

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSEM IDE FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02358-2

CONTA: 000010051393-X

---

Nr. da Autenticação 04AF5307AD0C930A

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180590761 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ASSEM IDE FILHO **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de cabeça de radio e processo coronoide do cotovelo direito.

**Descrição do exame médico pericial:** conservador com imobilização gessada e fisioterapia. Alta: Dezembro de 2018

**Resultados terapêuticos:** conservador com imobilização gessada e fisioterapia. Alta: Dezembro de 2018

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do cotovelo com comprometimento da flexo extensao conforme descrito no exame fisico, e redução da força muscular do membro.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** PAGO DANO FUNCIONAL DE COTOVELO DIREITO 50% EM CONFORMIDADE COM ANALISE TÉCNICA, DOCUMENTAL E DA AVALIAÇÃO CLINICA DESCRITA.

**Médico examinador:** JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS

**CRM do médico:** 1822

**UF do CRM do médico:** RO

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

**CRM do médico:** 77146

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180590761 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ASSEM IDE FILHO **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de cabeça de radio e processo coronoide do cotovelo direito.

**Descrição do exame médico pericial:** conservador com imobilização gessada e fisioterapia. Alta: Dezembro de 2018

**Resultados terapêuticos:** conservador com imobilização gessada e fisioterapia. Alta: Dezembro de 2018

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do cotovelo com comprometimento da flexo extensao conforme descrito no exame fisico, e redução da força muscular do membro.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** PAGO DANO FUNCIONAL DE COTOVELO DIREITO 50% EM CONFORMIDADE COM ANALISE TÉCNICA, DOCUMENTAL E DA AVALIAÇÃO CLINICA DESCRITA.

**Médico examinador:** JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS

**CRM do médico:** 1822

**UF do CRM do médico:** RO

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

**CRM do médico:** 77146

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411  
CNS:DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00  
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

USUARIO: CELMA BEZERRA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO  
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968  
ENDereco.....: RUA 6 DE AGOSTO  
COMPLEMENTO....: BAIRRO: 6 DE AGOSTO  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -  
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA CONCEICAO IDE  
RESPONSAVEL....: O PROPRIO  
PROCEDENCIA....: XAVIER MAIA  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....:  
SEXO...: MASCULINO  
NUMERO:  
TEL...: 999261292

PA: [ ] X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Do joelho + entorse  
após acidente de trânsito

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

3 - OUT 2018

PROTOCOLO  
AS - RIO BRANCO

DIAGNOSTICO:

Contusão HS

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Analgico + Curativo local

(2) Rx joelho (1) + entorse (1)

(3) Dipirona 1g - 10ml

(4) Dexametasona 75mg (100)

Receita

M. O. S. S.

COREMAC 21953

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Renan Mello  
Medico  
CRM-AC 7390



ALERGIAS MED.

UPA FRANCO SILVA  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO( ) CLÍNICO  
( ) ODONTO  
( ) PED

CLASSIFICAÇÃO

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

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às \_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411  
CNS:DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00 USUARIO: CELMA BEZERRA  
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO DOC...:  
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: RUA 6 DE AGOSTO NUMERO:  
COMPLEMENTO...: BAIRRO: 6 DE AGOSTO  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:  
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA CONCEICAO IDE  
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 999261292  
PROCEDENCIA...: XAVIER MAIA  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ X ] mmHg [ ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Do no joelho + entorse  
após acidente de trânsito.



DIAGNOSTICO:

Contusão MS.

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Analgésico + Curativo local.

(2) Rx joelho (1) + entorse (1).

(3) Dipirona 1g - 100ml

(4) Dexametasona 75mg (1x)

Receita  
Assinatura do Médico  
CORREÇÃO DE DADOS

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

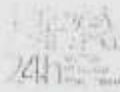
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Renan Melo  
Médico  
CRM-AC-2206



ALERGIAS MED.:

UPA FRANCO SILVA  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO( ) CLÍNICO  
( ) ODONTO  
( ) PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PA: X mmHg		Temp.: °C	Sat. O2: %
PARÂMETROS		Pulso: bpm	
ESCALA DE DOR		Glicemia: mg/dl	
 ( ) 10 ( ) 9-8 ( ) 7 ( ) 6-5 ( ) 4-3 ( ) 2-1		Glasgow: Alterado ( ) Não alterado ( )	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura: HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO			

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às \_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intocorrências:

Assinatura/COREN:

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às \_\_\_\_:





04/108020229/5531

AUS. EXTERNA OK

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2587618 DATA: 04/10/2018 HORA: 10:45 USUARIO: OTERVAL  
CNS: 708108127875340 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO DOC.: CNH  
IDADE.....: 49 ANOS NASC: 08/12/1968 SEXO.: MASCULINO  
ENDERECO.....: RUA 06 DE AGOSTO NUMERO: 773  
COMPLEMENTO....: BAIRRO: 06 DE AGOSTO  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000  
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA DA CONCEICAO IDE  
RESPONSAVEL...: O PROPRIO COMPREV: TELENCA/S8929-7051  
PROCEDENCIA...: 06 DE AGOSTO 3- OUT 2018  
ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO TRAUMA: SIM  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /  
PREFABRICAÇÃO DO COLOQUELO 130 x 260  
FOLHA ABANDONADA NA UPA - 120x80 cm de  
DOR NO COLOQUELO. ADM: MANJITO

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

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

RA FX Colm DO PADOZO.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) TAL D  
2) NO ANG DO COLOQUELO  
+ MAR

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUERS  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



NOME DO PACIENTE			IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Queda de mob há 20 dias, com Trauma em cotovelo D.		COMORBIDADES:	NÃO
FLUXOGRAMA	Problemas em extensor			
DISCRIMINADOR	piora recente		Peso:	
PARÂMETROS	PA: 145 X 80 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 99 %	Pulso: 92 bpm
	ESCALA DE DOR			Glicemia: mg/dL
				Glasgow: Alterado ( ) Não alterado ( )
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	Gabriela Silva Enfermeira COREN-SP 433.819	HORÁRIO DA CR: 11:48 Tempo máximo: 3 minutos	( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura:	HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO				

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As \_\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As \_\_\_\_\_

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL





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

Unidade: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES



De: RS

Para: HC / mns no outro

Nome do paciente: Unami de FILHO

Hipótese diagnóstica: FX DE CABEÇA NO  
RADIO

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

DA: 08/09/18

Comprometido após 26 dias.


NO HUSAR.

Jão Amil em 15 dia

DR. Italo Maia Vieira  
CRM-ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRM-AC 1500

DATA: 09/10/18

ASSINATURA

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL			COMORBIDADES:
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR	Peso:		
PARÂMETROS	PA: X mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: %
	ESCALA DE DOR	Pulso: bpm	
	 ( 10 ) ( 8-9 ) ( 7 ) ( 5-6 ) ( 3-4 ) ( 10 )	Glicemia: mg/dL Glasgow: Alterado ( ) Não alterado ( )	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura:
RECLASSIFICAÇÃO			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às \_\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às \_\_\_\_\_

COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA  
3ª DIA 2019  
PROTOCOLO





Nome: ASSEM IDE FILHO  
Idade: 49 A  
Exame: TC COTOVELO DIREITO  
Atendimento: 87270

Data: 04/10/2018

#### TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

#### RELATÓRIO:

Fratura cominutiva da cabeça do rádio com componentes longitudinais oblíquos nas porções central e dorsal que se estendem para a superfície articular, notando-se pequeno infradesnívelamento da sua superfície articular da porção central, estimada em 0,2 cm.

Fratura transversal completa do processo coronoide da ulna, delimitando fragmento ósseo de 1,5 cm com mínimo desalinhamento cranial.

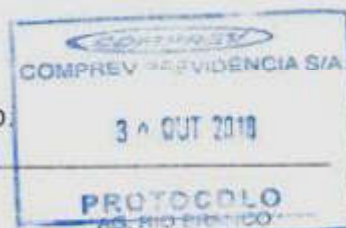
Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal, de 0,3 cm (corpo estranho?).

Sinais de moderado derrame articular no cotovelo.

Borrimento da tela subcutânea posterior do cotovelo.

Demais estruturas ósseas e espaços articulares preservados.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.




#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva e intra-articular da cabeça do rádio.

Fratura no processo coronoide da ulna.

Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal (corpo estranho?).

Sinais de moderado derrame articular no cotovelo.

  
DR. MARCOS PARENTE  
MÉDICO RADIOLOGISTA

CRM-AC 1432 RQE-AC 572  
MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



Governo de Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde  
Hospital das Clínicas do Acre  
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia



### LAUDO MÉDICO

NOME: Assunção Filho

O paciente supracitado apresenta Fratura cabeça  
lado direito + fratura crânio a partir de 08/09/12  
ou há \_\_\_\_\_, tendo sido tratado com Tratamento  
conservador.

