

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

PS

AO DONADOR DE ORÇÃOS E TEGIDO

Carlos Antonio de Souza Martins
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 368164 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/07/99

NOME CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA MARTINS
MARIA DULCILEIA DE SOUZA

NATURALIDADE FEIJO-AC DATA DE NASCIMENTO 03/02/1979

DOC ORIGEM CERT NASC 2065 LIV A2 FLS 228 CART FEIJO AC

617.567.842-72

Gilvanete Soares de Assis
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO

P 5

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
617.567.842-72

Nome
CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

Nascimento
03/02/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
94BB.59B1.6C90.BB65

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:00:44 do dia 04/07/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

DECLARAÇÃO

Eu, **JOSE DE SOUSA MARTINS**, brasileiro, casado, agricultor, maior capaz, portador do RG nº 136.636-SSP-AC e CPF nº 138.216.282-00 residente e domiciliado no Projeto de Assentamento **PA BERLIM RECREIO**, Zona Rural, nesta cidade de Feijó-Acre, **DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que meu filho o senhor **CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**, brasileiro, solteiro, maior capaz, mora e reside no endereço acima citato, a mais de 15 anos, e é responsável pela manutenção e os cuidados que a propriedade requer, porém não esta podendo realizar nenhuma tarefa pois sofreu um acidente, no qual quebrou a perna esquerda.

Por ser a expressão da verdade firmo a presente declaração.

Feijó-Ac, 30 de Agosto de 2019.

José de Sousa Martins



G-MUS	CÓDIGO DO PACIENTE
Gestão Municipal da Saúde	3359840

Sistema Único de Saúde

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

Data Nasc.: 03/02/1979 Sexo: M

700 1049 3278 1311



SUS

Ministério da Saúde
Secretaria Nacional de Saúde
Coordenação Nacional de Controle e Fiscalização Medicamentosa



**COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO
ACRE**

RUA VALERIO MAGALHAES, 226

BOSQUE - RIO BRANCO

CNPJ: 04.065.033/0001-70 IE:

0100414100146

Fone: 0800 647 7196 ou 0800-721-5848 (Ouvidoria)

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

**167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e
tarifada na origem para telefones celulares**

Segunda Via Agrupada

CARLOS ANTONIO DE SOUSA MARTINS

RM DO MANGUEIRAL, 2555

69.960-000 - FEIJÓ (RURAL)

Roteiro: 070.28.01.001210

**Para contato com a empresa,
informe este número**

Código Único

0389042-2

Cod. Fat. 1.1.1.1	Classe Residencial	Ligação Monofasica	Poste	Medidor 7221837	Constante 1	NPL 5	Emissão 20/12/2019	
Mês / Ano	Nº FD	Nota Fiscal	Vencimento	Valor Original	Multa por Atraso	Juros de Mora	Corr. Monet. IGPM	Valor Total
12/2019	00	6.548.673	19/12/2019	32,37	0,64	0,01	0,00	33,02
11/2019	00	6.257.065	19/11/2019	29,27	0,58	0,30	0,19	30,34
10/2019	00	5.967.443	18/10/2019	26,95	0,52	0,55	0,17	28,19

Juros de Mora para pagamento em 20/12/2019

A partir de 13/12 cfe reh2649/19 Aneel reaj. tarif. medio - 4,24%

**Vencimento
20/12/2019**

**Valor a Pagar
R\$ 91,55**



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 030243

Série

00003 - AC



Prefeitura Mun. de
CONVENIO
Mib DRT
TADOR

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Nome Carlos Antonio de Souza Martins

Loc. Nasc.

Loc. Nasc. Felpi Est. Are Data 03/03/80

Filiação

Filiação Rosemary de Souza Martins 8 de
Março Dulceir de Souza

Doc. n.º

Doc. n° 2.065, FLS-228, LIV 7-21

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em...../...../..... Doc. Ident. n.º:.....

Exp. em...../...../..... Estado.....

Obs.

Data Emissão: 26/09/96 DRT Am

DRT

Raimunda Luciane d. Aguiar Dasso

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

Norm

Doc.:

Nome

Doc..

Nome

Doc...

.....

.....

•
•
•
•
•
•
•
•
•

Volume.

Doc...

fascim

Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo CBO nº

Data admissão de de 19

Registro nº Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo CBO nº

Data admissão de de 19

Registro nº Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

**“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”**

OUTORGANTE: **CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**, Brasileiro, solteiro, trabalhador rural, portador do RG Nº 368.164 SSP/AC e inscrito no CPF Nº 617.567.842-72, com endereço Rua Joel Ferreira de Souza, Nº 410, bairro Bela Vista, CEP 69.960-000, Município de Feijó/AC, email: não tem, telefone 99245-1427 e 99972-3126.

OUTORGADO: **ROBERTO ALVES DE SÁ**, brasileiro, Advogado, Casado, inscrito na OAB/AC Nº 4013, CPF 216.175.972-87, com endereço profissional na Av. Ceará, 4.479, Bairro Estação Experimental, Rio Branco/AC, e-mail: roberto.sa13@globo.com Telefone (68)99985-8085.

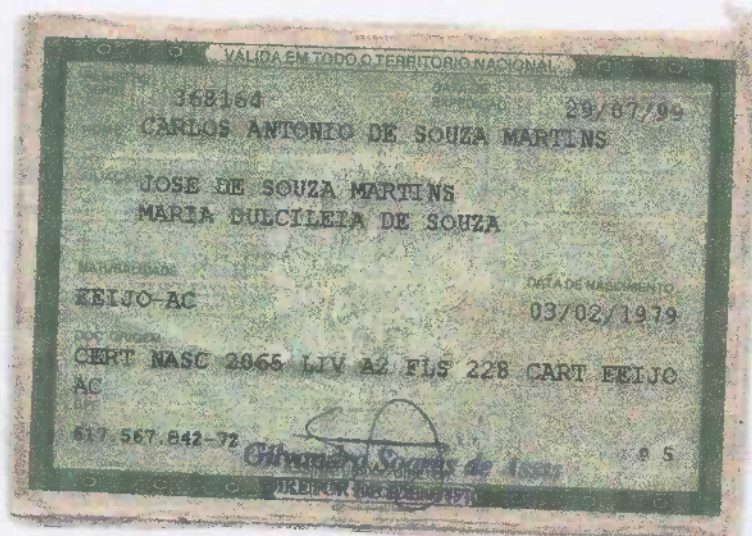
PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula **"ad-judicia et extra"**, conforme estabelecido no artigo **105** do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições Federais, Estaduais e Municipais, e Órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, e 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 transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

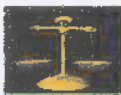
O (a) outorgante declara para fazer jus ao benefício da Gratuidade Judiciária não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu sustento e de sua família, nos termos da Lei Nº 1.060/50, nos termos da Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, nos termos do Novo Código de Processo Civil art. 98, e nos termos do art. 790, § 3º, da CLT, responsabilizando-se integralmente pelo conteúdo declarado.

Rio Branco-Ac, 29 de agosto de 2019.

Carlos Antonio de Souza Martins

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS



**“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”**

OUTORGANTE: **CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**, Brasileiro, solteiro, trabalhador rural, portador do RG Nº 368.164 SSP/AC e inscrito no CPF Nº 617.567.842-72, com endereço Rua Joel Ferreira de Souza, Nº 410, bairro Bela Vista, CEP 69.960-000, Município de Feijó/AC, email: não tem, telefone 99245-1427 e 99972-3126.

OUTORGADO: **ROBERTO ALVES DE SÁ**, brasileiro, Advogado, Casado, inscrito na OAB/AC Nº 4013, CPF 216.175.972-87, com endereço profissional na Av. Ceará, 4.479, Bairro Estação Experimental, Rio Branco/AC, e-mail: roberto.sa13@globo.com Telefone (68)99985-8085.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula “ad-judicia et extra”, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições Federais, Estaduais e Municipais, e Órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, e 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 transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

O (a) outorgante declara para fazer jus ao benefício da Gratuidade Judiciária não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu sustento e de sua família, nos termos da Lei Nº 1.060/50, nos termos da Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, nos termos do Novo Código de Processo Civil art. 98, e nos termos do art. 790, § 3º, da CLT, responsabilizando-se integralmente pelo conteúdo declarado.

Rio Branco-Ac, 29 de agosto de 2019.

Carlos Antonio de Souza Martins

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0124744-1

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141.001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia: Única - Jéris Unica

Nº da Nota Fiscal: 005013395

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\$)
JULHO/2019	11/07/2019	128	95,76

MARIA DULCILENE DE SOUZA MARTINS
R. JOEL FERREIRA DE SOUZA 410 BELA VISTA
CPF: 00068252137253
CEP: 69.960-000 - FEIJÓ

ROT: 2.070.02.01.002230

DADOS DA LEITURA		kWh	DATA DA LEITURA	
Atual:	2.527		Atual:	04/07/2019
Anterior:	27399		Anterior:	04/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	05/08/2019
Consumo Medido:	128	FCAN	Emissão:	03/07/2019
Consumo Faturado:	128		Apresentação:	04/07/2019

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7045058		1.1.1.1	144

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/19	110	CONSUMO	128 A R\$ 0,718300 = 91,94
MAI/19	176	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,82
ABR/19	145		
MAR/19	108		
FEV/19	95		
JAN/19	169		
DEZ/18	144		
NOV/18	139		
OUT/18	130		
SET/18	157		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 128 - 0,597778			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
MES: ABR	Valor: 14
06/2019	89,30

RESERVADO AO FISCO 474B.67B1.2ECA.5E43.B877.5AB1.370D.1D8D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	29,87	Base de Cálculo:	91,94
Energia:	35,41	Alíquota ICMS: 16,00%	
Transmissão:	0,90	Valor do ICMS:	14,71
Encargos:	10,35	Valor do PIS:	0,12
Tributos:	15,41	Valor do COFINS:	0,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DCE			FIC			DMIC	DICT
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	13,70	27,41	54,82	8,46	16,92	33,84	6,90	
Realizado	2,83			4,00			1,02	
Coeficiente	HEJIO						Período de apuração:	05/2019
								R\$ 65,35

ROT: 2.070.02.01.002230



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

SEU CÓDIGO

0124744-1

TOTAL A PAGAR - R\$

95,76

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

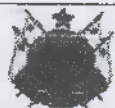
11/07/2019

Nº da Nota Fiscal: 005013395

FCAN

83670000000 0 95760045000 2 00000000124 8 74410719008 7





BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 268/06-2019

FATO 01: Acidente de Transito

Data: 08.06.2019

Hora: 15h30min

LOCAL

Logradouro: Rua José Leonardo Guimarães c/ Rua Geraldo Pereira

Nº:

Bairro: Bela Vista

Complemento:

Referência:

CEP: 69960-000

Município: Feijó

Tipo de Local: Via Pública

ENVOLVIDO "A" CONDUCTOR/ MZY 0887

Nome: Klever Lima da Silva

Sexo: M

Nasc.: 14.09.1998

Idade: 21

Endereço: Rua Altino Rodrigues da Costa

Bairro: Bela Vista

Tel.: 999536757

Lesões: conforme exame de corpo de delito

ENVOLVIDO "B" CONDUCTOR/ NPB 1328

Nome: Carlos Antonio de Souza Martins

Sexo: M

Nasc.: 03.02.1979

Idade: 40

Endereço: Rua Joel Ferreira de Souza

Bairro: Bela Vista

Tel.: 999723126

Lesões: conforme exame de corpo de delito.

ENVOLVIDO "C" TESTEMUNHA

Nome: Maria Cilene Souza Martins

Sexo: F

Nasc.:

Idade: 38

Endereço: TV. José Plácido Barbosa

Bairro: Bela Vista

Tel.:

Objetos Pessoais

HISTÓRICO: Informo-vos que fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de transito envolvendo duas motocicletas no endereço acima citado; Que ao chegarmos ao local encontramos os condutores Klever Lima da Silva e Carlos Antonio de Souza Martins caídos ao chão, onde ambos apresentavam várias escoriações e Carlos Antonio estava com uma fratura na perna esquerda; Que em seguida os dois condutores foram encaminhados ao HGF pela equipe do SAMU, que depois de receber atendimento medico foi pedido os documentos de porte obrigatório dos condutores, onde Klever Lima assumiu não ter habilitação e que havia pego a motocicleta emprestada de sua sogra, e ainda relatou que vinha pela Rua José Leonardo Guimarães na direção bairro centro quando o outro envolvido apareceu na sua frente, vindo a colidir; Que o condutor Carlos Antonio também assumiu não ser habilitado. Devido não ser habilitado conduzimos e entregamos o condutor Klever Lima juntamente com o exame de corpo de delito na Delegacia local, já o condutor Carlos Antonio não foi entregue na delegacia, devido o mesmo ainda está recebendo atendimento médico até o momento da entrega do B.O, e iria viajar para a cidade de Cruzeiro do Sul. Que foi entregue juntamente com o B.O. na Delegacia local, o exame de corpo de delito do condutor Carlos Antonio, a motocicleta Biz de placa MZY 0887 e a motocicleta Bros de placa NPB 1328.

OBS:

Avarias da Biz; carenagem dianteira(saia) quebrada, para-lama quebrado e pneu dianteiro furado.

Avarias da Bros; placa amassada, aba do tanque do lado esquerdo quebrada, pisca lado esquerdo quebrado e motor com a carcaça furada.

EFFECTIVO E VIATURA EMPENHADO

CMT: SGT PM DAMASCENO PTR: SD PM CLECIO, SD PM AIRTON.

RECIBO DE ENTREGA

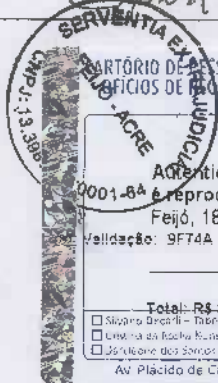
Unidade de entrega: D.G.P.C.F.

Hora: 18:30

Nome:

Função: APC

Assinatura



AUTENTICAÇÃO nº 024884

Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que

0001-84 é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.

Feijó, 18 de junho de 2019. Selo: N0000009DD - AUTENTICAÇÃO

Validação: 9FT4A - Consulte o selo em: selo.tjac.jus.br

SILVANO DECARLI - Tabelião

Total: R\$ 3,40

☐ Silvano Decarli - Tabelião/Oficial☐ Maria Gloriana de Sousa Macedo - Escrevente☐ Cristina da Rocha Nunes de Souza - Escrevente☐ Jennifer Maria Gomes Pinheiro do Oliveira - Escrevente☐ Jéssica dos Santos da Silva - Escrevente Autorizada

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - sdecarli@uol.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ROBERTO ALVES DE SA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 22/10/2020 às 10:55, sob o número 0700821222020208010013. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700821-22.2020.8.01.0013 e código 275EB97.



EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÕES CORPORAIS)

Ao(s) dia(s) 08 / 06 / 2019, nesta cidade de Feijó, Estado do Acre, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se achava o Sr. Alexnaldo Batista da Silva, Delegado de Polícia respectiva o (a), comigo, Escrivã *ad hoc*, ao final assinado (a), presentes os peritos *ad hoc* nomeados e comprometidos, Médico: André Luiz de Souza

e André Luiz de Souza, residentes nesta cidade, lotados no Hospital Geral de Feijó, aos quais a autoridade policial deferiu o compromisso legal, que aceitaram, de bem e fielmente desempenharem a sua missão e os encarregou de procederem a Exame de Corpo de Delito (LESÕES CORPORAIS) em André Luiz de Souza nascido em 15/05/1978 e responderem aos seguintes quesitos.

