

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2010

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00427-8

CONTA: 000000082138-1

Nr. Autenticação

BRDESCO2806201005000000000023700427000000082138236250 PAGO



Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT



Parecer Médico

| Análise |

PRESTADORA:	Amorim e Mattos Serviços Médicos Especializados Ltda
NOME DA VÍTIMA:	EDILSON DA SILVA NASCIMENTO
NÚMERO DO SINISTRO:	2010/174260
DATA DO ACIDENTE:	23/02/2010
UF:	AC
SEGURADORA:	MBM SEGURADORA S/A
REGULADORA:	Isotec Serviços Técnicos Ltda - Filial RJ

DIAGNÓSTICO:
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA (TTO CIRURGICO)

SEQÜELAS PERMANENTES:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

VALOR PLEITEADO / PERCENTUAL:	VALOR AVALIADO / PERCENTUAL	PERÍCIA MÉDICA:
R\$ 9450,00 / 70%	R\$ 2362,50 / 17,5%	

DOCUMENTO(S) COMPLEMENTAR(ES)

PARECER:
INVALIDEZ PARCIAL / MI DIREITO : 25% DE 70% = 17,5%

OBSERVAÇÕES:

DATA DA ANÁLISE
19/06/2010

DATA DO ENCAMINHAMENTO
21/06/2010

Dr. Laerte Felix de Mattos
CRM 52 34636-3
AMORIM E MATTOS
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Seg/Reg: MBM / ESOLUC RJ

Sinistro nº 10174260

PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / <u>099813</u> / 2010 / <u>001</u>
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica ☒ Amorim e Mattos	
☒ Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () Cebeme	
PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / _____ / 2010 / _____
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos	
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () Cebeme	
PROCEDIMENTO	Processo nº 100 / _____ / 2010 / _____
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos	
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () Cebeme	
Obs.:	SINISTRO:
	PRESCRIÇÃO:
	ALTA/IML:
	NOVA PRESC.:
	RECLAMAÇÃO:

Liberado para pagamento ☐

Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Fabrica: EDNA PAULA

Data: 10 / 06 / 2010

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

✓

=====

* Megadata Computacoes D.P.V.A.T. 31/05/2010 14:51:18 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *

* DPV010I ***** CONSULTA POR NUMERO DO SINISTRO ***** Q001 / DPV016P *

=====

ANO / NUM. / LANC -	2010 / 174268 / 01	COD. DEPEND .. -	004
COD. SEG. -	6084	TIPO DOCUMENTO -	4 EX -
NUM. DOCUMENTO -	AC9999999999	DT.CADAST.PARC.-	00 / 00 / 0000
CATEGORIA -	09	DT. SINISTRO . -	23 / 02 / 2010
DT. CADAST.... -	31 / 05 / 2010	DT. RATEIO ... -	00 / 00 / 0000
NATUREZA -	2	CPF VITIMA	- 52335763253
NOME DA VITIMA -	EDILSON DA SILVA NASCIMENTO		
DT. NASC. -	23 / 02 / 1984	VALOR INDENIZ. -	
SEQUENCIA -	001	VLR COR.MON/JUR-	0,00
COD. REC/RECL. -	1	DT. PAGAMENTO -	00 / 00 / 0000
NOME RECEBEDOR -			
CPF/CGC RECEB. -	0000000000000000	DT. ATUALIZ... -	31 / 05 / 2010
PROCURADOR/INT.-			
CPF/CGC PRC/INT-		BOLETIM -	10473
DELEGACIA -	DETRAN	UF DELEGACIA -	AC
REGULACAO -	0	SUB-JUDICE ... -	DT. RECEB.
DT. RECLAMACAO -	28 / 05 / 2010	CONF. PGTO -	/ /

ENTER = CONTINUAR

PF03 = FIM

PF07 = VOLTA MENU

Wendel

Nº do Sinistro 2010/174260

Nº do Protocolo

Seguro Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTESeguradora Líder das
Corretoras de Seguro DPVAT

www.seguradoralider.com.br

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente

Vítima: Edilson Da Silva Nascimento

CPF: 523.357.632-53

Seguradora

UBM SIA

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: Edilson Da Silva Nascimento



Vítima

Representante Legal

Endereço para Correspondência: RUA Travessa Capixaba

nº 179

Complemento:

Bairro: João Eduardo I

Cidade: Rio Branco

UF: AC

CEP: 69.900-000

Telefone para contato: (68) 9987.9726 (68) 9226.5456

Preencha com ☐ x para documentação entregue
Preencha com ☒ para documentação faltante

(68) 3224.1316

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial

Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima

CPF da vítima

Comprovante de residência da vítima

Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial

Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima

Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento

Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma

Termo de Curatela, no caso de alienação mental

Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

Procuração

Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador

CPF

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 13/05/2010

Nome X Edilson da Silva Nascimento

Identidade 02889126224 DETRAN-AC

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA



Documentação recebida sem conferência

Data 28/05/10

Nome

Priscila Rodrigues Mafra

Identidade

21266 310-8

**BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO**

01 NÚMERO BAT

Nº 10473

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA

RUA: JOÃO EDUARDO F

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 U. F.