No momento, encontra-se acompanhamento ambula-  
tório, orientado a fazer fisioterapia  
ex. controle com exames de controle de segu-

CID: S52.1

Médico

Rio Branco AC

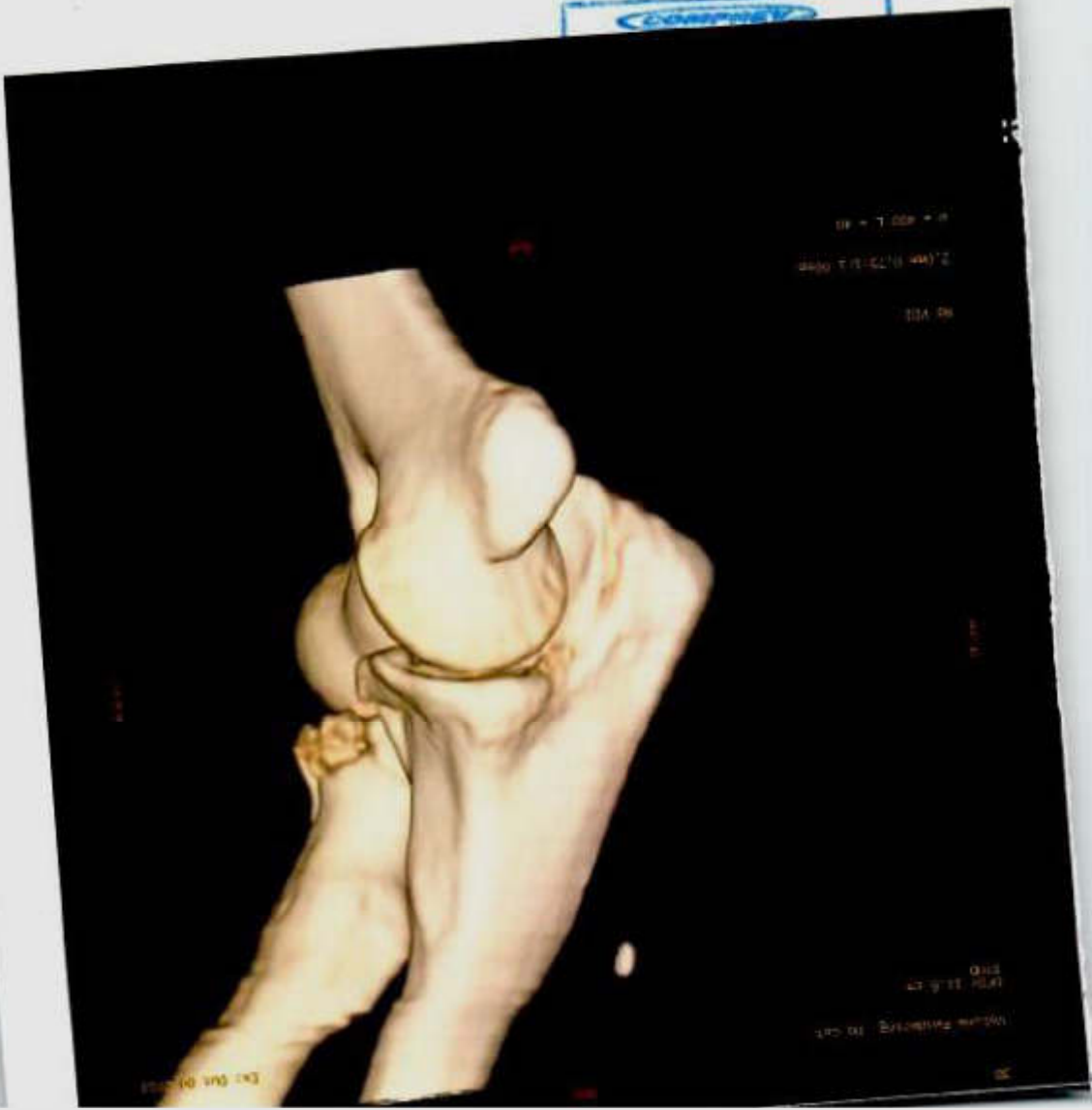
30/10/12



Patient ID:  
Age:

Patient Name  
Sex:





WORTH 116 FILM  
EX-OUT 04 2012

Surface Rendering - 00 001  
EX-OUT 04 2012

WORTH 116

EX-OUT 04 2012

Surface Rendering - 00 001  
EX-OUT 04 2012

WORTH 116

EX-OUT 04 2012

WORTH 116 FILM  
EX-OUT 04 2012



2.7mm 0.78-1.1 step  
R = 400 L = 40

NO VOL

Volume Rendering: No cut  
STEP 11.5 cm

NOVOL 100 F1170  
EX: OUT OF DATA



2.7mm 0.78-1.1 step  
R = 400 L = 40

NO VOL

Volume Rendering: No cut  
STEP 11.5 cm

NOVOL 100 F1170  
EX: OUT OF DATA

CO



MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411  
CNS:DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00  
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

USUARIO: CELMA BEZERRA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO  
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968  
ENDEREÇO.....: RUA 6 DE AGOSTO  
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: 6 DE AGOSTO  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -  
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA CONCEICAO IDE  
RESPONSÁVEL....: O PROPRIO TEL....: 999261292  
PROCEDENCIA...: XAVIER MAIA  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ X ] mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Do joelho + entorse  
após acidente de trânsito

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

3 - OUT 2018

PROTOCOLO  
AS - RIO BRANCO

DIAGNOSTICO:

Contusão HS

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Analgico + Curativo local

(2) Rx joelho (1) + entorse (1)

(3) Dipirona 1g - 10ml

(4) Dexametasona 75mg (100)

Racine

M. D. B. B.

CERTEC 21/09/18

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

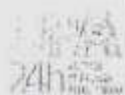
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO


Dr. Renan Mello  
Médico  
CRM-AC 7290



ALERGIAS MED.

UPA FRANCO SILVA  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO( ) CLÍNICO  
( ) ODONTO  
( ) PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR	 insuportável intenso incômodo moderado leve nenhuma ( ) 10 ( ) 9-8 ( ) 7 ( ) 6-5 ( ) 4-3 ( ) 2-1 ( ) 0						Glicemia:	mg/dl
								Glasgow:	Alterado ( ) Não alterado ( )
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO									

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às \_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intocorrências:

Assinatura/COREN:

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 563411  
CNS:DATA: 08/09/2018 HORA: 17:00 USUARIO: CELMA BEZERRA  
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO DOC...:  
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 08/02/1968 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: RUA 6 DE AGOSTO NUMERO:  
COMPLEMENTO...: BAIRRO: 6 DE AGOSTO  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:  
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA CONCEICAO IDE  
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 999261292  
PROCEDENCIA...: XAVIER MAIA  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Do no joelho + entorsecão  
após acidente de trânsito.



DIAGNOSTICO:

Contusão MS.

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Analgésico + Curativo local.

(2) Rx joelho (D) + entorse (D).

(3) Dipirona 1g - 100ml

(4) Dexametasona 75mg (Fus)

Receita  
Assinatura do Médico  
CORREÇÃO DE ERROS

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):


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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Renan Mello  
Médico  
CRM-AC-2206



NOME DO PACIENTE					IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL					COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA							
DISCRIMINADOR					Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%
	ESCALA DE DOR					Glicemia:	mg/dl
		<p>( ) 10 ( ) 8-9 ( ) 7 ( ) 5-6 ( ) 3-4 ( ) 0</p>				Glasgow:	Alterado ( ) Não alterado ( )
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR:			( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO		HORÁRIO:	
			Tempo máximo: 3 minutos		Assinatura:		
RECLASSIFICAÇÃO							

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com \_\_\_\_\_ ml de água potável;  
☐ Medicação Intramuscular – IM, local: \_\_\_\_\_;  
☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em ( ) MSE ( ) MSD, local: \_\_\_\_\_  
 com ( ) Jelco nº: \_\_\_\_\_ ( ) Scalp nº: \_\_\_\_\_  
☐ Medicação sublingual;  
☐ Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_;  
☐ Outros: \_\_\_\_\_
- Assinatura/COR: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrências

Assinatura/COREN:

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As \_\_\_\_\_



04/108020229/5531

AUS. EXTERNA

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2587618 DATA: 04/10/2018 HORA: 10:45 USUARIO: OTERVAL  
 CNS: 708108127875340 SETOR: 06-SALA DE GESSO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ASSEM IDE FILHO DOC.: CNH  
 IDADE: 49 ANOS NASC: 08/12/1968 SEXO.: MASCULINO  
 ENDERECO: RUA 06 DE AGOSTO NUMERO: 773  
 COMPLEMENTO: BAIRRO: 06 DE AGOSTO  
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-000  
 NOME PAI/MAE: FRANCISCO ASSEM IDE /MARIA DA CONCEICAO IDE  
 RESPONSAVEL: O PROPRIO COMPREV: TELENCA/S8929-7051  
 PROCEDENCIA: 06 DE AGOSTO  
 ATENDIMENTO: CONSULTA/PRESCRICAO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

## DADOS CLINICOS:

## DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Defeito trauma no cotovelo 130 e 260  
 foi atendido na UPA. Doença crônica de  
 dor no cotovelo. ADM: MANJADO

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

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

RA FX cotov. DO PAZCO.

## DIAGNOSTICO:

## CID:

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

1) TALD  
 2) no ang do cotovelo  
 + MAR

DATA DA SAIDA: / /

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

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUERS  
 CÓPIA  
 CONFORME ORIGINAL



NOME DO PACIENTE			IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Queda de mob há 20 dias, com Trauma em cotovelo D.		COMORBIDADES:	NÃO
FLUXOGRAMA	Problemas em extensor			
DISCRIMINADOR	pica recente		Peso:	
PARÂMETROS	PA: 145 X 80 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 99 %	Pulso: 92 bpm
	ESCALA DE DOR	Glicemia: mg/dL		
	Glasgow: Alterado ( ) Não alterado ( )			
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	Catyela Silva Enfermeira COREN-SP 433.819	HORÁRIO DA CR: 11:48 Tempo máximo: 3 minutos	( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura:	HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO				

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As \_\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As \_\_\_\_\_

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



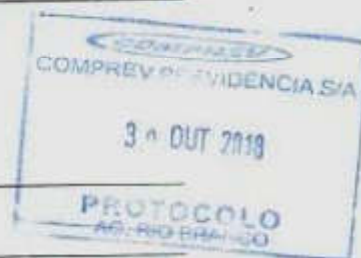


Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Reteludo  
04-10-18

Unidade: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**



De: RS

Para: HC / mais no outro

Nome do paciente: Unemi de FILHO

Hipótese diagnóstica: FX DE CABEÇA NO  
RADIO

**ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:**

DA: 08/09/18

Comprometido após 26 dias.

NO HUSAR.

João Paulo em 15 dia

DR. Italo Maia Vieira  
CRM: 0000000000  
CRM: 0000000000

DATA: 04/10/18

ASSINATURA



ALERGIAS MED:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
PROTOCOLO DE MANCHESTER

( ) CLÍNICO  
( ) ODONTO  
( ) PEO

CLASSIFICAÇÃO

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As \_\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Nome: ASSEM IDE FILHO  
Idade: 49 A  
Exame: TC COTOVELO DIREITO  
Atendimento: 87270

Data: 04/10/2018

#### TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

#### RELATÓRIO:

Fratura cominutiva da cabeça do rádio com componentes longitudinais oblíquos nas porções central e dorsal que se estendem para a superfície articular, notando-se pequeno infradesnívelamento da sua superfície articular da porção central, estimada em 0,2 cm.

Fratura transversal completa do processo coronoide da ulna, delimitando fragmento ósseo de 1,5 cm com mínimo desalinhamento cranial.

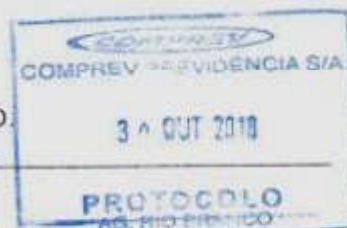
Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal, de 0,3 cm (corpo estranho?).

Sinais de moderado derrame articular no cotovelo.

Borrachamento da tela subcutânea posterior do cotovelo.

Demais estruturas ósseas e espaços articulares preservados.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.



#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva e intra-articular da cabeça do rádio.

Fratura no processo coronoide da ulna.

Pequeno fragmento com densidade metálica na tela subcutânea na região posteromedial do antebraço proximal (corpo estranho?).

Sinais de moderado derrame articular no cotovelo.

DR. MARCOS PARENTE

MÉDICO RADIOLOGISTA

CRM-AC 1402 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



Governo de Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde  
Hospital das Clínicas do Acre  
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia



### LAUDO MÉDICO

NOME: Assunção Filho

O paciente supracitado apresenta Fratura cabeça  
lado direito + fratura crânio a partir de 08/09/12  
ou há \_\_\_\_\_, tendo sido tratado com Tratamento  
conservador.