- 1.º - Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?
- 2.º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?
- 3.º - Se produzido por meio de veneno, fogo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada).
- 4.º - Se resultou incapacidade para suas ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?
- 5.º - Se resultou perigo de vida? (resposta especificada).
- 6.º - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função? (resposta especificada).
- 7.º - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente? (Resposta especificada).

Em consequência, passaram os peritos a fazer os exames requisitados e as investigações julgadas necessárias, findos os quais declararam que do exame que procederam em, constatarem as seguintes ofensas físicas:

Uma lesão por arma de fogo - sem o ar -
na região da coxa direita -
na região da coxa direita -

Portanto, responderam aos quesitos pela maneira seguinte:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1.º - <u>Sim</u> | 2.º - <u>Portura</u> |
| 3.º - <u>Não</u> | 4.º - <u>Sim</u> |
| 5.º - <u>Não</u> | 6.º - <u>Responder melhor</u> |
| 7.º - <u>Responder melhor</u> | |

Foi o que em suas consciências e sob o compromisso prestado declararam. Nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este auto, que assina com os peritos e comigo, _____ Escrivã *ad hoc*, que o digitei.

Alexnaldo Batista da Silva
Delegado de Polícia Civil

Gracilene Freitas de Paiva Souza
Escrivã *ad hoc*

1.º Perito *ad hoc*: Dr. André Luiz de Souza

2.º Perito *ad hoc*: _____

FUNDHACRE
FUNDAÇÃO HOSPITAL DO ACRE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente CARLOS ANTONIO DA SOUZA MARTINS

Leito:

O Sr. especificado encontra-se
em tratamento oncológico. 4
ano: S82, data de 08/06/2019.
Adelto tratamento cirúrgico de
urgência (exatidão exatidão). Atual-
mente boa evolução. Sem previ-
sões de alta

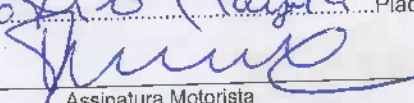
Francisley Freitas
Ortopedista
CRM/AC 751 RQE 294

Carlo Antonio
26/10/2019

DATA ____/____/____

Carimbo

ASSINATURA

	SINDICATO DOS TAXISTAS E CONDUTORES AUTÔNOMOS DO ESTADO DO ACRE	
	CNPJ.: 02.052.126/0001-35 Travessa Amazonas, 728 - Cerâmica - Fone/Fax: (68) 3224-6939 CEP: 69.910-700 - Rio Branco - Acre Email: sintc@gmail.com.br	
	RECIBO	
	R\$ <u>52000</u>	
Recebi(emos) do <u>Carlos Antonio Souza Martins</u>		
a importância de <u>Quinhentos e Vinte Reais</u>		
Referente a <u>TRANSPORTE EM TÁXI NO SEGUINTE INTINERÁRIO:</u>		
Motorista <u>Valdnei Barbosa da Silva</u>		
CPF: <u>139.25804-00</u>		RG: <u>325655 PB</u>
Veículo: <u>Exio Toyota</u>		Placa: <u>QLW 7552</u>
 Assinatura Motorista		Rio Branco - AC

DETRAN - AC Nº 011091591177

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 01 RENAVAM 01100683792

0027685524

NOME E ENDEREÇO
EDINALDO GABRIEL DOS SANTOS
RUA JOSE MARIA FIOS STA. QUIITERIA
CONDOMÍNIO N.º 64-44
RIO BRANCO AL 29118718

434.946.225-20 PLACA WPB1328

NOME ANTERIOR
EDINALDO GABRIEL DOS SANTOS

PLACA ANTERIOR CHASSI
WPB1328 AM 9C21D0510AR029796

ESPECIE TIPO
PAS MOTOCICLO NAO PLACA

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/NXR150RUS NXR 150

ANO FAB ANO MOD
2010 2010

CAP/QT/CIL
2F/6/49CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

RESERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO & SEM TRIBUTARIO

CPF 216.293.972-28 DATA 18/02/2016

Nome do Abastecedor a Credenciado

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 6.000,00

NOME DO COMPRADOR: Francisco Farias Campos

RG: 0268369 CPF/CNPJ: 483.907.802-59

ENDEREÇO: Rua: 06 de Agosto, Bairro: Aut-
Feijó

LOCAL E DATA: Feijó - AC 12/04/2017

Assinado por eu dos Santos
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

Francisco Farias Campos
 ASSINATURA DO COMPRADOR

DE ACORDO: Francisco Farias Campos

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
 CONFORME ART. 369 C. P.C.

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS, OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-ACRE
 SILVANO DECARLI - TABELIÃO/OFICIAL

Cód. 039178. Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de:
 (1) ERINALDO GARCIA DOS SANTOS, (2) FRANCISCO FARIAS CAMPOS

Feijó, 12 de abril de 2017, 11:10:07. Selo: AE567717-81, AE667718-80 -
 RECONHECIMENTO DE FIRMA

Cód. Validação: AE567717-81, AE667718-80 -
 370A-C916-ECF9-F1CA, B306-5471-D318-A98D - Consulte o selo em:

☒ Escritório de Registro de Imóveis - Substituta
☐ Jennifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrevente

www.decarli.com.br Total: R\$ 6,40. **Em Testemunho**
 Assinado por eu dos Santos da Silva - Escrevente Autorizada

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - sdecarli@uol.com.br

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

AC Nº 012840457573 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodatransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		09/09/2018	
VIA	OPF/CNPJ	PLACA	
01	437946	NPP1328	
RENAVAM	MARCA/MODELO		
00227055594	HONDA/NXR150BROS MIX ESD		
ANO FAB	CAT. TAMB	Nº CHASSI	
2010	00	9C2KD0510AR029798	
PREMIO TARIFARIO			
FNS (R\$)	RENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
11139,04	20514,04	11149,38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
144,15			
COTA UNICA			
PAGAMENTO			
PARCELADO			
DATA DE ORTACAO			
09/09/2018			

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 091249.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

ns. 33

DETRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 012840457573

VIA 01 COB RENAVAM 00227055594 RNTREC EXERCÍCIO 2018

NOME EDINALDO GARCIA DOS SANTOS

PLACA AMPLUE NPP1328

ESPECIE/FRO PAS/MOTOCICLO 150BROS MIX ESD

COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150BROS MIX ESD

ANO FAB 2010

CAP/POT/CIL 150/14V/12

CATEGORIA RTTICU

COTA UNICA 1XXXXXX

ENC COTA UNICA 1XXXXXX

PREMIO TARIFARIO (R\$) 11139,04

PREMIO TOTAL (R\$) 11149,38

DATA DE PAGAMENTO 09/09/2018

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DANO INDO A DEN. TRIBUTARIA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDA

LOCAL

DATA

Estado do Acre - SEFAZ - DETRAN - Documento de Arrecadação -		Exercício: 2018		Placa: NPPB1328		Emissão: 03/09/2018	
EDINALDO GARCIA DOS SANTOS		Serviços Solicitados		RENAVAM 00227055594		IPVA COTA UNICA: 04.100.4288155.5-1	
RUA JOSE MARIA RIOS 144		Licenciamento Anual		BASE CÁLCULO 5.391,00			
HONDA/NXR150BROS MIX ESD		116,87		ALÍQUOTA 0,01 %			
Ano Fabricação: 2010				DEPRECIACAO 0			
9C2KD0510AR029798 0184099		Total: 116,87		VALOR IPVA 53,91		SEGURO: 06.100.4288157.5-1	
						LICENCIAMENTO: 04.100.4288156.5-2	
Débitos IPVA: Documento não quita débitos anteriores							
VÁLIDO POR 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE AUTENTICAÇÃO DAS TAXAS, IPVA, LICENCIAMENTO E DPVAT ACOMPANHADO DO CRLV DO ANO ANTERIOR							
Local de pagamento: PAGÁVEL SOMENTE NO BANCO DO BRASIL							

Correios

Continuar assim Os Papéis Tão Bem

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ROBERTO ALVES DE SA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 22/10/2020 às 10:55, sob o número 0700821222020208010013. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700821-22.2020.8.01.0013 e código: 275EB97.



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO
ACRE

RUA VALERIO MAGALHAES, 226

BOSQUE - RIO BRANCO

CNPJ: 04.065.033/0001-70 IE:

0100414100146

Fone: 0800 647 7196 ou 0800-721-5848 (Ouvidoria)

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e
tarifada na origem para telefones celulares

Segunda Via Agrupada

CARLOS ANTONIO DE SOUSA MARTINS
RM DO MANGUEIRAL, 2555
69.960-000 - FELJO (RURAL)

Roteiro: 070.28.01.001210

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0389042-2

Cod. Fat. 1.1.1.1	Classe Residencial	Ligação Monofasica	Poste	Medidor 7221837	Constante 1	NPL 5	Emissão 20/12/2019	
Mês / Ano	Nº FD	Nota Fiscal	Vencimento	Valor Original	Multa por Atraso	Juros de Mora	Corr. Monet. IGPM	Valor Total
12/2019	00	6.548.673	19/12/2019	32,37	0,64	0,01	0,00	33,02
11/2019	00	6.257.065	19/11/2019	29,27	0,58	0,30	0,19	30,34
10/2019	00	5.967.443	18/10/2019	26,95	0,52	0,55	0,17	28,19

Juros de Mora para pagamento em 20/12/2019

A partir de 13/12 cfe reh2649/19 Aneel reaj.tarif. medio - 4,24%

Vencimento
20/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 91,55

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco Farias Campos,
 RG nº 0268569, data de expedição 04/11/1993
 Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 483.907.802-59,
 com domicílio na cidade de Feijó AC, no Estado de
ACRE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 6 de agosto, nº _____,
 complemento _____, declaro, sob às penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
 _____, cujo o condutor era
CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS.
 Veículo: _____ Modelo: HONDA/NXR 150 BROS Ano: 2010
 Placa: NPB 1328 Chassi: 9C2KD0510AR029796
 Data do Acidente: 08/06/2019

Local e Data: FEIJÓ/AC

x Francisco Farias Campos
 Assinatura do Declarante

Carlos Antonio de Souza Martins
 Assinatura do Condutor
 (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO - MDA
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA - INCRA
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO INCRA NO ESTADO DO ACRE - SR 14/AC
DIVISÃO TÉCNICA

MEMORIAL DESCRITIVO

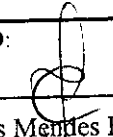
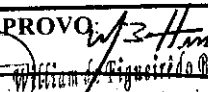
PROJETO : P. A. Berlim/Recreio	IMÓVEL : P. A. Berlim/Recreio
LOTE : 37	GLEBA :
MUNICÍPIO : Feijó	ESTADO : Acre
ÁREA : 76,9866 ha	PERÍMETRO : 3.714,78 m

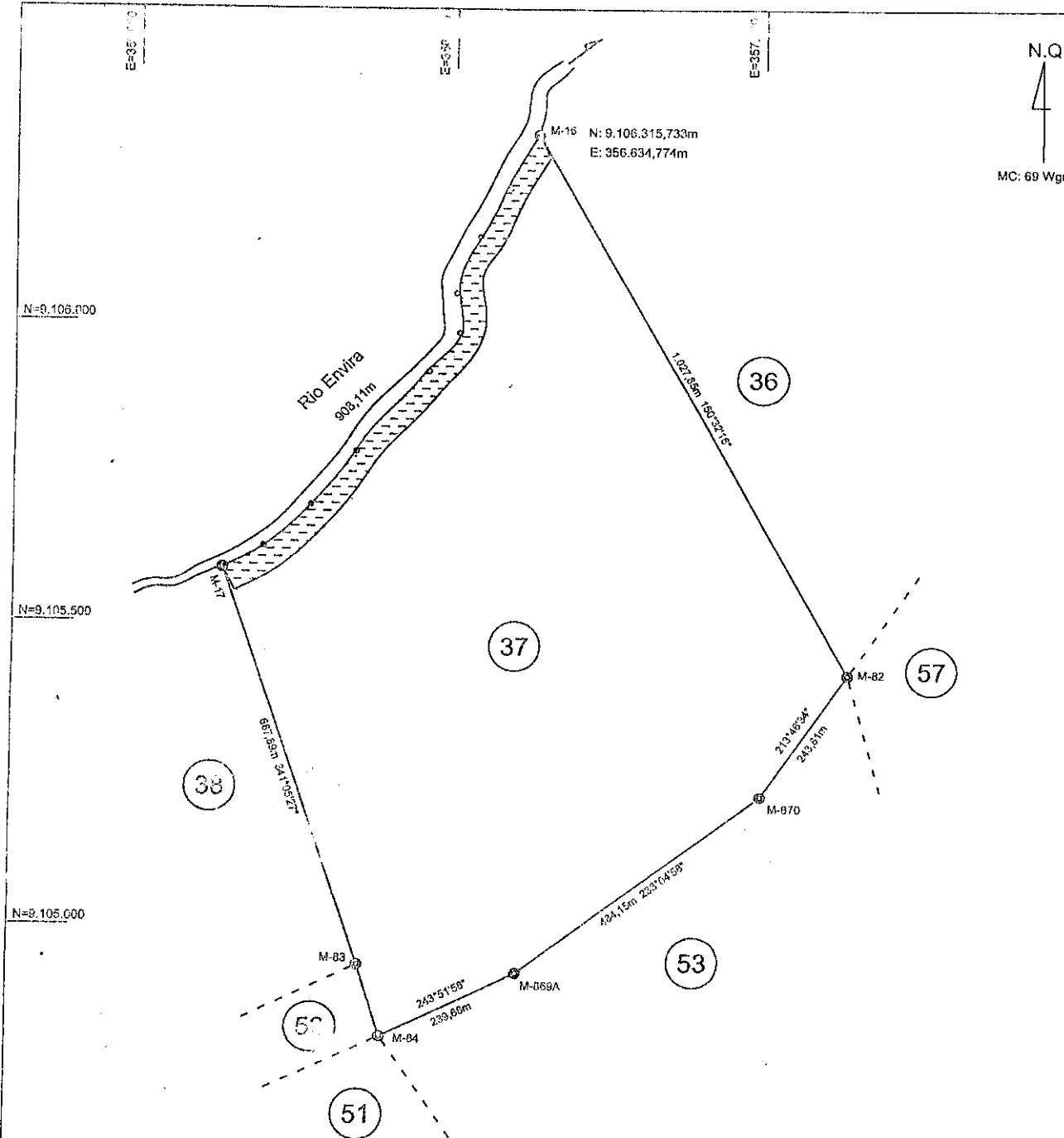
LIMITES E CONFRONTAÇÕES

NORTE : Rio Envira e lote 36;
LESTE : Lotes 36 e 53;
SUL : Lotes 53, 52 e 38;
OESTE : Lotes 52, 38 e Rio Envira.

DESCRIÇÃO DO PERÍMETRO

Partindo do marco **M-16**, definido pelas coordenadas geográficas de Latitude 8°04'58,15" Sul e Longitude 70°18'04,02" Oeste, Elipsóide SAD 69 e pelas coordenadas planas UTM 9.106.315,733m Norte e 356.634,774m Leste, referida ao meridiano central 69° WGr; deste, confrontando neste trecho com o lote 36, segue com o azimute plano de 150°32'16" e distância de 1.027,85 metros, até o marco **M-82**; deste, confrontando neste trecho com o lote 53, segue com os seguintes azimutes e distâncias; azimute plano de 213°46'34" e distância de 243,61 metros, até o marco **M-870**; deste, com o azimute plano de 233°04'58" e distância de 484,15 metros, até o marco **M-869A**; deste, com o azimute plano de 243°51'56" e distância de 239,68 metros, até o marco **M-84**; deste, confrontando neste trecho com o lote 52, segue com o azimute plano de 341°48'20" e distância de 123,49 metros, até o marco **M-83**; deste, confrontando neste trecho com o lote 38, segue com o azimute plano de 341°05'27" e distância de 687,89 metros, até o marco **M-17**; deste, segue pela margem do Rio Envira no sentido de sua jusante, com uma distância de 908,11 metros, até o marco **M-16**, ponto inicial da descrição deste perímetro.