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

06 HORA DA OCORRÊNCIA

14:00

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

23/02/19

09 DIA DA SEMANA

SEXTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1
COLISÃO ☐ 3
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5
CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7
OUTRA (ESPECIFICAR) QUEDA ☒ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1
CONCRETO ☐ 3
PARALELEPÍEDO ☐ 5
CASCALHO ☐ 7
TERRA ☐ 9
AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1
MOLHADA ☐ 3
OLEOSA ☐ 5
ELAMEADA ☐ 7
DANIFICADA ☐ 9
OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1
CHUVA ☐ 3
NEBLINA ☐ 5
GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

01

15 Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS ☐
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

EDILSON DA SILVA NASCIMENTO

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

23/02/84

19 ENDEREÇO

TV. CAPIXABA 179 JOÃO EDUARDO F

20 1ª HABILITAÇÃO

28/05/2003

21 CATEGORIA

AC

22 PRONTUÁRIO

02889126234 AC

23 U. F.

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

MONZA / CG 125

28 ESPÉCIE

Pes - motocicleta

29 PLACA

WZX 3063

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 U. F.

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

OMESMO

33 ENDEREÇO

OMESMO

34 CHASSIS

9R2JC4M09R058050

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

36 AVARIAS

PEQUENA MONTA.

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRNO -> SAIRNO.

40 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZINDO AO PS PELO SAMU.

PONTOS

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

BAF. SIM ☐ NÃO ☐

42 NOME CONDUTOR

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 U. F.

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 U. F.

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

BAF. SIM ☐ NÃO ☐

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 U. F.

75 NOME

76 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 U. F.

VÍTIMAS	82 NOME	EDILSON DA SILVA NASCIMENTO			83 SEXO	M ☒ F ☐	84 NASCIMENTO	23/02/84
	85 ENDEREÇO	R. CAPITANIA 179 J. EDUARDO I			86 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☒ FATAIS ☐	87 VIAJAVO NO VEÍCULO	01
	88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR ☒ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA			P.S. PELO SAMU.		
	91 NOME				82 SEXO	M ☐ F ☐	93 NASCIMENTO	
	94 ENDEREÇO				95 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVO NO VEÍCULO	
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR ☐ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA					

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Confere com o Original
Em: 03/03/10

Regilda Fernandes Leite dos Santos
Gerência de Controle de Trânsito
DETRAN-AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

INFORMO A VSA QUE A VÍTIMA FOI CONDUZIDA AO P.S. PELO SAMU. QUE POLÍCIA TÉCNICA DEIXOU DE SE AÇIONADA, POIS OS CÍVILS NÃO ESTAVAM MAIS NO LOCAL. QUE SE OUVIROS POPULARES O CONDUTOR VÍTIMA, CAIU AOTENIRAR DESUIAR DE UM OUTRO VEÍCULO. QUE FOI REFEITO O BAT. Nº 13021.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V-01	103 MOTORISTA	V-02	104 MOTORISTA	CIATRAU	
105 NOME		106 NOME		107 NOME	Henlon	
108 ASSINATURA		109 ASSINATURA		110 ASSINATURA	Henlon	
111 LOCAL	Rio Branco - AC				112 DATA	23/02/10

Estado do Acre - SEFAZ - DETRAN		VALIDADE : 31/05/2010		VENCIMENTO : 30/04/2010	
R E C I B O	PROPRIETÁRIO: EDILSON DA SILVA NASCIMENTO			PLACA: MZX3063	
	CHASSI 9C2JC41109R058050	MARCA / MOD HONDA/CG 125 FAN KS	ANO FAB / ANO MOD 2009	COR PRETA	
	DATA DE EMISSÃO 31/05/2010	SEGURO OBRIGATÓRIO / 2010			VALOR : R\$ 259,04
866000000020590409248606800014241817379021110018					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					