No momento, encontra-se acompanhamento ambula-  
tório, orientado a fazer fisioterapia  
ex. controle com exames de controle de segu-

CID: S52.1

Médico

Rio Branco AC

30/10/12

Left knee flexion 45° - 100°

100° 11.5° 10°

ASIS 115° 71° 0°

100° 100° 0° 100°



100° 100°

100° 100° 100° 100°

100° 100° 100° 100°

Patient ID:  
Age:

Patient Name:  
Sex:



08 - 7 008 - 0  
2 (44-0731) 000  
00A 08



ONE  
43 11 12  
VOLUME FURNISHING TO COT

Ex (44-0731)

WGSN 11C FILM  
Exp. Out. 04 2013

Outside Rendering No Out  
Exp. Out. 04 2013

WGSN 11C

Exp. Out. 04 2013  
WGSN 11C

Outside Rendering No Out  
Exp. Out. 04 2013

WGSN 11C FILM  
Exp. Out. 04 2013

WGSN 11C

Exp. Out. 04 2013



**RECEITUÁRIO**

COMPREV - DÊNCIA S/A

14 DEZ 2018

PROTÓCOLO

PACIENTE:

LAURO

Atento que o Sr. ASSEM IÓE FILHO sofreu  
Acidente de trânsito no dia 08/09/2018  
apresentando fratura de cabeça do  
radio e fratura de processo coronoide  
de cotovelo direito. foi submetido  
a tratamento conservador.

Evolui com grande limitação  
função cotovelo (flexão 90°/extensão  
30°) e redução da força muscular  
do membro.

portanto é portador de sequelas  
definitivas no membro sup. D  
e de alta médica.

DATA 06/12/18

ASSINATURA DO MÉDICO

 **Dr. L. S. Siqueira**  
Médico Ortopedista

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 02.703.178/0001/05  
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE  
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE**  
**CADASTRO NACIONAL DE IDENTIDADE**

**ASSEM IDE FILHO**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
**166549 SSP AC**

**CPF**  
**196.697.712-34**

**DATA NASCIMENTO**  
**08/12/1968**

**FILIAÇÃO**  
**FRANCISCO ASSEM IDE**  
**MARIA DA CONCEICAO IDE**

**PERMISSÃO**  
**AC**

**CAT. HAB**  
**AD**

**Nº REGISTRO**  
**02513660597**

**VALIDADE**  
**01/11/2022**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**21/02/1989**

**OBSERVAÇÕES**

*Assm Ide Filho*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
**RIO BRANCO, AC**

**DATA EMISSÃO**  
**01/11/2017**

*Paulo Lopes*  
PROF. PAULO LOPES  
COORDENADOR GERAL  
ACADEMIA DE EMISSÃO

**55205952890**  
**AC407820930**

**ACRE**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1483672356

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1483672356

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDENCIA S/A**  
**3 n OUT 2018**  
**PROTOCOLO**  
**ACRE**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - AC Nº 013855099838  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01108064083 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME  
ASSEM TIE FILHO  
Nro Lacre: AC0000490202

CPF / CNPJ 196.697.712-34 PLACA QLW5981

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2MC44006R023371

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CB 250F TWISTER ANO FAB 2014 ANO MEC 2016

CAP / POT / CIL 2P/0249CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
\*PAGO\* \*\*\*\*\*  
1ª \*\*\*\*\*  
2ª \*\*\*\*\*  
3ª \*\*\*\*\*  
FAIXA PVA PARCELAMENTO / COTAS  
\*\* PAGO COTA ÚNICA \*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$0.7 R\$185.5 16/01/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO - A DEN. TRIBUTÁRIO

LOCAL DE EMISSÃO RIO BRANCO-AC DATA 17/01/2018

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 013855099838 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 17/01/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 196.697.712-34 PLACA QLW5981

RENAVAM 01108064083 MARCA / MODELO HONDA/CB 250F TWISTER

ANO FAB 2016 CAT. ISE 9 Nº CHASSI 9C2MC44006R023371

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 16/01/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.243.608/0001-04



3º TABELIONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO  
RIO BRANCO - AC

**AUTENTICAÇÃO**

Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé. Rio Branco-AC, Rio Branco-AC 24 de outubro de 2018 - Total R\$ 3,30 Código: 834F-F57A-9C0E-E2A2, Seq. 43589101-73 Consulte a autenticação em www.celidac.com.br.