DATA: 10/10/2003	RESP. TÉCNICO:  José Tobias Mendes Filho Eng. Agrimensor CREA 131.294/D-SP	VISTO:  Elson Chaves Vieira Gestor Serviço Cartografia/INCRA QS/INCRA/SR 14/G/IN° 040/07	APROVO:  William Siqueira Bittencourt Engenheiro Agrimensor CREA 28/341-D-MG 26/10/13
----------------------------	---	---	--

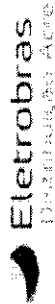


Área de Preservação Permanente

ESTAÇÃO	ESTAÇÃO	DISTÂNCIA	AZIMUTE
M-84	M-83	123,49m	341°48'20"

Convergência meridiana no centro da folha: -0°10'59,13"

		MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO MDA INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA - INCRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO INCRA NO ESTADO DO ACRE - SR/14 DIVISÃO TÉCNICA	
		PROJETO: PA BERLIM/RECREIO IMÓVEL: PA BERLIM/RECREIO LOTE: 37 OCUPANTE:	ÁREA: 76,9866 ha PERÍMETRO: 3.714,78 m
OBJETO: T.P. SR14/AC Nº03/02 LOTE 2	ESTADO: ACRE MUNICÍPIO: FEIJÓ	ESCALA: 1:10000	
DATA: 01/10/03	RESP. TÉCNICO: DATA: José Tobias Mendes Filho Eng. Agrônomo - CREA 131.294/D-SP	CONFERE: DATA:	VISTO: DATA:
EXECUÇÃO: ENGETOP LTDA.			



COMPANHIA DE ELETRICIDADE
DO ACRE

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Código Único: 0389042-2
OS:

Cliente: CARLOS ANTONIO DE SOUSA
Classe: 01 - Residencial
Atividade: Medidor Fabr Elem. Constante NPL
Endereço: RM DO MANGUEIRAL, 2555
SubClasse: 01 - Residencial
Tensão: 01 - Baixa Tensao
Residencial
Roteiro: 070.28.01.001210
Tipo Ligação: 1 - Monofasica
Instalação: 23/08/2016
Consumo Demanda
Reativa

Mês/Ano Fatmo	Data Leitura	Even Medi- dor	Medidor Cons/Dem	Consumo			kWh			Leitura			Demanda			Reativa			Fator Potência	
				Medida	Faturada	Coletor	Col.	Leit	Irreg.	Medido	Faturado	Medida	Faturada	Leitura	Irr	Medida	Fatur.	Contr.		Medidor Kvarh
08/2019	13/08/2019		7221837	1637			1637	30	30		63	63					0			00,00
07/2019	13/07/2019		7221837	1574			1574	30	30		43	43					0			00,00
06/2019	11/06/2019		7221837	1531			1531				3	30					0			00,00
05/2019	15/05/2019		7221837	1528				06	06		30	30					0			00,00
04/2019	15/04/2019		7221837	1498				06	06		30	30					0			00,00
03/2019	14/03/2019		7221837	1468				06	06		30	30					0			00,00
02/2019	12/02/2019		7221837	1438				06	06		30	30					0			00,00
01/2019	14/01/2019		7221837	1408				48	48		32	32					0			00,00
12/2018	12/12/2018		7221837	1376				06	06		34	34					0			00,00
11/2018	09/11/2018		7221837	1342				06	06		36	36					0			00,00
10/2018	12/10/2018		7221837	1306			1306				17	30					0			00,00
09/2018	12/09/2018		7221837	1289			1289				45	45					0			00,00
08/2018	10/08/2018		7221837	1244			1227	30	30		0	30				0	0			00,00
07/2018	10/07/2018		7221837	1244			1189	30	38		0	30				0	0			00,00
06/2018	11/06/2018		7221837	1244				06	06		30	30					0			00,00
05/2018	12/05/2018		7221837	1214				48	48		30	30					0			00,00
04/2018	14/04/2018		7221837	1184				06	06		53	53					0			00,00
03/2018	16/03/2018		7221837	1131				06	06		55	55					0			00,00
02/2018	12/02/2018		7221837	1076				06	06		56	56					0			00,00
01/2018	12/01/2018		7221837	1020			1020	06	06		30	30				0	0			00,00
12/2017	12/12/2017		7221837	990				06	06		60	60				0	0			00,00
11/2017	14/11/2017		7221837	930				06	06		60	60				0	0			00,00
10/2017	14/10/2017		7221837	870				06	06		62	62				0	0			00,00
09/2017	15/09/2017		7221837	808				06	06		62	62					0			00,00
08/2017	16/08/2017		7221837	746				06	06		62	62					0			00,00
07/2017	14/07/2017		7221837	684				06	06		62	62					0			00,00
06/2017	12/06/2017		7221837	622				48	48		0	30				0	0			00,00
05/2017	12/05/2017		7221837	622				06	06		69	69				0	0			00,00
04/2017	12/04/2017		7221837	553				06	06		69	69					0			00,00
03/2017	17/03/2017		7221837	484				06	06		69	69					0			00,00
02/2017	09/02/2017		7221837	415				06	06		69	69					0			00,00
01/2017	14/01/2017		7221837	346				06	06		69	69					0			00,00
12/2016	12/12/2016		7221837	277				06	06		69	69					0			00,00
11/2016	11/11/2016		7221837	208				06	06		69	69					0			00,00
10/2016	10/10/2016		7221837	139			147				75	75					0			00,00
09/2016	09/09/2016		7221837	64			64				64	64					0			00,00



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO - MDA
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA - INCRA
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO ESTADO DO ACRE - SR (14)

CERTIDÃO Nº 022/2019

A SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO ESTADO DO ACRE - SR (14),
Certifica para fins de direito que o Senhor(a) JOSÉ DE SOUSA MARTINS, portador(a) do(a)
Carteira de Identidade nº 136636 - SSP AC, CPF nº 13821628200, brasileiro(a), é
assentado(a) no Projeto de Assentamento PA BERLIM RECREIO, localizado no(s)
município(s) de FEIJO, inscrito(a) no Sistema de Informações de Projetos de Reforma
Agrária - SIPRA, sob o código AC009100000542, onde desenvolve atividades rurais em
regime de economia familiar no lote/gleba/parcela rural ÚNICA - COLÔNIA MONTE
CARMELO nº 037 - Área: 76,9866 - , que lhes foi destinada desde 17/08/2006, conforme
Processo Administrativo/INCRA/nº 54265.000018/2007-12.

Se Ju-AC

Rio Branco/AC, 30/08/2019

Francisco Fortunato de Castro Meireles
Resp. A.A. Feijó/INCRA
Origem de Serviço nº 22/2017



SINDICATO DOS TAXISTAS E CONDUTORES AUTÔNOMOS DO ESTADO DO ACRE

fls. 40

CNPJ.: 02.052.126/0001-35

Travessa Amazonas, 728 - Cerâmica - Fone/Fax: (68) 3224-6939

CEP: 69.910-700 - Rio Branco - Acre

Email: sintc@gmail.com.br

RECIBO

R\$

130,00

Recebi(emos) do.....

a importância de

Referente a **TRANSPORTE EM TÁXI NO SEGUINTE INTINERÁRIO:**

Motorista.....

CPF:.....

RG: 0234963

Veículo: COLBATE

Placa: N.A.C 4351

MARCELO GILBERTO

Assinatura Motorista

Rio Branco - AC

03,09,219



**SINDICATO DOS TAXISTAS E CONDUTORES
AUTÔNOMOS DO ESTADO DO ACRE**

CNPJ.: 02.052.126/0001-35

Travessa Amazonas, 728 - Cerâmica - Fone/Fax: (68) 3224-6939

CEP: 69.910-700 - Rio Branco - Acre

Email: sintc@gmail.com.br

RECIBO

R\$

52000

Recebi(emos) do

Carlos Antonio Souza Martins

a importância de

Quinhentos e Vinte Reais

Referente a

TRANSPORTE EM TÁXI NO SEGUINTE INTINERÁRIO:

Motorista

Valdeci Barbosa da Silva

CPF

139.25804-00

RG

325655 PB

Veículo

Exio Toyota

Placa

QLW 7552

Assinatura Motorista

Rio Branco - AC

/ /

fls. 41

Op. Conta
3707.013.11932-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

**Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
 Cartão magnético de Poupança**
Sinca 4272

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 **0800-726 2492** **0800-725 7474**

Reclamações,
 sugestões e elogios. Atendimento a pessoas
 com deficiência auditiva Ouvidoria

37.158 v004

Autenticação mecânica - Primeira Cota Única		Autenticação mecânica - Seguro DPVAT	
Estado do Acre - SEFAZ - DETRAN - Documento de Arrecadação -		Exercício: 2018	Placa: NPB1328 Emissão 03/09/2018
EDINALDO GARCIA DOS SANTOS RUA JOSE MARIA RIOS 144 HONDA/NXR150BROS MIX ESD Ano Fabricação: 2010 9C2KD0510AR029796 0194099	Serviços Solicitados Licenciamento Anual 116,87 Total: 116,87	RENAVAM BASE CÁLCULO ALÍQUOTA DEPRECIACÃO VALOR IPVA 00227055594 5.391,00 01 % 0 53,91	IPVA COTA ÚNICA: 04.100.4288155.5-1 SEGURO: 05.100.4288157.5-1 LICENCIAMENTO: 01.100.4288156.5-2
Débitos IPVA: Documento não quita débitos anteriores			
VÁLIDO POR 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE AUTENTICAÇÃO DAS TAXAS, IPVA, LICENCIAMENTO E DPVAT ACOMPANHADO DO CRLV DO ANO ANTERIOR			
Local de pagamento: PAGÁVEL SOMENTE NO BANCO DO BRASIL			

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR: Francisco Soares Campos VALOR R\$ 6.000,00

RG: 0268569 CPF: 028.907.802-59

ENDEREÇO: Rua: 06 de Agosto, Bairro: Jussara

LOCAL: Sup-AC 12/04/2017

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): Francisco Soares Santos

ASSINATURA DO COMPRADOR: Francisco Soares Santos

DE ACORDO: Francisco Soares Santos

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 369 C. P.C.

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS, OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-ACRE

Cod. 039178. Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: (1) EDINALDO GARCIA DOS SANTOS, (2) FRANCISCO FARIAS

Feijó, 12 de abril de 2017, 11:10:07. São: AE687717-81, AE687718-80 - RECONHECIMENTO DE FIRMA

Cod. Validação: AE687717-81, AE687718-80 - 370A-C916-ECF9-FICA-B306-6471-0316-A98D - Consulte o site em: www.receita.fazenda.gov.br

Valor recebido: Total: R\$ 8.100,00 Em testemho: Francisco Soares Santos - Escritor

Ass. Público de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - silveira@tj.ac.gov.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 011091591177

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 01 00227055594 01100883792

EDINALDO GARCIA DOS SANTOS
RUA JOSE MARIA RIOS STA GUILTERIA
CONQUISTA Nº 0144
RIO BRANCO-AC 69918718

434.946.922-20 NFB1328

GILDINEY PACHECO DE FARIAS

NFB1328 AM 9C2 D0510AR029796

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICADA

HONDA/NXR150BR05

2P/0149CC/

SEM RESERVA DE DOMÍNIO E BENEFITÁRIO

RIO BRANCO-AC

18/02/2016

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00227055594
 EXERCÍCIO 2016
 RNTC

EDINALDO GARCIA DOS SANTOS
 AC

PLACA NPB1328
 CHASSI 9C2KD0510AR029796
 COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

434.946.922-20
 PLACA ANTI/UF NPB1328 AM

ESPECIE/TIPO PAE/MOTOCICLO/NAO
 MARCA/MODELO HONDA/NXR150BROS MI
 CAP/POT/OIL 2P/0149CC/
 COTA ÚNICA 1*PAG50*

ENC. COTA ÚNICA 1*
 2*
 3*

FAIXA I PVA PARC. PAGO COTA ÚNICA
 1*PAG50* 1*PAG50* 1*PAG50*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11
 IOF (R\$) R\$1.11
 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$292.01

DATA DE PAGAMENTO 01/09/2016

SEM RESERVA DE DOUTRINA * BEN. TRIBUTÁRIO

DOCUMENTO DE OBRIGATORIO RENCA

RID BRANCO-AD

DATA 02/09/2016

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

AC Nº 012840457573 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016
 DATA EMISSÃO 02/09/2016

VIA 01 434.946.922-20
 CFP / CNPJ NPB1328
 RENAVAM 00227055594
 MARCA / MODELO HONDA/NXR150BROS MIX ESD
 Nº CHASSI 9C2KD0510AR029796

PRÊMIO TARIFÁRIO
 FNS (R\$) R\$129.04
 DENATRA (R\$) R\$14.34
 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143.38

ANQ FAB. 2010
 CAT TARIF. 9

IOF (R\$) R\$1.11
 CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15
 TOTAL SEM IGO (R\$) R\$292.01

DATA DE QUITAÇÃO 01/09/2016

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.408/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

CONFERE COM
O ORIGINAL
DATA 30/08/19



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



SAMU
192

Maria Madelena de Oliveira
Gerente Administrativo do HGF
Decreto n° 1.102/2019

SAMU FEIJÓ / AC - BOLETIM DE ATENDIMENTO

CHAMADO	N° 0000003 DATA 05/06/19 HORA 16:05	
MOTIVO	MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr.(a) SIRLÂNDIA	
PACIENTE	CLÍNICO ☐ 4. RESPIRATÓRIO ☐ 8. OBSTÉTRICO ☐ 12. METABÓLICO ☐ 15. COLISÃO ☐ 19. FAF ☐ 22. AFOGAMENTO ☐ 5. CARDIOVASC. ☐ 9. PSIQUIÁTRICO ☐ 13. PEDIÁTRICO ☐ 16. ATROPELAMENTO ☐ 20. FAB ☐ 23. ELETROPLESSÃO ☐ 6. NEUROLÓGICO ☐ 10. INFECCIOSO ☒ 14. OUTRO: ☐ 17. QUEDA ☐ 21. QUEIMADURA ☐ 7. GASTRINTEST. ☐ 11. INTOXIC. EXÓG. ☐ 24. OUTRO: ☐ 25. MASC. ☐ 26. FEM. IDADE ANOS	
EXAME PRIMÁRIO	NOME COMPLETO: Carlos Antonio Souza Martins ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, N°, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA): Rua Joel Ferreira	
SINAIS VITAIS	VIAS AÉREAS: ☐ 28. OBSTRUÍDAS ☐ 29. PARC. OBSTR. ☐ 30. LIVRE RESPIRAÇÃO: ☐ 31. NORMAL ☐ 32. ALTERADA ☐ 33. AGÔNICA ☐ 34. APNÉIA CIRCULATÓRIO: ☐ 35. NORMAL ☐ 36. CHOQUE ☐ 37. SANGRAMENTO ☐ 38. PCR NEUROLÓGICO: ☐ 39. NORMAL ☐ 40. CONVULSÃO ☐ 41. AGITAÇÃO EXPOSIÇÃO: ☐ 42. CONFUSÃO ☐ 43. COMA ☐ 44. SEM ALTERAÇÃO ☐ 45. QUEIMADURA ☐ 46. DEFORMIDADES ☐ 47. FRATURAS ☐ 48. FERIMENTOS	
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	HORA: 16:36 P.A.: 120x80 F.R.: F.C.: SPO2: DEXTRO: GASGOW: 49. ADM. OXIGÊNIO ☐ 50. GUEDEL ☐ 51. ASPIRAÇÃO ☐ 52. INTUBAÇÃO (OT, NT) ☐ 53. RCP ☐ 54. PUNÇÃO TORÁCICA ☐ 55. DRENAGEM TORÁCICA ☐ 56. VEIA PERIFÉRICA ☐ 57. COLAR CERVICAL ☐ 58. FLEBOTOMIA ☐ 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA ☐ 60. Sonda GÁSTRICA ☐ 61. DESFIBRILAÇÃO ☐ 62. INTRACATH ☐ 63. Sonda VESICAL ☐ 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS ☐ 65. CURATIVO ☐ 66. PRANCHA LONGA ☐ 67. ☐ 72. ☐ AVALIAÇÃO MONITOR ECG: REPOSIÇÃO VOLÊMICA/MEDICAMENTOS:	
TRANSP	TIPO: ☐ 69. SIMPLES ☐ 70. MEDICALIZADO ORIGEM: DESTINO: CONTATO NO DESTINO: REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	
INCIDENTE	☐ 71. CANCELADO ☐ 72. FALSO ☐ 73. ÓBITO ☐ 74. RECUSOU ATENDIMENTO ☐ 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO ☐ 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL ☐ 77. OUTRO	
OBSERVAÇÕES	Acidente de trânsito	
Téc. Enf. ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ ASSINATURA E CARIMBO ASSINATURA E CARIMBO		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ROBERTO ALVES DE SA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 22/10/2020 às 10:55, sob o número 070082122202009010013. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700821-22.2020.8.01.0013 e código 275EB9C.



EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÕES CORPORAIS)

Ao(s) dia(s) 08 / 06 / 2019, nesta cidade de Feijó, Estado do Acre, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se achava o Sr. Alexnaldo Batista da Silva, Delegado de Polícia respectiva o (a), comigo, Escrivã ad hoc, ao final assinado (a), presentes os peritos ad hoc nomeados e compromissados, Médico: Sirlândia Maria Quinto do Antio

e _____, residentes nesta cidade, lotados no Hospital Geral de Feijó, aos quais a autoridade policial deferiu o compromisso legal, que aceitaram, de bem e fielmente desempenharem a sua missão e os encarregou de procederem a Exame de Corpo de Delito (LESÕES CORPORAIS) em Elcio Antonio do Souza Martins nascido em 15/10/1979 e de responderem aos seguintes quesitos.

- 1.º - Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?
- 2.º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?
- 3.º - Se produzido por meio de veneno, fogo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada).
- 4.º - Se resultou incapacidade para suas ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?
- 5.º - Se resultou perigo de vida? (resposta especificada).
- 6.º - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função? (resposta especificada).
- 7.º - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente? (Resposta especificada).

Em consequência, passaram os peritos a fazer os exames requisitados e as investigações julgadas necessárias, findos os quais declararam que do exame que precederam em, constatarem as seguintes ofensas físicas:

Uma lesão na palma da mão esquerda com 1,5cm de comprimento e 0,5cm de largura
Uma lesão na palma da mão direita com 1,5cm de comprimento e 0,5cm de largura
Uma lesão na palma da mão esquerda com 1,5cm de comprimento e 0,5cm de largura
Uma lesão na palma da mão direita com 1,5cm de comprimento e 0,5cm de largura

Portanto, responderam aos quesitos pela maneira seguinte:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1.º - <u>Sim</u> | 2.º - <u>Contuso</u> |
| 3.º - <u>Não</u> | 4.º - <u>Sim</u> |
| 5.º - <u>Não</u> | 6.º - <u>Aguardar avaliação</u> |
| 7.º - <u>Aguardar avaliação</u> | |

Foi o que em suas consciências e sob o compromisso prestado declararam. Nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este auto, que assina com os peritos e comigo, _____ Escrivã ad hoc, que o digitei.

Alexnaldo Batista da Silva
Delegado de Polícia Civil

Gracilene Freitas de Paiva Souza
Escrivã ad hoc

1.º Perito ad hoc: Dra. Sirlândia Quinto do Antio

2.º Perito ad hoc: _____



BOLETIM DE Ocorrência-PMAC

GOVERNÓ DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 268/06-2019

fls. 48

ATO 01: Acidente de Transito

Data: 08.06.2019

Hora: 15h30min

Endereço: Rua José Leonardo Guimarães c/ Rua Geraldo Pereira

Nº:

Bairro: Bela Vista

Complemento:

Referência:

CEP: 69960-000

Município: Feijó

Tipo de Local: Via Pública

Nome: Klever Lima da Silva

Sexo: M

Nasc.: 14.09.1998

Idade: 21

Endereço: Rua Altino Rodrigues da Costa

Bairro: Bela Vista

Tel.: 999536757

Condições: conforme exame de corpo de delito

Nome: Carlos Antonio de Souza Martins

Sexo: M

Nasc.: 03.02.1979

Idade: 40

Endereço: Rua Joel Ferreira de Souza

Bairro: Bela Vista

Tel.: 999723126

Condições: conforme exame de corpo de delito.

Nome: Maria Cilene Souza Martins

Sexo: F

Nasc.:

Idade: 38

Endereço: TV. José Plácido Barbosa

Bairro: Bela Vista

Tel.:

Objetos Pessoais

HISTÓRICO: Informo-vos que fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo duas motocicletas no endereço acima citado; Que ao chegarmos ao local encontramos os condutores Klever Lima da Silva e Carlos Antonio de Souza Martins caídos ao chão, onde ambos apresentavam várias escoriações e Carlos Antonio estava com uma fratura na perna esquerda; Que em seguida os dois condutores foram encaminhados ao HGF pela equipe do SAMU, que depois de receber atendimento médico foi pedido os documentos de porte obrigatório dos condutores, onde Klever Lima sumiu não ter habilitação e que havia pego a motocicleta emprestada de sua sogra, e ainda relatou que tinha pela Rua José Leonardo Guimarães na direção bairro-centro quando o outro envolvido apareceu na sua frente, vindo a colidir; Que o condutor Carlos Antonio também assumiu não ser habilitado. Devido não ser habilitado conduzimos e entregamos o condutor Klever Lima juntamente com o exame de corpo de delito na delegacia local, já o condutor Carlos Antonio não foi entregue na delegacia, devido o mesmo ainda está recebendo atendimento médico até o momento da entrega do B.O, e iria viajar para a cidade de Cruzeiro do Sul. Que foi entregue juntamente com o B.O. na Delegacia local, o exame de corpo de delito do condutor Carlos Antonio, a motocicleta Biz de placa MZY 0887 e a motocicleta Bros de placa NPB 1328.

Obs:

Danos da Biz; carenagem dianteira(saia) quebrada, para-lama quebrado e pneu dianteiro furado.

Danos da Bros; placa amassada, aba do tanque do lado esquerdo quebrada, pisca lado esquerdo quebrado e motor com a carcaça furada.

FIM E VOLTAR

Assinatura: SGT PM DAMASCENO PTR, SD PM CLECIO, SD PM AIRTON.

Cidade de entrega:

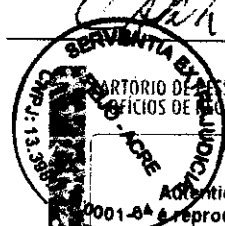
Localidade de entrega: D.G.P.C.F.

Hora: 18:30

Nome: Carlos

Função: APC

Assinatura



ARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS,
OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-ACRE
SILVANO DECARLI - TABELIÃO/OFICIAL

AUTENTICAÇÃO nº 024884

Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que
é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.

Feijó, 18 de junho de 2019. Selo: N000000900 - AUTENTICAÇÃO
Validação: 9F74A - Consulte o selo em: selo.tjac.jus.br

SILVANO DECARLI - Tabelião

Total: R\$ 3,40

☐ Silvano Decarli - Tabelião/Oficial ☐ Maria Glendiane de Souza Macedo - Escrevente
☐ Carolina da Silva Aguiar da Silva - Substituto ☐ Edmilson Raimundo Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrevente

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - silvano@uol.com.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 268/06-2019

FATO 01: Acidente de Transito

Data: 08.06.2019

Hora: 15h30min

LOCAL

Logradouro: Rua José Leonardo Guimarães c/ Rua Geraldo Pereira

Nº:

Bairro: Bela Vista

Complemento:

Referência:

CEP: 69960-000

Município: Feijó

Tipo de Local: Via Pública

ENVOLVIDO "A" CONDUTOR/ MZY 0887

Nome: Klever Lima da Silva

Sexo: M

Nasc.: 14.09.1998

Idade: 21

Endereço: Rua Altino Rodrigues da Costa

Bairro: Bela Vista

Tel.: 999536757

Lesões: conforme exame de corpo de delito

ENVOLVIDO "B" CONDUTOR/ NPB 1328

Nome: Carlos Antonio de Souza Martins

Sexo: M

Nasc.: 03.02.1979

Idade: 40

Endereço: Rua Joel Ferreira de Souza

Bairro: Bela Vista

Tel.: 999723126

Lesões: conforme exame de corpo de delito.

ENVOLVIDO "C" TESTEMUNHA

Nome: Maria Cilene Souza Martins

Sexo: F

Nasc.:

Idade: 38

Endereço: TV. José Plácido Barbosa

Bairro: Bela Vista

Tel.:

Objetos Pessoais

HISTÓRICO: Informo-vos que fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo duas motocicletas no endereço acima citado; Que ao chegarmos ao local encontramos os condutores Klever Lima da Silva e Carlos Antonio de Souza Martins caídos ao chão, onde ambos apresentavam várias escoriações e Carlos Antonio estava com uma fratura na perna esquerda; Que em seguida os dois condutores foram encaminhados ao HGF pela equipe do SAMU, que depois de receber atendimento medico foi pedido os documentos de porte obrigatório dos condutores, onde Klever Lima assumiu não ter habilitação e que havia pego a motocicleta emprestada de sua sogra, e ainda relatou que vinha pela Rua José Leonardo Guimarães na direção bairro-centro quando o outro envolvido apareceu na sua frente, vindo a colidir; Que o condutor Carlos Antonio também assumiu não ser habilitado. Devido não ser habilitado conduzimos e entregamos o condutor Klever Lima juntamente com o exame de corpo de delito na Delegacia local, já o condutor Carlos Antonio não foi entregue na delegacia, devido o mesmo ainda está recebendo atendimento médico até o momento da entrega do B.O, e iria viajar para a cidade de Cruzeiro do Sul. Que foi entregue juntamente com o B.O. na Delegacia local, o exame de corpo de delito do condutor Carlos Antonio, a motocicleta Biz de placa MZY 0887 e a motocicleta Bros de placa NPB 1328.

OBS:

Avarias da Biz; carenagem dianteira(saia) quebrada, para-lama quebrado e pneu dianteiro furado.

Avarias da Bros; placa amassada, aba do tanque do lado esquerdo quebrada, pisca lado esquerdo quebrado e motor com a carcaça furada.

EFETIVO E VIATURA EMPENHADOCMT: SGT PM DAMASCENO PTRst, SD PM CLECIO, SD PM AIRTON.**RECIBO DE ENTREGA**

Unidade de entrega: D.G.P.C.F.

Hora: 18:30

Nome:

Função: APC

Assinatura



ARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS,
OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-ACRE
SILVANO DECARLI - TABELIÃO/OFICIAL

AUTENTICAÇÃO nº 024884

Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que
é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.

Feijó, 18 de junho de 2019. Selo: N0000009DD - AUTENTICAÇÃO

Validação: 9F74A - Consulte o selo em: selo.tjac.jus.br

SILVANO DECARLI - Tabelião

Total: R\$ 3,40

☐ Silvano Decarli - Tabelião/Oficial☐ Maria Gleiciene de Sousa Matos - Escrevente☐ Cristiana da Rocha Nunes de Souza - Substituta☐ Jannifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrevente☐ Darckione dos Santos da Silva - Escrevente Autorizada

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - sdecarli@uol.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ROBERTO ALVES DE SA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 22/10/2020 às 10:55, sob o número 07008212220208010013. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700821-22.2020.8.01.0013 e código 275EB9C.

CONFIRME COM
O ORIGINAL
DATA 30/08/19

Maria Madelena de Oliveira
Gerente Administrativo do HGF
Decreto n° 1.102/2019



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE FEIJÓ

BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 08/06/19 HORA: 16:05 C.SUS N° 898 00 27 6301 5537

NOME: Carlos Antonio Souza Martins IDADE: _____

DATA NASC: 03/02/1979 SEXO: (X) MASCULINO () FEMININO

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: _____ TEL: _____

NOME DA MÃE: _____ ENDEREÇO: Joel Ferreira
ne 410 BAIRRO: Belavista CIDADE: Feijó ESTADO: Acre

RESPONSÁVEL: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: _____ TEL: _____

PESO: _____ SV: TEMP: _____ PXA: _____ X _____ MMG: RULSO _____ RESP: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente de trânsito
(colisão entre motocicletas). WOIF - Trauma torácico
16:37 08/06/19 X em presença de Fratura torácica
e útero. 02 Ferimentos ± sem lesão.

INÍCIO DOS SINTOMAS: _____
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura

TRATAMENTO: - Rapa X
- Diclomac 75 mg (H)
- Dupirona 1g (AU)
- Iridal 100 mg + 250 ml SFD, 9% (AU)
p/1hr.
- OSV e CBE

Dr. Silvestre Oliveira Brito
Médico
CRM/AC 941

16:37 - 16:37 - 16:37 - 16:37 - 16:37

Famíliares informam que não há mais
nenhuma informação sobre o paciente.
Famíliares informam que não há mais
nenhuma informação sobre o paciente.

CONDIÇÕES DE ALTA: () MELHORAMENTO () NÃO MELHORAMENTO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 98042
Numero do CNS.....: 898002763011537
Nome.....: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS
Documento.....: RG368164 Tipo :
Data de Nascimento: 3/02/1979 Idade: 40 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE DE SOUZA MARTINS
Nome da Mae.....: MARIA DULCILEIA DE SOUZA
Endereco.....: RUA JOEL FERREIRA 42 992246035 ESPOSA
Bairro.....: BELA VISTA Cep.: 00000-000
Telefone.....: 99968-2618 CUNHA
Município.....: 1200302 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO *

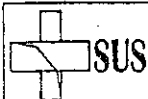
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2646588
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0032
Data da Internacao: 09/06/2019
Hora da Internacao: 02:25
Medico Solicitante: 862.743.252-04 - FATIMA COPARA HAMUDE
Proced. Solicitado: 04.08.02.045-8
Diagnostico.....: S52.8
Identif. Operador..: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

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

1019100224-28-7

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

Carlos Antonio de Souza

6- Nº DO PRONTUÁRIO

980612

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

100104932781311

8- DATA DE NASCIMENTO

03.02.79

Masc. ☒

Fem. ☐

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mãe: Dulcilene de Souza

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

Rua Joel Ferreira 42- Bela Vista

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Tejão

14- Cód. IBGE MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

AC

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente automobilístico colisão moto-moto. Apresentado dor e sangramento em perna (E). Ao Exame: Ferimentos superficiais em 13. membros perna (E), deformidade. Pulso e Neurologia preservada.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ex Fisio / Rx

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura Exposta dos ossos de perna (F)

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

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

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Brasser

09/04/15

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

36- CNPJ DA SEGURADORA

39- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45- DOCUMENTO

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

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

AUTORIZAÇÃO

44- Cód. Órgão Emissor

49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Maco 15

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2646588 DATA: 09/06/2019 HORA: 02:17 USUARIO: RENIS
CNS: 898002763011537 SETOR: 06-SALA DE GESSO

98042

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS DOC...: RG368164
 IDADE.....: 40 ANOS NASC: 03/02/1979 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA JOEL FERREIRA NUMERO: 42
 COMPLEMENTO....: 992246035ESPOSA BAIRRO: BELA VISTA
 MUNICIPIO.....: FEIJO UF: AC CEP....: -
 PAI/MAE...: JOSE DE SOUZA MARTINS /MARIA DULCILEIA DE SOUZA
 RESPONSVEL...: ESPOSA-RAIMUNDA NONATA MARQUES MORAES TEL....: 99968-2618
 PRCCEDENCIA...: MUNICIPIO FEIJO CUNHA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE TRANS VITIMA MOTOCICLETA V299
 CASO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de acidente automobilístico, colisão
 moto - moto. Apresentando dor e dependência em
 perna (E). Do Exame: Ferimento sangrante em 1/3 me
 perna (E).

