/2019 Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ CPF: 694.744.862-04	Data do cadastramento: 12/12/2019 Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix CPF: 025.787.852-10
BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ	Thayane Pinheiro Fernandes Felix