PAGÁVEL SOMENTE NO BANCO DO BRASIL

Estado do Acre - SEFAZ - DETRAN		VENCIMENTO : 30/04/2010			
F E N A S E G	PROPRIETÁRIO: EDILSON DA SILVA NASCIMENTO			PLACA: MZX3063	
	CHASSI 9C2JC41109R058050	MARCA / MOD HONDA/CG 125 FAN KS	ANO FAB / ANO MOD 2009	COR PRETA	
	DATA DE EMISSÃO 31/05/2010	SEGURO OBRIGATÓRIO / 2010			VALOR : R\$ 259,04
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					



866000000020 590409248606 800014241817 379021110018

Consulta de Veículos

Dados do Veículo

Placa: MZX3063 Renavam: 142418137 Chassi: 9C2JC41109R058050
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Cor: PRETA
Ano Fab/ Mod: 2009/2009 Tipo: MOTOCICLO
Combustível: GASOLINA Potência/Cilindradas: 000/0124
Categoria: PARTICULAR Capacidade de Passageiros: 002
Espécie: PASSAGEIRO Nacionalidade: NACIONAL
Município: RIO BRANCO - AC Roubo/Furto: NADA CONSTA
Situação do Veículo: EM CIRCULACAO Ano último licenciamento: 2009
Restrição: BENEFICIO TRIBUTARIO

Débitos do Veículo

>> Taxa de Licenciamento

Ano	Vencimento	Valor	Valor Pago	Valor Diferenca	Imprimir
2010	30/04/2010	R\$ 53,75	R\$ 0,00	R\$ 53,75	
Total em Taxa de Licenciamento : R\$ 53,75					

>> IPVA

Ano	Vencimento	Valor	Imprimir
2010	26/02/2010	R\$ 47,92	
Total em IPVA : R\$ 47,92			

>> Seguro Obrigatório - DPVAT

Ano	Vencimento	Valor	Imprimir
2010	30/04/2010	R\$ 259,04	
Total em Seguro Obrigatório : R\$ 259,04			

Infrações

Não existem débitos de Multas até o presente momento

Nova consulta

=====

* Megadata Computacoes D.P.V.A.T. 31/05/2010 14:48:28 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *

* D217/DFV217T . Q001 / DFV217P *

=====

*** ACESSO DO DOCUMENTO ***

CHASSI : 9C2JC41109R058050

RENAVAM : 142418137

PROPRIETARIO : RADEILSON BEZERRA DA SILVA

CGC/CPF : 00066388074200

PLACA	UF	D U T	EX	D A T A	DATA PGTO OU	OPCAO
				P R O C	DATA GUIA	
MZX3063	AC	092418137	2009	2009 / 06	12 / 05 / 2009	(☐)



MARCAR COM UM X O DUT ESCOLHIDO E TECLAR ENTER OU ENTER PARA NOVA OCORRENCIA

ENTER = CONTINUAR PF3 = SAIR PF7 = VOLTA OCORRENCIA PF8 = PRONTA OCORR.

*Beneficiário não é o proprietário no evento
que ocorreu o acidente (2009)*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº **8292948528**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **01** COD. RENAVAM: **013210477** ANTRC: **01** EXERCÍCIO: **2009**

NOTA: **001** NOME: **DILSON DA SILVA OLIVEIRA**

CNPJ/CNPJ: **523657655** PLACA: **MZX3063**

PLACA ANT./UF: **0024** PASS: **0005050**

ESPECIE TIPO: **PAS/MOTOCICLO/NAO APRESENTA** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA/MODELO: **HONDA/CG 125 FAN KS** ANO FAB: **2009** ANO MOD: **2009**

CAP/POT/CIL: **0024/0124CC** CATEGORIA: **PARTICU** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA ÚNICA: **ISENTO*** VENC. COTA ÚNICA: **1*** VENC. COTAS: **1***

FAIXA/PVIA: **1*** PARCELAMENTO/COTAS: **2*** VENC. COTAS: **2***

PREMIO TARIFARIO (R\$): **0,00** IOF (R\$): **0,00** PREMIO TOTAL (R\$): **0,00** DATA DE PAGAMENTO: **05/01/2010**

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES: **BEN - TRIBUTARIO DE PORTO OBRIGATORIO SEM RESERVA DE DOMINILION S/ DIFERENCIA**

RECEBIDA: **RECEBIDA** DATA: **05/01/2010**

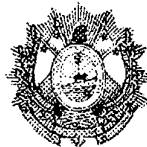
2º TABELIONATO DE NOTAS

AUTENTICO a presente cópia reprográfica conforme original a mim apresentado do que deu fé
Válido somente com selo de autenticidade