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

E LA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

Fratura Exposta do osso da perna (E).

PRESCRICAO

SAME / HUANC

HORARIO DA MEDICACAO

- Intomagos

- limpeza cirurgica
Fixação externaCOPIA
CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / /

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

HORA DA SAIDA:

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Unidade:

Nome: Carlos Antunes de Souza

Idade: 40

Registro:

Enfermária: CCB

Leito: M15

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
09/06/19	# Fratura Exposta Tibia (E)	1) Dieta livre		As 15:30 hs por
		2) SF 0.9% 500ml EV 12/12h 500 500		Plante amarela
		3) Tila 10mg EV 12/12h 08 20		Morado a ele
		4) Tramadol 100mg		Maree cereais
		5) Parol 10mg EV 8/8h 08 16 24		PO, acordado
		6) SF 0.9% 1000ml		PO de 60 + 12
		7) Pipirone 1p EV 6/6h 10 16 22 04		22:00h entrem
		8) Gafaparm 1p EV 8/8h 12 20 04		PA - 108 x 62 mmHg
		9) Gestamim 240mg EV + 16		SPO2 100% FE 72
		SF 0.9% 250ml EV 24/24h		6pm - 22:00h
		10) Paracetamol 25mg VO 5/5h		Exame físico
		PA 71/40/90		cordeiro 77206
		11) Molexare 40mg SC 24/24h 10		05:40. Ponto admitido
		após as 10:00 AM.		re CC, parando de
		12) Cuidado geral		CC em POS de 12
				com entree 2000
				hudo. Segue da auto
				de de 12h max
				el Kelly - Com 245
				22:0

CRM/AC 1870

CONFORME ORIGINAL

CONFORME ORIGINAL



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

Unidade e impresso em: 10/06/2020 08:10:11:77

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLINICA	LEITO	HUERB
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	004	M-11

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNA E NO MOMENTO, NEGA OUTRAS QUEIXAS EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS COM LEVE SANGRAMENTO CD: AGUARDO EXAMES PRE OP. VISITADOR: DR ANTONIO ISSE	1. DIETA VO LIVRE 500 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA+CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA <i>Assinatura: Carlos Antonio de Souza Martins</i> CMCB - AC 22%		Dos 08h as 16h recebi em maior calma, de Pire e febre. Sugerido Queixas por medicação C.P.M. <i>Assinatura: [illegible]</i> CMCB - AC 22% CONFIRMAR ORIGINAL CÓPIA SAME / HUEB



HUERB

REGISTRO: PACIENTE: IDADE: CLÍNICA: LEITO:

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B: ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE COM QUEIXA DE LÍVE DOIR EM PERNA E NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS COM LEVE SANGRAMENTO CD: AGUARDO RISCO CIRÚRGICO VISITADOR: DR ISSASE	1. DIETA VO LIVRE 3x/d 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 1x/d 3. DÍPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA+CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 1x 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 1x		DIA 5 0800 93 1800 67 3 Pac. sem alteração de AE 11/06/2019 7056 09

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAMPE / HUERB



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

digitado e impresso em: 13/06/2019 às 12:49:46

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

444-169

HUERB

Unidade de Pronto Atendimento - U.P.A.

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR
EM PERNA E NO MOMENTO, NEGA
OUTRAS QUEIXAS

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS COM LEVE
SANGRAMENTO

CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO

VISITADOR: DR RONEIDO

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N

7. CURATIVO 1X/DIA+CUIDADOS GERAIS

8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9. TILATIL 20MG IV 1X DIA

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

nos 07:00 as 19:00
paciente está
em a ambulante,
exclui ban, sem
queixas digitais,
Tór: Ex. gasta
lung - dren: 001.
051. 055

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ACRE

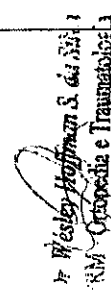
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

HUERB
Hospital de Urgência do Estado do Acre

LEITO
169
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

IDADE
40

PACIENTE
CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNA E NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS COM LEVE SANGRAMENTO CD: AGUARDO AGENDAMENTO VISITADOR: DR ANTONIO ISSE	1. DIETA VO LIVRE 3/4/9 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 19:22 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 6. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 7. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16/6 8. TILATIL 20MG IV 1X DIA 16/6 9. VITAMINA C 1 AMP+ COMPLEXO B 1 AMP IV 1X DIA 16/6 10. NORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA) 11.  RM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296		-ETIO- pac. 4016, sup. aflição com necrose, sugere do feto amniótico medic. para feto, leucos, cur: L80,500

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAÚDE / MUEM



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO	HUERB
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	169	

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19				
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO		1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/8H SIN ✓ 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SIN ✓ 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SIN ✓ 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS ✓ 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA ✓ 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA ✓ 10. VITAMINA C 1 AMP+ COMPLEXO B 1 AMP IV 1X DIA ✓ 11. NORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)		Deixou as 19:00h iact Sessão de fisioterapia orientada proferativa com diálise + medicação com diálise Sobretudo funções fisiológicas Assistente de fisioterapia Sem Queixa de Dor mmHG Correlacionado 68/55/8
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNA E NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS				
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS COM LEVE SANGRAMENTO				
CD: AGUARDO AGENDAMENTO				
VISITADOR: DR ISSAC E				

CONFORME ORIGINAL
COPIA
SAVANE / HUEB

Dr. Roberto Hoffmann S. dos Reis
CRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

160

$$\begin{aligned} \text{H}_2\text{O} & \rightarrow \text{H}_2 + \text{O}_2 \\ \text{C}_2\text{H}_6 & \rightarrow 2\text{C} + 3\text{H}_2 \end{aligned}$$

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNÁ E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNÁ E NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS COM LEVE SANGRAMENTO CD: AGUARDO AGENDAMENTO VISITADOR: DR FRANCISLEI	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10. VITAMINA C 1 AMP + COMPLEXO B 1 AMP IV 1X DIA 11. NORIPURUM 1AMP - SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)		Das 08h às 16h paciente em repouso no leito como suposto de tomou banho de São com auxílio do acompanhante, toa de lençol + roupa privativa, realizado teva, foi medido C a dieta ob ref.

REGISTRO	PACIENTE
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

PACIENTE

INDANE

CLINICAL

LEITO

1

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

40

CMCB- CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

159

EVOLUÇÃO

PREScrição

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/GI: 9/8/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE COM QUICXA DE LEVE DOR
EM PERNA E NO MOMENTO. NGA
OUTRAS QUEIXAS

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS COM LEVE
SANGRAMENTO

CD: AGUARDO AGENDAMENTO

VISITADOR: DR RONEIDO

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N

4. TRAMAI 100MG + 100MI SEC 9% EV 8/8 SN

521 ASII 10MG EV DII 1100 2/8 S/N

7 CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS: -

8 CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9 TIL ATU 20MG IV 1X DIA

10. VITAMINA C 1 AMP+ COMPLEXO B 1 AMP IV 1X DIA

11 NORBIRUM 1AMP + SE 100ML IV 2Y BOB SEANNA (LIABIA

SEXTA. SEGUNDA)

Dr. William S. G. ...
77M - 68-50 T ...

CONFIDENTIAL COPY FOR
SARAFI, H. H.

[illegible]



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

digitado e impresso em: 21/06/2019 às 14:31:17

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO	HUERB
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	169	

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE COM OJIFXA DE FV F DOR EM PERNA E NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS COM LEVE SANGRAMENTO CD: AGUARDO AGENDAMENTO VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SFG 9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10. VITAMINA C 1 AMP+ COMPLEXO B 1 AMP IV 1X DIA 11. NORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)		Nos olhos os 168h paciente emontado dito, melhora cuidados gerais diado CPM

CÓPIA ORIGINAL
SANEAMENTO



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

digitado e impresso em: 22/06/2019 às 12:10:56

HUERB
Hospital de Referência

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS

CD: AGUARDO AGENDAMENTO

VISITADOR: DR FRANCISLEI

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 500ML IV 12/12 HRS
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 S/N
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N
7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS
8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA
9. TILATIL 20MG IV 1X DIA
10. VITAMINA C 1 AMP+ COMPLEXO B 1 AMP IV 1X DIA
11. NORIPURUM 1AMP - SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)

Dr. Roberto Alves de Sá
Médico - Clínica Cirúrgica

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA

as 13:00 as 19:00
paciente estável,
sem queixas de-
quias no membro
da perna. Período
de internação - 06/06/19
08:05.065



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

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

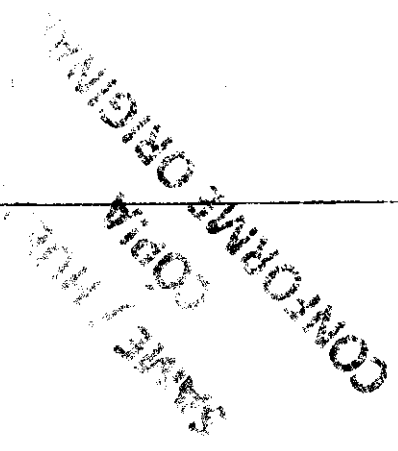
169

HUERB

Assessoria Técnica

digitado e impresso em: 23/06/2019 às 11:49:47

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

DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDO AGENDAMENTO VISITADOR: DR FRANCISLEI	1. DIETA VO LIVRE 347 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 10:32 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10 10. VITAMINA C 1 AMP+ COMPLEXO B 1 AMP IV 1X DIA 10 11. NORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA) 		
---	---	--	--



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

digitado e impresso em: 25/06/2019 às 10:47:31

HUERB
Unidade de Registro de Boas Práticas

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDO AGENDAMENTO VISITADOR: DR ISSASE		1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10. VITAMINA C 1 AMP + COMPLEXO B 1 AMP IV 1X DIA 11. NORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA) COPIA HUEB COPIA CONFERENCIA		pac tomou banho de aspersão e auxílio + troca de roupa de cama 16:00hs, pac não refere queixas acutou dieta oferecida, houve fusão logica e varias Marta de Almeida Téc. em Enfermagem COREN 226704 AC



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	169

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19				
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO		1. DIETA VO LIVRE <i>500</i> 2. SF 500ML IV 12/12 HRS <i>10:22</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>16</i> 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA <i>10</i>		<i>Dieta VO Livre - 500ml SF 500ml IV 12/12 HRS - 10:22 Dipirona 1gr EV diluído 6/6h S/N Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8 SN Plasil 10mg EV diluído 8/8 S/N Curativo 1x/dia + cuidados gerais Clexane 40mg SC 1x/dia - 16h Tilatil 20mg IV 1x/dia - 10h</i>
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO				
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS				
CD: AGUARDO AGENDAMENTO				
VISITADOR: DR FRANCISLEI				

[Signature]
Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
CRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2286

CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL
SAMUEL HUEB



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

digitado e impresso em: 27/06/2019 às 12:37:15

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LEITO HUERB
 CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS 40 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 169

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19				
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO		1. DIETA VO LIVRE <i>SND</i> 2. SF 500ML IV 12/12 HRS <i>NO</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N ✓ 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 S/N ✓ 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N ✓ 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS ✓ 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>16</i> 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA <i>16</i>		- 07:00 - Exame físico sup, abaixo normal scotico, sufragoso - do, fuso sufragoso medico, apm - pco, lumbos cran. 480 - 310
PACIENTE SEM QUIXAS NO MOMENTO				
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS				
CD: AGUARDO AGENDAMENTO				
VISITADOR: DR RONEIDO				

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
CRM - AC 7296

CÓPIA
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
SANE / HUERB



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

digitado e impresso em: 28/06/2019 às 10:48:54

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

HUERB

Unidade de Saúde
Hospitalar e Ambulatorial

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS

CD: AGUARDO AGENDAMENTO

VISITADOR: DR ISSASE

1. DIETA VO LIVRE 7:00
2. SF 500ML IV 12/12 HRS
3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N
4. TRAMAL 100MG + 100ML SFC.9% EV 8/8 S/N
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N
7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS
8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16
9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 16

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

Pac não sofreu que-
xas no período, ta-
mbém de aspersão,
acitou dieta que-
cida, funções fisi-
ológicas normais

Maria da Paz
Téc. em Enfermagem
COREN/PA 04 AC

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN/PA 04 AC

CÓPIA
CONFIRMADA
HUEB

digitado e impresso em: 29/06/2019 às 11:01:52

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

HUEB

1. **FITO**

CLÍNICA

DADE

169

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

PACIENTE

CARLOS A

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/5/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
FIXADOR EXTERNO

PACIENTE	SEM	QUEIXAS	NO
MOMENTO			

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
ME PRESERVADOS

CD: AGUARDO AGENDAMIENTO

VISITADOR: DR ISSASE

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N

1. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS

3. CLEANLINESS 4UMG SC 1X DIA

TILATIL 20MG IV 1X DIA

Dr. Wesley Hoffman S. da Silva
CRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2286

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-21-2013 BY 60322
UCBAW/STP

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO VISITADOR: DR ISSASE	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2295		Nos 08:30h os dados por encontrado no leito cel mo. Eufórico, obediente, com bom humor, de boa saúde com exame de compatibilidade tric co de exames e exames PA de traço, realizado com para medicação CP 17



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

digitado e impresso em: 01/07/2019 às 13:47:30

REGISTRO PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

HUERB

Unidade de Saúde

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS

CD: AGUARDO AGENDAMENTO

VISITADOR: DR ISSE

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H SIN

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8 SIN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SIN

7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS

8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9 TILATIL 20MG IV 1X DIA

2008-2010 recente
atende; expunção
cabine; comunicação
re. realizou limpeza
corporal; vacante
atua; sem queixas
este momento

21/06/19 às 08:45

SAÚDE / HUAP

CÓPIA

ORIGINAL

CONFIRMAR

Andressa Moreira
PROFESSORA DE FISIOTERAPIA
01/07/2019



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

digitado e impresso em: 02/07/2019 às 12:45:54

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

HUERB

ELABORADO POR

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS

CD: AGUARDO AGENDAMENTO

VISITADOR: DR ISSASSE

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N

7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS

8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9. TILATIL 20MG IV 1X DIA

Das observações acima
Pac. Lotie TOPPAS BASTO
DE CASSIO TEODORO
DE CARINA + VESTES VESTIR
NEXELIGAS CLOACAS
RUGOR DE CLOACAS
7-5-6-0-4

7-5-6-0-4

01 JUL 2019
ANDRE TORRES
ANDRE TORRES
ANDRE TORRES

CONFORME ORIGINAL
COPIA
HURB

Clarice da Silva Cardoso
Téc. de Enfermagem
CPF: 388787

REGISTRO	PACIENTE
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE	SEM	QUEIXAS	NO
MOMENTO			

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS

CD: AGUARDO AGENDAMIENTO

VISITADOR: DR FRANCISLEI

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N ✓

7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS

8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9 TII ATII 20MG IV 1X DIA

10 CEEALEXINA 500 MG DF 8/6 HRS VO

Andressa Moreira
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO
C. 2. 20

2010 JUN 24

Address: Moreira
PRIMEIRA-TRAIATOLOGIA
ERMA 2129



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

digitado e impresso em: 04/07/2019 às 10:27:21

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO	HUERB
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	169	

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19				
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO		1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10. CEFALEXINA 500 MG DE 6/6 HRS VO		8h - Bandagem do braço de aspersão - 10h - 10-10-19 10h - 10-10-19 10h - 10-10-19 10h - 10-10-19 10h - 10-10-19 10h - 10-10-19
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO				
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS				
CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO				

CONFIRMAR ORIGINAL
Cópia
SABRER
CONFIRMAR ORIGINAL

04 JUL 2019
Mariana Moreira
COORDENADORA DE TRAUMATOLOGIA



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

digitado e impresso em: 05/07/2019 às 10:08:34

HUERB
Médico Legista
Emprego de Registro

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	169

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

DT/DI: 9/6/19	1. DIETA VO LIVRE 500g 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10. CEFALOXINA 500 MG DE 6/6 HRS VO		
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO			
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO			
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM SINAL DE PINITE			
CD: AGUARDO AGENDAMENTO			

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SANTO HUERB

Atenciosamente
Roberto Alves de Sa
14 JUL 2019

PARA OYODTS de 18000.
PAR. LOTE TOJO BAYO
DE ASPAS TRINDADE
DE APOSTA + VISRS FATO.
AUTUO + INTERVIND
EY NAO COM DEC.
NTE E APOSTA SEM
NUNCA INTERE E
PENAL DE DISTRIN
25609
2019/11/11 15:15:15
2019/11/11 15:15:15
2019/11/11 15:15:15
2019/11/11 15:15:15

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

HUEB

HUEB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNOPACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTOEF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM
SINAL DE PINITE

CD: AGUARDO AGENDAMENTO

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H S/N

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8 SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N

7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS

8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9. TILATIL 20MG IV 1X DIA

10. CEFALOXINA 500 MG DE 6/6 HRS VO

Fabíola Helena Souza
Médica
CRM - 4531das 7:00hs as 19:00hs
paciente medicado e observado
responderam bem
bom dia, paciente tranquilo
de cama + com o sistema de
modo de sistema de
CURR: 388787CONTINUA COM O
CÓDIGO 275EB9D



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

digitado e impresso em: 08/07/2019 às 12:12:32

HUERB

REGISTRO

PACIENTE
CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

169

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM SINAL DE PINITE CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO	1. DIETA VO LIVRE 3MS 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 10:32 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10 10. CEFALOXINA 500 MG DE 5/6 HRS VO 10 16:46-47 Assinatura: R. ALVES DE SA 15 JUL 2019		

$$\int_{\mathbb{R}^n} \frac{1}{|x|^{n-2}} dx = \frac{2\pi^{n/2}}{(n-2)\Gamma(n/2)}.$$

CONFIDENTIAL
COPYRIGHT
1984



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

digitado e impresso em: 11/07/2019 às 11:23:31

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS , FIXADOR SEM SINAL DE PINITE CD: AGUARDO AGENDAMENTO	1. DIETA VO LIVRE <i>SMT</i> 2. SF 500ML IV 12/12 HRS <i>10:00</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SFC 9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>16</i> 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA <i>18</i> 10. CEFALEXINA 500 MG DE 6/6 HRS VO <i>10:00</i>		<i>Dado OK às 18:30h na realização da remoção do cunhado. da medicação farmacos de emergência. Presença de agendamento para 17/08/2019</i>

COPIA ORIGINAL
CONFIRMADA

11/07/2019



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

REGISTRO PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

169

HUERB

digitado e impresso em 12/01/2019 às 12:02:31

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

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO
MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM
SINAL DE PÍNTE

CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO

1. DIETA VO LIVRE S/N
2. SF 500ML IV 12/12 HRS
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N
7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS
8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA
9. TILATIL 20MG IV 1X DIA
10. CEFALOXINA 500 MG DE 6/6 HRS VO

De 07 às 13:00 horas
Realizado exame físico
e tratamento médico
foi medicado, curado e
fizido a fixação do
fixador externo no 983.

CÓPIA
SAÚDE / HURB
CORRETOR OFICIAL

REGISTRO: PACIENTE: IDADE: CLÍNICA: LEITO:

EVOLUÇÃO: PRESCRIÇÃO: HORÁRIO: ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

DT/DI: 9/6/19	1. DIETA VO LIVRE	CONFORME ORIGINAL CÓPIA SARAFI / HUERB	pac tomou banho de aspersão + troca de roupa de cama de olhos, pae não sufre queixas acutou orelha orelha e toda furada que logica neta neta 4/10/2019 Maria do N. de Almeida Téc. em Enfermagem COREN 540164 AC
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO	2. SF 500ML IV 12/12 HRS		
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N		
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM SINAL DE PINTE	4. TRAMAL 100MG + 100ML SFC 9% EV 8/8 SN		
CD: AGUARDO AGENDAMENTO	5. PLASIL 12MG EV DILUIDO 8/8 S/N		
	7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS		
	8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
	9. TILATIL 20MG IV 1X DIA		
	10. CEFALEXINA 500 MG DE 6/6 HRS VO		

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19		1. DIETA VO LIVRE SM		19/7 12019
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO		2. SF 500ML IV 12/12 HRS 10/6/20		9:30 - vacante
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO		3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N		Tam bumbido de
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS - FIXADOR SEM SINAL DE PINITE		4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 9.9% EV 8/8 SN		as veias brancas
CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO		5. PLASII 10MG EV DII 11/12 8/8 S/N		glicose de 200mg
		7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS		o medicamento anti-
		8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 46		que impede a co-
		9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10		pição. TE Revisão
		10. CEFALOXINA 500 MG DE 5/6 HRS VO 10/6/20		17/7 20 - vacante
				com queixas de
				Revisão C. 360/73
				de 24/02/20 por
				Tratamento. 6/20/20
				C. 360/73 12/24 12/24
				12/24/20 20/24 12/24/20
				12/24/20 20/24 12/24/20
				12/24/20 20/24 12/24/20

ORIGINAL
COPIA
SAÚDE HUEB

Andressa Moreira
PRM ORTODONTIA TRAUMATOLOGIA
CRM AC 21720
01/06/2020



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

digitado e impresso em: 16/07/2019 às 12:08:54

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO	HUERB
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	169	

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

DT/DI: 9/6/19	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 10. CEFALEXINA 500 MG DE 6/6 HRS VO		
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO			
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO			
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM SINAL DE PINITE			
CD: AGUARDO AGENDAMENTO			

COPIA ORIGINAL
CONFIRMADA

ROBERTO ALVES DE SA
Tribunal de Justiça do Estado do Acre
Assinado digitalmente em 22/10/2020 às 10:55, sob o número 07008212220208010013.



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

digitado e impresso em: 17/07/2019 às 14:28:08

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	169

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19	#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA		
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO				
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS , FIXADOR SEM SINAL DE PINITE				
CD: AGUARDO AGENDAMENTO				

CÓPIA ORIGINAL
COPIA ORIGINAL
COPIA ORIGINAL



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

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

169

HUERB

digitado e impresso em: 18/07/2019 às 13:25:28

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

EVOLUÇÃO

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM
SINAL DE PINITE

CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N

4. TRAMAL 100MG + 100ML SFC 9% EV 8/8 S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N

7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS ✓

8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9. TILATIL 20MG IV 1X DIA

Des 07:00 as 19:00.
paciente evolui
bem, com mel-
re-re em geral,
sem algias, fun-
ções fisiológi-
cas preservadas,
avulsa deita
apresenta pele
SVC. 5 de 10.
transição - bom.
05:05:055
tudo bem, paciente
sem sinais de infecção,
sem febre.

CÓPIA
CONFORTÉ ORIGINAL
HUEB

Assinado digitalmente por ROBERTO ALVES DE SA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 22/10/2020 às 10:55, sob o número 07008212220208010013.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700821-22.2020.8.01.0013 e código 275EB9D



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

digitado e impresso em: 19/07/2019 às 11:00:36

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS	40	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	169

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

DT/DI: 9/6/19	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 13MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9. TILATIL 20MG IV 1X DIA		
#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO			
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO			
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM SINAL DE PINITE			
CD: AGUARDO AGENDAMENTO			

Fabiola Helena Souza
Médica
CRM - 1531

COPIA ORIGINAL
CONFIRMADA

PACIENTE

IDADE
40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1. DIETA VO LIVRESM?

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE	SEM	QUEIXAS	NO
MOMENTO			

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS , FIXADOR SEM
SINAL DE PINITE

CD: AGUARDO AGENDAMENTO

1. DIETA VO LIVRE 347
2. SF 500ML IV 12/12 HRS 10 2 2
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 32
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SN
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N
7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS
8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 116
9. TILATIL 20MG IV 1X DIA 116

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 01-09-2001 BY 60322 UCBAW/STW

DAS. OVER US AS 1800 H
 PAR. ISTE TO NEW BARKO.
 DE ASPAS THE CABO.
 KENC DE CANO & CAS.
 KESTO. CYNATO & ME -
 PICATO CAN NO
 NEST DOZ DE WIKIMU.
 75604



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

digitado e impresso em: 21/07/2019 às 11:51:24

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

HUERB

PROFESSOR DE CLASSE

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS, FIXADOR SEM
SINAL DE PINITE

CD: AGUARDO AGENDAMENTO

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 500ML IV 12/12 HRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,3% EV 8/8 S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N

7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS

8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

9. TILATIL 20MG IV 1X DIA

as 10:00 paciente
estável, acamada,
do, hemodinâmica,
na deite deite,
feridas feridas,
gras presentes,
realizado lva-
tur. Fe - El. Fe-
miley - lva: os.
05/055 - "
as 16:00 paciente
estável, sem que-
sas. Fe. El. Fe-
miley - lva: os.
05/055 - "

CÓPIA
CONFIRMADA
SANE / HUEB



REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LEITO
 CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS 40 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 169
HUEBB

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT/DI: 9/6/19 #FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E -FIXADOR EXTERNO PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS , FIXADOR SEM SINAL DE PINITE CD: AGUARDO AGENDAMENTO	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 500ML IV 12/12 HRS 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N 4. TRAMAL 100MG + 100ML SFC 9% EV 8/8 SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 9 TILATIL 20MG IV 1X DIA CONFORME ORIENTAÇÃO DO MÉDICO COPIA SEGRE / HUEBB			



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

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

IDADE

40

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

169

HUERR

Assessoria de Saúde

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT/DI: 9/6/19

#FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E
-FIXADOR EXTERNO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO
MIE PRESERVADOS . FIXADOR SEM
SINAL DE PINITE

CD: AGUARDAMENTO

1. DIETA VO LIVRE 5ML
2. SF 500ML IV 12/12 HRS
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H S/N
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8 SN
5. PLASIL 13MG EV DILUIDO 8/8 S/N
7. CURATIVO 1X/DIA + CUIDADOS GERAIS
8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA
9. TILATIL 20MG IV 1X DIA

Dr. Roberto Alves
#6 Parete Alta
#10 Parete Alta

SAÚDE / HUERR
CÓPIA ORIGINAL

CONFORME ORIGINAL

Alta Hepatolob
Andressa Moreira
CRM/AC 3120
CRLAC 3120
CPF: 943.300.680-07
Mediaterapia de Fisiologia

Às 18h. Febre
alta hospitalar.
Bem, Alívio de
mesma lesão
na dentição de
Estado, saída de
Unidade Hospitalar
a partir das
08h de dia
25/04/19. CD

Carlos Roberto de Almeida e Silva
Enfermeiro

CORREN - AC 395.715
26/07/19



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB

fls. 98
Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Feb. 12/2018 Val.: 12/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

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

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 17:00 SALA 2.1 DATA 05/06/2019

NOME DO PACIENTE Walter Antônio da Silva Martins ID 1200

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (x) AMBULATÓRIO () OUTROS ()

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

INÍCIO DA ANESTESIA 17:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 18:30

PROCEDIMENTO REALIZADO Rompimento cirúrgico + fecho

INÍCIO DA CIRÚRGIA 17:35 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 18:30

CIRURGIÃO Dr. [illegible] AUXILIAR(ES) [illegible]

ANESTESISTA [illegible] INSTRUMENTADOR [illegible]

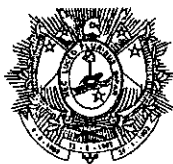
CIRCULANTE [illegible] ENFERMEIRO [illegible]

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N°	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON	GORRO
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

Este documento é cópia de original, assinado digitalmente por ROBERTO ALVES DE SA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 24/06/2020 às 10:55. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700821-22.2020-8 e código 275EB9D.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE Departamento de Assistência Médico Hospitalar Unidade: _____		RELATORIO DE CIRÚRGIA	
NOME DO PACIENTE: <u>Carlos Antonio de Souza</u>			
IDADE: <u>40</u>		OBSERVAÇÃO: _____	
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura Exposta dos ossos de perna</u>			
CIRURGIA PROPOSTA: <u>limpeza cirúrgica + osteossintese</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>0 mesmo</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>a mesma</u>			DATA: <u>09/08/2020</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fressler</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr. Tartine</u>	
2º AUXILIAR: _____		INSTRUMENTADOR (A): _____	
ANESTESISTA: _____		ANESTESIA: _____	
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM (☒) NÃO			
DESCRIÇÃO: _____			
BIOPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM (☒) NÃO			
DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO			
(☒) ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA			
<u>1) Paciente em DDH, sob anestesia Raquidiana</u> <u>2) Assepsia, antissepsia + colocação de gesso</u>			



HOSPITAL
URGENCIAS E EMERGENCIAS

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: ADRIUS ANTONIO DE S. RAMOS		Idade: 40	Sexo: M	Cor:	Registro / BE:						
Setor proc: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI											
Altura:	Peso:	PA (mmHg): 120/80	P (bpm): 120	FR (irpm): 14	Tax (°C):						
Ht:	Hb:	Leuco:	Glicose:	Uréia:	Sat O ₂ (%):						
Grupo Sgneo:		Fetor Rh:		TGO / TG:							
Dagnóstico Pré-Operatório: PX EXPOSTA HRIA E											
Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite		MV: T		Complacência:							
ACV: RS		ECG: RS		Alegrias: NEGAT							
Ap. Digestivo/Dentes: SEMUM			Pescoco:		Peças Dent.:						
Ap. Urinário: SI QVD			Drogas em Uso: NEGA								
Estado Mental: 10TF, FCC 15PTG			E:								
Anestesias Anteriores: —			ASA: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		Risco:						
Medicação Pré-anestésica: —			Hora: 03:20H		Efeito:						
HORA: 03:20H		04:20H									
GASES	O ₂										
	NO ₂										
	HALOG										
Líquidos											
SIMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂										
	240										
	220										
	200										
	180										
	160										
	140										
	120										
	100										
	80										
60											
40											
20											
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:		Monitorização: PCC, O₂							
1º CHERGEM VENCICIS		RAQUIANESTESIA + SEDACAO		PA NF							
2º — DO VENCICIS, 1CG		— DO VENCICIS + FARMAC		Ap. Resp.:							
3º AMPIGILINA 2CG EV		EXAMIN		Ap. CV:							
4º RAQUV: BVD. HIPOTENSA		Cirurgião/Auxiliar: D. FARMAC									
5º 15MG + MORFINA 50MG											
6º ETILEFENA 212+2MG EV		OBS: RAQUV: POR ACUMULADO A SEDACAO, ANT. SGA									
7º REMORFAN 30MG EV		— DO VENCICIS MEDIANTE 13-14, 14G									
8º SPIRANNA 2CG EV		— DO VENCICIS 27G, 1CG (S), 81, 14G									
9º DIAMETASOLINA 1MG EV		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):									