Rio Branco-Acre. 23 ABR 2010



Lucival Passarinho de Matos
Auxiliar Judiciário



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

LAUDO Nº 02.1231.05.10

LAUDO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL - MASCULINO

Aos 13 dias do mês de Maio do ano de 2010, nesta cidade de Rio Branco, Estado do Acre e na sede do Instituto Médico Legal, pelo Diretor **Ruy Charles Eduardo de Oliveira**, foi designado o Médico Legista, **Alberto Y. Okamura**, Perito Oficial, para proceder ao exame de **LESÃO CORPORAL** em **EDILSON DA SILVA NASCIMENTO**, a fim de ser atendida a solicitação do Bel. **José Otávio Cordeiro Barros**, Escrivão da Polícia Civil da 3ª regional, Conf. guia s/Nº, de 29 de abril de 2010, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim, responder aos quesitos no final formulados.

Em consequência passa o perito a fazer o exame solicitado e investigações que julgue necessárias, findo os quais declara:

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: EDILSON DA SILVA NASCIMENTO	Sexo: Masculino
Natural: Tarauacá-AC	Nacionalidade: Brasileiro
Data de Nascimento: 23/02/1984	Idade: 26 anos
Est. Civil: casado	Profissão: motorista
Pai: Raimundo Nonato do Nascimento	
Mãe: Raimunda Lucia da Silva Nascimento	
Endereço: Tv. Capixaba, 179, João Eduardo	Cidade: Rio Branco-AC
Identidade: xxx	Órgão Emissor: xxx

II – HISTÓRICO

(fornecidos pela autoridade policial e/ou familiares)

Local da ocorrência: **João Eduardo.**

Data da ocorrência: **23/02/2010**

Hora da ocorrência: **14h**

Instrumento ou meio que produziu a ofensa: **xxx**

Nome do agressor ou agente responsável: **xxx**

Nº de golpes: **xxx** Ataque de surpresa? () Sim () Não

Houve contenção da vítima? () Sim () Não Quem conteve ? **xxx**

Histórico: **vítima de acidente de trânsito.**

II – EXAME PERICIAL

Hora do Exame: 22:00h

Local do Exame: IML

Trata-se de vítima de acidente de trânsito ocorrido em 23/02/2010.

Na ocasião sofreu fratura exposta dos ossos da perna direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico.

Atualmente apresenta dor crônica e inchaço na perna, rigidez do joelho, hipotrofia de quadríceps, encurtamento do membro afetado e limitação nos movimentos de flexo extensão do joelho em 30% ocasionando:

-perda de mobilidade de um dos joelhos (direito).

Laudo em anexo.

IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Sequela definitiva das fraturas descritas acima.

V – QUESITOS

1. Há ferimentos ou ofensa física? **Sim.**
2. Qual o meio ou instrumento que o ocasionou? **Ação contundente.**
3. Resultou perigo de vida? **Sim.**
4. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **Sim.**
5. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **Sim.**
6. Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **Sim.**
7. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **Sim.**
8. Resultou deformidade permanente? **Sim.**

E nada mais havendo a constar, segue este laudo devidamente assinado.


.....
Alberto Y. Okamura
Médico Legista
CRM 802/AC



No. DO BE: 1655066 DATA: 23/02/2010 HORA: 14:33 USUARIO: MARINA CLAUDIA
CNS: SETOR: 04 - EMERGENCIA CIRURGICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDILSON DA SILVA NASCIMENTO DOC....: 36070410
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 23/02/1984 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: TRAV. CAPIXABA NUMERO: 179
COMPLEMENTO....: VEIO DE SAMU BAIRRO: JOAO EDUARDO I
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....:
NOME PAI/MAE...: RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO / RAIMUNDA LUCIA DA SILVA NASCIM
RESPONSÁVEL....: A ESPOSA-LIGIANE RAMALHO DE ARAUJO TEL....: 3225.1790
PROCEDENCIA....: JOAO EDUARDO I
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: 1 X: mmHg 1 PULSO: 1 1 TEMP.: 1 1

EXAMES COMPLEMENTARES: 1 1 RAIOS X 1 1 SANGUE 1 1 URINA 1 1 TC
1 1 LIQUOR 1 1 ECG 1 1 ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: 1 1 SIM 1 1 NAO

DADOS CLINICOS: *PC 600m história de queda de motocicleta no cerro de 30 minutos. Deu entrada no SAT trazido pelo SAMU em mala rígida e si-
glar cervical. Via aérea permeável; Respiração espontânea; AR: mucobial, S/R. ADULT.
FC: 100 bpm; PA: 140 x 90 mmHg. ELG: 15; Pupilas isocóricas e fotorreflexas;
Reflexos estáveis; Fratura exposta em perna (1) (segundo enfermeiro do SAMU).*

DIAGNOSTICO: *Fratura Exposta em M.I.D (1)*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- (1) SRL 2000, e.v.
- (2) Cefalotina 1g, e.v., 6/6h (Do)
- (3) Dipirona 2mL + 8mL ABD, e.v., 6/6h.
- (4) Diclofenaco 75mg, i.m.