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

D. Clínico Geral
Para: Neurologia
Nome do paciente: Carlos Antonio Souza Martins
Hipótese diagnóstica: trauma torácico e abdominal

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

paciente vítima de acidente
de trânsito colisão frente com
veículo.
em 11/06/2020 (E)
no local de trauma torácico e abdomi-
nal.
o familiar não aceita trans-
ferência para o hospital que
está internado para tratamento

DATA: 03/06/20

ASSINATURA

**CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: ONTO pedras LEITO Nº M.10 À CLÍNICA cardiologia

PACIENTE: Carlos Antonio de Souza Martins

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente masculino, com Ex. exposto de onco de perno
Esquerda sem indícios de cirurgia
sem mais cirurgia

SAME / HUERA
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM-10.2296

NOME DO SOLICITANTE:

DATA 10.06.19 HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Cardiologia

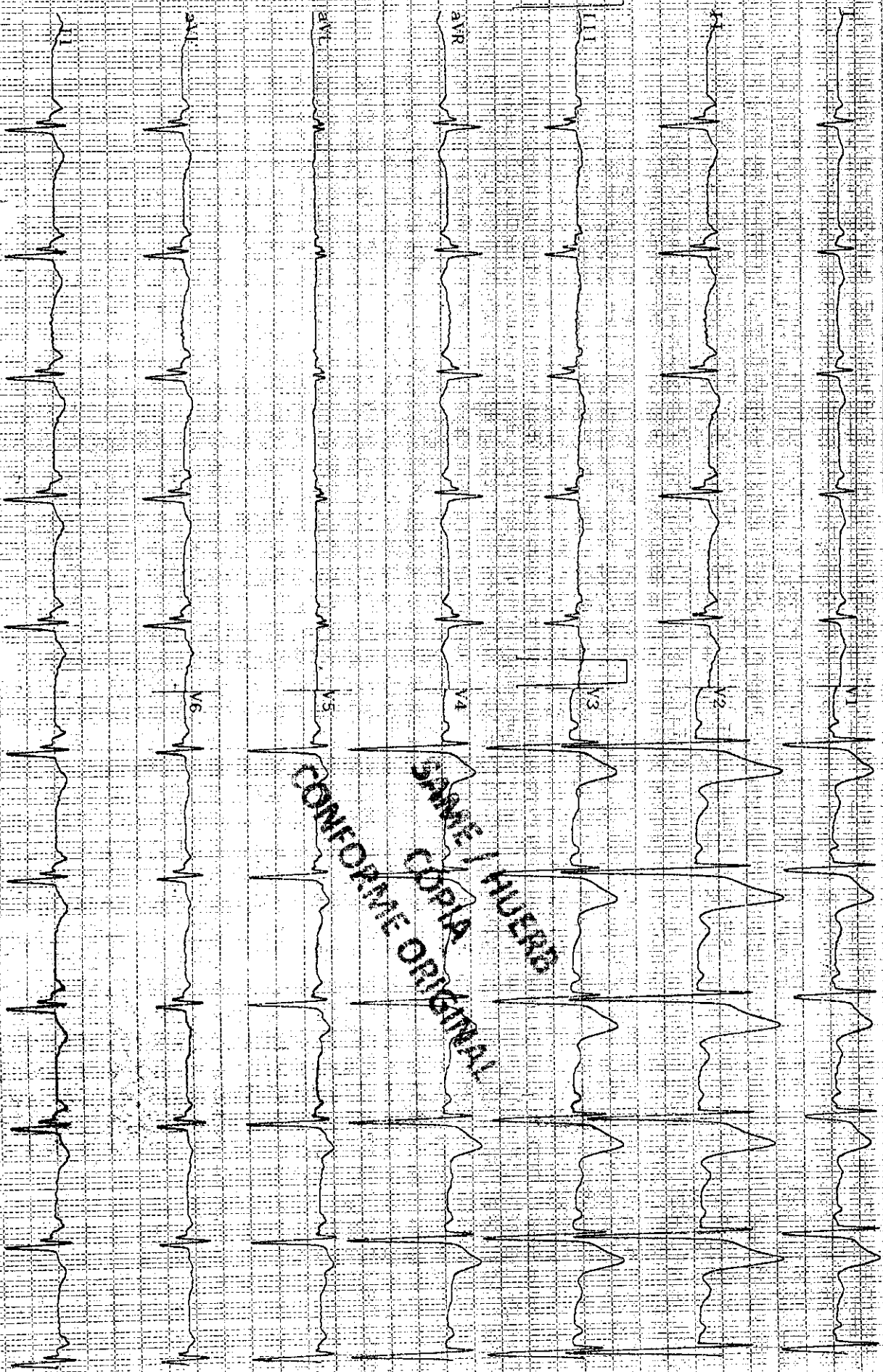
Paciente op. avelar

e H. II, p/p medula m/b

Dr. Eliyton Costa
CARDIOLOGISTA
CRM/MG 762

NOME DO MÉDICO:

DATA: / / HORA:



CONFORME ORIGINAL
SANE / COPIA
HUERB

39 anos / 10.52 km
Anos / kg
QT/QTc: 378/391 ms Possível HVD
QRS Duração: 102 ms Desvio Extremo do Eixo
Fixo P-R-T IM Inferior
58 197 50 Alterações Acentuadas do ECG I

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS (EME)
Requisicao: 19.PC.2.105294
Num. do BE: 02646588

Idade.: 40A
Requis.: 16/07/2020

US. Origem.: HUERB/PS 008
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):...	4,52	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina:.....	12,10	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematócrito:.....	38,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	26,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	31,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocytia Global:.....	11.100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinófilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	222	mm3	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Linfócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	88	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	9.768	mm3	
Linfócitos:.....	7	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	777	mm3	
Monócitos:.....	3	%	VR: 2 a 8 %
Valor Absoluto:.....	333	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 16/07/19 as 19:20 Coleta: 16/07/19 as 19:20-1a. Via Impressa: 16/07/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	02 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:....	05 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	175.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 16/07/19 as 19:21 Coleta: 16/07/19 as 19:20-1a. Via Impressa: 16/07/19

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS (EME)
Requisicao: 19.PC.1.012449
Num. do BE: 02646588

Idade...: 40A
Requis.: 01/07/20

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	3,99	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	10,90	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	33,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,40	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,30	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	7.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	222	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Neutrofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	63	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.662	mm3	
Linfocitos:.....	26	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.924	mm3	
Monocitos:.....	8	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	592	mm3	
Blastos:.....	0	%	
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ 01/07/19 as 17:24 Coleta: 01/07/19 as 16:34-1a. Via Impressa: 01/07/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 minuto	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	05 minutos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	370.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ 01/07/19 as 17:25 Coleta: 01/07/19 as 16:34-1a. Via Impressa: 01/07/19

169

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS (EME)

Requisicao: 19.PC.1.011111

3 Num. do BE: 02646588

Idade.: 40A

Requis.: 14/06/2020

US. Origem.: HUERB/PSCCB

Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,61	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	9,51	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	30,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	81,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	26,30	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,10	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	188	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	72	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	6.768	mm3	
Linfocitos:.....	19	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.786	mm3	
Monocitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	658	mm3	
Blastos:.....	0	%	
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 14/06/19 as 18:19 Coleta: 14/06/19 as 17:48-1a. Via Impressa: 14/06/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 min e 15 seg	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	5 min	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	265.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 14/06/19 as 18:19 Coleta: 14/06/19 as 17:48-1a. Via Impressa: 14/06/19

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Francisco C. A. Menezes
Bom dia
14/06/2020 14:00:00
14/06/2020 14:00:00

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS (EME)
Requisicao: 19.PC.2.103405
Num. do BE: 02646588

Idade...: 40A
Requis.: 04/07/2019

US. Origem.: HUERB/PS C/CB
Solicitante: ANDRESSA DO NASCIMENTO MOREIRA

Cons. Regional: 2129

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	4,18	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,40	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	35,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	82,80	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,30	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	7.100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	7	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	497	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
V Absolutos:.....	0	mm3	
M. mielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	57	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.047	mm3	
Linfocitos:.....	32	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.272	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 2 a 8 %
Valor Absoluto:.....	284	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 04/07/19 as 08:26 Coleta: 04/07/19 as 06:51-1a. Via Impressa: 04/07/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	1 MINUTO E 45 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	8 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	340.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Francisco C. A. M. *des*
Biomédico
COTA. An° 780 - PA

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 04/07/19 as 08:26 Coleta: 04/07/19 as 06:51-1a. Via Impressa: 04/07/19

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS (EME)
Requisicao: 19.PC.1.013907
Num. do BE: 02646588

Idade...: 40A
Requis.: 10/07/2020

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,28	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,80	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	36,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,80	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	6.900	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	8	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	552	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	138	mm3	
Segmentados:.....	56	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	3.864	mm3	
Linfocitos:.....	30	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.070	mm3	
Monocitos:.....	4	%	
Valor Absoluto:.....	276	mm3	
Blastos:.....	0	%	
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 10/07/19 as 19:17 Coleta: 10/07/19 as 17:45-1a. Via Impressa: 10/07/19

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 227.000 /mm3 VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 10/07/19 as 19:17 Coleta: 10/07/19 as 17:45-1a. Via Impressa: 10/07/19

SAO PAULO / HUERB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

Fabiane R. Fartolun
Biomedica
CRBM 441250

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS (EME)
Requisicao: 19.PC.1.010484
Num. do BE: 02646588

Idade...: 40A
Requis.: 09/06/2020

US. Origem.: HUERB/PS

Solicitante: WESLEY HOFFMANN SANTOS DA SILVA

Cons. Regional: 2296

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,08	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	33,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	81,50	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,40	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	12.300	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Val Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	246	mm3	
Segmentados:.....	89	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	10.947	mm3	
Linfocitos:.....	7	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	861	mm3	
Monocitos:.....	2	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	246	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAÚDE HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 09/06/19 as 15:41 Coleta: 09/06/19 as 14:43-1a. Via Impressa: 09/06/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 MIN	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	6 MIN	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	258.000	/mm3 VR: 150 a 400.000 /mm3

Francisco C. A. M.
R. M. M. M. M.
R. M. M. M. M.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 09/06/19 as 15:42 Coleta: 09/06/19 as 14:43-1a. Via Impressa: 09/06/19

169

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS (EME)
Requisicao: 19.PC.2.006846
Num. do BE: 02646588

Idade...: 40A

Requis.: 23/06/2020

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,24	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,70	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	35,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,60	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	13.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	396	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Neutrofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	4	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	528	mm3	
Segmentados:.....	66	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	8.712	mm3	
Linfocitos:.....	21	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.772	mm3	
Monocitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	792	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: KATHLEN C.DA S.JANSEN - CRF/AC 069 23/06/19 as 16:57 Coleta: 23/06/19 as 15:33-1a. Via Impressa: 23/06/19

SAO PAULO
COPIA
CONFORME ORIGINAL

Kansen



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor, desconforto de abd. sangramento
de parede Esquerda.

História da Doença Atual: Última de acidente automobilístico
colisão Moto - Moto.

História da Doença Anterior: Nega

Exame Físico: Parece (E) a desconforto de abd., perim.
contorno intacto sangramento em 1/3 médio
pulso e Neurologia preservada.

agnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: # Fratura Exposta dos ossos

Motivo da Cobrança: 12 desperce (E)

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

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

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS (EME)
Requisicao: 19.PC.2.006846
Num. do BE: 02646588

Idade...: 40A
Requis.: 23/06/2019

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 MIN	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	5 MIN	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	469.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

TROMBOCITOSE*

Liberado por: KATHLEN C.DA S.JANSEN - CRF/AC 069 23/06/19 as 16:57 Coleta: 23/06/19 as 15:33-1a. Via Impressa: 23/06/19



SALAS / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

ID paciente:

ID amost: 3

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 2103405

Tipo de amostra: Soro

Masc

Data da coleta: 04/07/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	89	mg/dL		60 - 100
URE	65	mg/dL	ALTO	10 - 50
CRE	0.7	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 04/07/2019

Data/Hora teste: 04/07/2019

Data/Hora impr.: 04/07/2019 08:51:26

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1


Eliana S. Ferreira Saraiva
Biomédica
CRBM 778/PA

SARVE / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: CARLOS ANTONIO DE S MARTINS

ID paciente:

ID amost: 54

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 1013907

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 10/07/2019

Lab part.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	51	mg/dL		
CRE	0.7	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 10/07/2019

Data/Hora teste: 10/07/2019

Data/Hora impr.: 10/07/2019 17:57:53

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUEB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: CARLOS ANTONIO DE SOUZA

ID paciente:

ID amost: 44

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 1010484

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 09/06/2019

Depart: CCB

Hora da coleta:

Diagn:

Médico:

Comentário:

Químico	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	41	mg/dL		10 - 50
CRE	0.8	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 09/06/2019

Data/Hora teste: 09/06/2019

Data/Hora impr.: 09/06/2019 15:18:57

Estador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAÚDE / RURAL
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA *

Paciente: CARLOS ANTONIO DE S MARTINS

ID paciente:

ID amost: 43

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 1011111

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 14/06/2019

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	117	mg/dL		
URE	58	mg/dL		
CRE	1.0	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 14/06/2019

Data/Hora teste: 14/06/2019

Data/Hora Impr.: 14/06/2019 17:55:05

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Página 1 de 1

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: CARLOS ANTÔNIO DE SOUZA

ID paciente:

ID amost: 61

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 2006846

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 23/06/2019

Part.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	134	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE	47	mg/dL		10 - 50
CRE	0.9	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 23/06/2019

Data/Hora teste: 23/06/2019

Data/Hora impr.: 23/06/2019 16:14:12

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAPAE / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Francisco C. A. M.
Biomédico
CRM - 410787-PA

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: CARLOS ANTONIO S MARTINS

ID paciente:

ID amost: 72

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 1012449

Tipo de amostra: Soro

Data da coleta: 01/07/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	103	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 01/07/2019

Data/Hora teste: 01/07/2019

Data/Hora impr.: 01/07/2019 17:37:13

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAÚDE / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



FUNDHACRE
FUNDAÇÃO HOSPITAL DO ACRE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente Carlos Araceli de Souza Martins

Levei:

O Sr. Siquilode encaminhou
em tratamento cirúrgico. A
mãe S 82, de 08/06/1979.
Atende tratamento cirúrgico de
urgência (Externa Externa). Atendi-
mente boa evolução. Sem previ-
sos de alta

Francisco de Sá
Ouro Preto
1979/06/08

Dr. Araceli
26/06/1979

DATA ____/____/____

Carimbo

ASSINATURA



EXAME DE CORPO DE DELITO (LESOES CORPORAIS)

Ao(s) dia(s) ____/____/2019, nesta cidade de Feijó, Estado do Acre, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se achava o Sr. Alexnaldo Batista da Silva, Delegado de Polícia respectivo o (a), contigo, Escrivã ad hoc, ao final assinado (a), presentes os peritos ad hoc nomeados e compromissados.

Medico: _____ residentes nesta cidade, lotados no Hospital Geral de Feijó, aos quais a autoridade policial deferiu o compromisso legal, que aceitaram, de bem a fielmente desempenharem a sua missão e os encarregou de procederem a Exame de Corpo de Delito (LESOES CORPORAIS) em _____

nascido em ____/____/____ e de responderem aos seguintes quesitos.

- 1.º - Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?
- 2.º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?
- 3.º - Se produzido por meio de veneno, fogo, estilha, ferrugem ou outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada).
- 4.º - Se resultou incapacidade para suas ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?
- 5.º - Se resultou perigo de vida? (resposta especificada).
- 6.º - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função? (resposta especificada).
- 7.º - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente? (Resposta especificada).

Em consequência, passaram os peritos a fazer os exames requisitados e as investigações julgadas necessárias, findos os quais declararam que do exame que procederam em, constatarem as seguintes ofensas físicas.

Portanto, responderam aos quesitos pela maneira seguinte:

- 1.º - _____ 2.º - _____
- 3.º - _____
- 4.º - _____
- 5.º - _____
- 6.º - _____
- 7.º - _____

Di o que em suas consciências e sob o compromisso prestado declararam. Nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este auto, que assina com os peritos e contigo, _____ Escrivã ad hoc, que o digitou.


Alexnaldo Batista da Silva
Delegado de Polícia Civil


Gracilene Freitas de Paiva Souza
Escrivã ad hoc

1.º Perito ad hoc: _____

2.º Perito ad hoc: _____

D.N: 03.02.79



PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIJÓ
Secretaria Municipal de Saúde

Gestão Plena da Atenção Básica



PRONTUÁRIO INDIVIDUAL

Nome: Carlos Antonio de Paula Idade: 40 Sexo: ☒ Masc. () Fem.
Endereço: Perungu, Berlin Fone: _____
Micro-área: _____ N° da Família: _____ Agente de Saúde: _____
Situação Vacinal: () Completa () Incompleta: P.A. 120/80 Tax: _____
P (radia) _____ Peso: _____ Data: 30/08/19 F. R.: _____
Queixa Principal: _____

Dados Clínicos: Recebeu com antecedência de 15 dias da
temperatura com alterações para 10
de 36,4 graus a 37,5 graus

Conduta: Salvo a evolução da

Hipótese Diagnosticado/Classificação: _____

Romel Ayala Calderón
Médico - Clínico Geral
CRM - AC 1372

Retorno: () Não () Sim

Profissional / Carimbo

	SINDICATO DOS TAXISTAS E CONDUTORES AUTÔNOMOS DO ESTADO DO ACRE	
	CNPJ.: 02.052.126/0001-35 Travessa Amazonas, 728 - Cerâmica - Fone/Fax: (68) 3224-6939 CEP: 69.910-700 - Rio Branco - Acre Email: sintc@gmail.com.br	
RECIBO		R\$ <u>130,00</u>
Recebi(emos) do.....		
a importância de		
Referente a TRANSPORTE EM TÁXI NO SEGUINTE ITINERÁRIO:		
.....		
Motorista.....		
CPF:	RG: <u>0234963</u>	
Veículo: <u>COLPATE</u>	Placa: <u>N.A.C 4351</u>	
<u>MARCISIO GILBERTO</u> Assinatura Motorista		Rio Branco - AC <u>03,09,2019</u>

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DERAN AC

Nº 011091591177

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA

01

0922/006594

01100RRR292

EDINALDO MARCEL DOS SANTOS
 RUA JOSE MARIA S/N DA BATERIA
 CONDUSTA Nº 0114
 RIO BRANCO - AC 77157-38

434.944.922

MPB1328

EDINELI ROCHA DE FARIAS

MPB1328 AM

7C2 00510AR02F794

PAS/MOJOCIEGANO FELICA

ALEU/09A5OL

HENDRY MARTINS

2010 2010

CP/GRACE

PRETA

SER REBEKA S... SEN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO

19/03/2014

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 6.000,00

NOME DO COMPRADOR: Francisco Farias Campos

RG: 0268569 CPF/CNPJ: 483.907.802-59

ENDEREÇO: Rua: 06 de Agosto, Bairro: Aus-
das

LOCAL E DATA: Feijó - AC 12/04/2017

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
Edinaldo Garcia dos Santos

DE ACORDO: Francisco Farias Campos ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
 CONFORME ART. 369 C.P.C.

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS, OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-ACRE
 ACRE
 SILVANO DE CARLI - TABELIÃO/OFICIAL

Cód. 039178. Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de:
 (1) EDINALDO GARCIA DOS SANTOS, (2) FRANCISCO FARIAS CAMPOS

Feijó, 12 de abril de 2017. 11:10:07. Selo: AE587717-81, AE587718-80 -
 RECONHECIMENTO DE FIRMA

Cód. Validação: AE587717-81, AE587718-80
 370A-C916-ECF9-FICA, B306-6471-D376-A960 - Consulte o selo em:

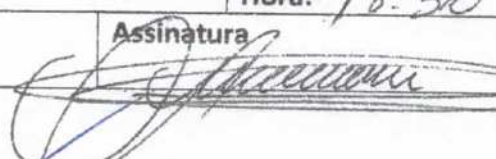
www.feijoac.com.br - Total: R\$ 6,40. Em testemunho do presente
☒ O Celso de Rocha Nunes da Silva - Substituto
☐ Jennifer Maria Gomes Pinheiro Oliveira - Escrevente

Feijó, 12 de abril de 2017. 11:10:07. Selo: AE587717-81, AE587718-80 -
 RECONHECIMENTO DE FIRMA

Cód. Validação: AE587717-81, AE587718-80
 370A-C916-ECF9-FICA, B306-6471-D376-A960 - Consulte o selo em:

www.feijoac.com.br - Total: R\$ 6,40. Em testemunho do presente
☒ O Celso de Rocha Nunes da Silva - Substituto
☐ Jennifer Maria Gomes Pinheiro Oliveira - Escrevente

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69560-000 - sdecarli@uol.com.br

	BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC	Nº BO: 268/06-2019
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE		
FATO 01: Acidente de Transito		Data: 08.06.2019
		Hora: 15h30min
LOCAL		
Logradouro: Rua José Leonardo Guimarães c/ Rua Geraldo Pereira		Nº:
Bairro: Bela Vista		Complemento:
Referência:		CEP: 69960-000
Município: Feijó		Tipo de Local: Via Pública
ENVOLVIDO "A" CONDUTOR/ MZY 0887		
Nome: Klever Lima da Silva	Sexo: M	Nasc.: 14.09.1998
Endereço: Rua Altino Rodrigues da Costa	Bairro: Bela Vista	Idade: 21
Lesões: conforme exame de corpo de delito		Tel.: 999536757
ENVOLVIDO "B" CONDUTOR/ NPB 1328		
Nome: Carlos Antonio de Souza Martins	Sexo: M	Nasc.: 03.02.1979
Endereço: Rua Joel Ferreira de Souza	Bairro: Bela Vista	Idade: 40
Lesões: conforme exame de corpo de delito.		Tel.: 999723126
ENVOLVIDO "C" TESTEMUNHA		
Nome: Maria Cilene Souza Martins	Sexo: F	Nasc.:
Endereço: TV. José Plácido Barbosa	Bairro: Bela Vista	Idade: 38
		Tel.:
Objetos Pessoais		
HISTÓRICO: Informo-vos que fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo duas motocicletas no endereço acima citado; Que ao chegarmos ao local encontramos os condutores Klever Lima da Silva e Carlos Antonio de Souza Martins caídos ao chão, onde ambos apresentavam várias escoriações e Carlos Antonio estava com uma fratura na perna esquerda; Que em seguida os dois condutores foram encaminhados ao HGF pela equipe do SAMU, que depois de receber atendimento médico foi pedido os documentos de porte obrigatório dos condutores, onde Klever Lima assumiu não ter habilitação e que havia pego a motocicleta emprestada de sua sogra, e ainda relatou que vinha pela Rua José Leonardo Guimarães na direção bairro-centro quando o outro envolvido apareceu na sua frente, vindo a colidir; Que o condutor Carlos Antonio também assumiu não ser habilitado. Devido não ser habilitado conduzimos e entregamos o condutor Klever Lima juntamente com o exame de corpo de delito na Delegacia local, já o condutor Carlos Antonio não foi entregue na delegacia, devido o mesmo ainda está recebendo atendimento médico até o momento da entrega do B.O, e iria viajar para a cidade de Cruzeiro do Sul. Que foi entregue juntamente com o B.O. na Delegacia local, o exame de corpo de delito do condutor Carlos Antonio, a motocicleta Biz de placa MZY 0887 e a motocicleta Bros de placa NPB 1328. OBS: Avarias da Biz; carenagem dianteira(saia) quebrada, para-lama quebrado e pneu dianteiro furado. Avarias da Bros; placa amassada, aba do tanque do lado esquerdo quebrada, pisca lado esquerdo quebrado e motor com a carcaça furada.		
EFEETIVO E VIATURA EMPREENHADO		
CMT: SGT PM DAMASCENO PTR: SD PM CLECIO, SD PM AIRTON.		
RECIBO DE ENTREGA		
Unidade de entrega: D.G.P.C.F.		Hora: 18:30
Nome: Carlos	Função: APC	Assinatura: 



AUTENTICAÇÃO nº 024884
 Autêntico para os devidos efeitos esta fotocópia, que
 reproduz fielmente o documento apresentado. Dou fé.
 Feijó, 18 de junho de 2019. Selo: N0000009DD - AUTENTICAÇÃO
 Validação: 9F74A - Consulte o selo em: selo.tjac.jus.br

SILVANO DECARLI - Tabelião

Totals: R\$ 3,40

☐ Silvano Decarli - Tabelião/Oficial ☐ Maria Gleidiane de Souza Marinho - Escrevente

☐ Lurineia da Rocha Pires de Souza - Substituída ☐ Jennifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrevente

☐ Janylene dos Santos da Silva - Escrevente Autorizada

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - sdecarli@uol.com.br

ABE

BE



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: **CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS** 6 - CPF: **617.567842-72**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA JOEL FERREIRA DE SOUZA** 9 - Número: **410** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **DELA VISTA** 12 - Cidade: **FEIJÓ** 13 - Estado: **ACRE** 14 - CEP: **69.960-000**
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **3707** **03** CONTA: **11.932-** **0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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: **RAYANE LOPES DA SILVA**

CPF: **003.111.242-08**

Rayane Lopes da Silva
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **FEIJÓ/AC 29/08/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

CPF da Vítima

67.567.842-72

Data do Acidente

08/06/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

☐ 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.

FEITO, 29 de Agosto de 2019

Local e Data

X Carlos Antonio de Souza Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco Farias Campos,
 RG nº 0268569, data de expedição 04/11/1993
 Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 483.907.802-59,
 com domicílio na cidade de Feijó AC, no Estado de
ACRE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 6 de agosto, nº _____,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
 _____, cujo o condutor era
CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS.
 Veículo: _____ Modelo: HONDA/NXR 150 BROS Ano: 2010
 Placa: NPB 1328 Chassi: 9C2KD0510AR029796
 Data do Acidente: 08/06/2019

Local e Data: FEIJÓ/AC

x Francisco Farias Campos

Assinatura do Declarante

Carlos Antonio de Souza Martins

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**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 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 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 com 16 ou 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

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS		CPF titular da conta 617.567.842-72	Profissão AGRICULTOR
Endereço RAMAL DO MANGUEIRAL		Número 2555	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade FEITO	Estado ACRE	CEP 69.960.000
Email ROBERTO.S413@Globo.com			Telefone (DDD) 68-99985-8085

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

- ☐ 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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. **3707** D/V ☐
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. **11932** D/V **0**
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO. D/V ☐ **CONTA** NRO. D/V ☐
 (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.

FEITO, 24 de FEVEREIRO de 2020

Local e Data

Carlos Antonio de Souza Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÕES CORPORAIS)

Ao(s) dia(s) 13 / 07 / 2019, nesta cidade de Feijó, Estado do Acre, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se achava o Sr. Alexnaldo Batista da Silva, Delegado de Polícia respectiva e (a), comigo, Escrivã ad hoc, ao final assinado (a), presentes os peritos ad hoc nomeados e compromissados.

Medico: André Nello R. de M. Pimenta de Azeite residentes nesta cidade, lotados no Hospital Geral de Feijó, aos quais a autoridade policial deferiu o compromisso legal, que aceitaram, de bem e fielmente desempenharem a sua missão e os encarregou de procederem a Exame de Corpo de Delito (LESÕES CORPORAIS) em André Nello R. de M. Pimenta de Azeite nascido em 15/05/1979 e de responderem aos seguintes quesitos.

- 1.º - Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?
- 2.º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?
- 3.º - Se produzido por meio de veneno, fogo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada).
- 4.º - Se resultou incapacidade para suas ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?
- 5.º - Se resultou perigo de vida? (resposta especificada).
- 6.º - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função? (resposta especificada).
- 7.º - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente? (Resposta especificada).

Em consequência, passaram os peritos a fazer os exames requisitados e as investigações julgadas necessárias, findos os quais declararam que do exame que procederam em, constatarem as seguintes ofensas físicas:

lesão na palma da mão esquerda
lesão na palma da mão direita
fractura da mão direita

Portanto, responderam aos quesitos pela maneira seguinte:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1.º - <u>Sim</u> | 2.º - <u>Porteira</u> |
| 3.º - <u>Não</u> | 4.º - <u>Sim</u> |
| 5.º - <u>Não</u> | 6.º - <u>Acusação de lesão</u> |
| 7.º - <u>Acusação de lesão</u> | |

Foi o que em suas consciências e sob o compromisso prestado declararam. Nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este auto, que assina com os peritos e comigo, _____ Escrivã ad hoc, que o digitei.

Alexnaldo Batista da Silva
Delegado de Polícia Civil

Graciene Freitas de Paiva Souza
Escrivã ad hoc

1.º Perito ad hoc: Dr. André Nello R. de M. Pimenta de Azeite

2.º Perito ad hoc: _____

FUNDHACRE
FUNDAÇÃO HOSPITAL DO ACRE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

Leuão:

O Sr. supracitado encontra-se
em tratamento cirúrgico de
crânio: S82, data de 08/06/2019.
Atende ao tratamento cirúrgico de
urgência (Parecer externo). Atendi-
mento bem sucedido. Sem previ-
são de alta

Francisley Freitas
Ortopedista
CRM/AC 751 ROR 294

Carlo Antonio
26/10/2019

DATA ____/____/____

Carimbo

ASSINATURA

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669942

Vítima: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar 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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669942

Vítima: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com o preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

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



Agora, digite o número do seu pedido, por favor:

Número do pedido

3190669942

Aguarde um instante enquanto consulto o seu pedido do **Seguro DPVAT**.

Estes são os dados do seu pedido do **Seguro DPVAT**.

- Nº do pedido do Seguro DPVAT: 3190669942
- Vítima: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS
- Cobertura: Invalidez
- Ponto de atendimento receptor do pedido: MBM SEGURADORA S/A
- Beneficiário: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS
- CPF/CNPJ: 61756784272
- Posição em 13/10/2020 18:11:53

O pedido do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.