(5) SAT 5000 mL, i.m.

(6) Solu de Anestesia e Curativo de Ortopedia

INTERMACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ORITO: 1 1 ATE 48HS 1 1 APOS 48HS 1 1 FAMILIA 1 1 ANAT. PATOL.

(7) Assinatura e Curativo de Ortopedia

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CÓPIA

Conforme o Original

HUERB

Dr. Edilson F. J. Ribeiro
Residência: Cirurgia Geral
CRM/AC 1311

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 49238

Número do CNS.....: 0000000000000000

Nome.....: EDILSON DA SILVA NASCIMENTO

Documento.....: 360704RG Tipo :

Data de Nascimento: 23/02/1984 Idade: 26 anos

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel.....: RAIMUNDO NONATO DO NASCIEMNTO

Nome da Mae.....: RAIMUNDA LUCIA DA SILVA NASCIM

Endereco.....: TRAV. CAPIXABA 179 VEIO DE SAMU

Bairro.....: JOAO EDUARDO I Cep.: 00000-000

Telefone.....: 3225.1790

Município.....: 1200401 - - AC

Nacionalidade.....: BRASILEIRO

Naturalidade.....: ACRE



DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1655066

Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"

Leito.....: 008.0460

Data da Internacao: 23/02/2010

Hora da Internacao: 20:00

Medico Solicitante: 744.686.342-00 - VINICIUS DE MACEDO MAGALHAES

Proced. Solicitado: NAO INFORMADO

Diagnostico.....: NAO INFORMADO

Identif. Operador.: ELIANE

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
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

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dor
de forceira de membro
Irrpotência funcional
crônica
exposições ossas

CÓPIA

Conforme o Original

HUERB

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de fto. cir. ortopédico

18 - 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

exposta fto. cir. ortopédico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

José Vladimir C. Silva
Médico Residente
Ortopedia - Traumatologia
CRM - AC 1259

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
EDILSON DA SILVA NASCIMENTO

DIGIT. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
360704 - SSP - AC

C.P.F.
523.357.632-53

DATA NASCIMTO
23/04/1984

FILIAÇÃO
RATMUNDO NORATO DO NASCIMENTO

RAIMUNDA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO

PENSAÇÃO CIVIL DO ACÓRDO CASAL
[] [] AS

VÁLIDADE
23/07/2012

HABILITACAO
29/05/2003

Nº REGISTRO
02889126224

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

SIGNATURA DO PORTADOR
Edilson da Silva Nascimento

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
14/08/2007

38061098236
AC400058223

SIGNATURA DO EMISSOR

DETROL AC (ACRE)

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

· EU Edilson Da Silva Nascimento

PORTADOR;RG 2.889.126.224 SSP AC DATA 14/8/2007

CPF 523.357.632-53 ESTADO CIVIL; Casado

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DA SEGURADORA
DPVAT, QUE RESIDO NO ENDEREÇO:

Rua Travessa Capixaba 179

Bairro João Eduardo I

CEP: 69.900-000

CIDADE: Rio Branco | AC | 13/5/2010

X Edilson da Silva Nascimento

ASSINATURA

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

-SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT-

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras. Para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Edilson Da Silva Nascimento PORTADOR/A DO RG 02889126224 DETRAN-AC EM 14/08/2007,, CPF. 523.357.632-53//CNPJ/NºPROFISSÃO Motorista E RENDA MENSAL DE 1.040,00 R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Edilson da Silva Nascimento

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ (XX) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0427-8 Nº CONTA CORRENTE 082138-1☐ () CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCONº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

☐ () CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

☐ () CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚNº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

☐ () CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Rio Branco-AC DATA 13/05/2010ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A X Edilson da Silva Nascimento

ATENÇÃO—O Seguro DPVAT garante: indenização de 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiários/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela superintendência de seguros Privados-SUSEP).

—Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse WWW.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h. —A circular SUSEP nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.