Em test. da verdade.  
Caroline Bezerra de Sousa  
Escrevente Autorizada





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

196.697.712-34

Nome completo da vítima

Arsem Ide Filho

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Arsem Ide Filho		CPF titular da conta	196.697.712-34	Profissão	autônomo	
Endereço	Rua 06 de agosto		Número	731	Complemento	lavr	
Bairro	Seis de Agosto	Cidade	Rio Branco	Estado	Akre	CEP	69.905-684
Email					Telefone (DDD)	(68)99996-1292	

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.

2358

DIV

2

CONTA

NRO.

51393

DIV

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DIV

CONTA

NRO.

DIV

(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.

Rio Branco - Akre 24 de outubro de 2018

Local e Data

Arsem Ide Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 032109/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2018 08:41 Data/Hora Fim: 24/10/2018 09:15  
Origem: Polícia Judiciária Data: 24/10/2018  
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional  
Data/Hora do Fato: 08/09/2018 16:10

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)  
Logradouro: Estrada Jarbas Passarinho  
Complemento: Em frente a escola Gloria Perez

Bairro: Placas

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ASSEM IDE FILHO (VITIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 08/12/1968  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Divorciado(a)  
Nome da Mãe: Maria da Conceição Ide Nome do Pai: Francisco Assem Ide

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 106549  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 196.697.712-34

Endereço

Município: Rio Branco - AC  
Logradouro: rua Sanhassu  
Complemento: conj. Ouricuri  
Bairro: Apolônio Sales  
Telefone: (68) 99926-1292 (Celular)

Nº 022

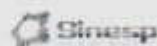


OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Outros	Subgrupo	Outros - tipos de objetos
Descrição	LESÃO	Situação	Envolvido
Nome Envolvido	Assem Ide Filho	Envolvimentos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta delegacia para comunicar que na data do fato transitava em sua motocicleta honda CB 250F Twister placa QLW 5980, branca, Chassi 9C2MC4400GR023371, renavam 01108064083, quando de repente uma mulher saiu rapidamente de um comercio, em uma bicicleta, com várias sacolas, que ao tentar desviar a mesma a vítima veio a cair. Que o mesmo sofreu várias escoriações pelo corpo. Que o ele foi levado a Upi da Sobral pelo Samu. Que foi atendido e liberado. Que dias depois a vítima a vítima começou a sentir fortes dores no braço direito. Ao procurar o Pronto Socorro



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara  
Impresso por: Francisco Alberto da Costa Mendes  
Data de Impressão: 24/10/2018 09:16  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 032109/2018

após realização de tomografia, constatou-se que houve algumas fraturas na região do mesmo braço.

**ASSINATURAS**

Francisco Alberto da Costa Mendes  
Responsável pelo Atendimento

Assen Ide Filho  
(Conjunctante/Vítima)

Declaro que a seguinte informação foi dada por mim ou por alguém que eu conheço e que a mesma é verdadeira e que a mesma não contém nenhuma informação falsa ou enganosa. Esta declaração é feita sob a pena de falsidade criminal, nos termos do artigo 304 do Código Penal Brasileiro.

No imp  
Daniel Thomaz  
DPC - POR 590/18





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 032109/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2018 07:02 Data/Hora Fim: 13/11/2018 07:02  
Origem: Polícia Judiciária Data: 24/10/2018  
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarénga Santa Bárbara

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 08/09/2018 16:10

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)  
Logradouro: Estrada Jarbas Passarinho  
Complemento: Em frente a escola Glória Perez

Tipo do Local: Via Pública



Barro: Placas

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ASSEM IDE FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 08/12/1968  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Divorciado(a)  
Nome da Mãe: Maria da Conceição Ide Nome do Pai: Francisco Assem Ide

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 166549  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 196.697.712-34

Endereço

Município: Rio Branco - AC  
Logradouro: rua Sanhassu  
Complemento: conj. Ouricuri  
Barro: Apolônio Sales  
Telefone: (68) 99926-1292 (Celular)

Nº: 022

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Outros

Descrição: LESÃO

Subgrupo: Outros - tipos de objetos

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

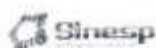
Assem Ide Filho

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta delegacia para comunicar que na data do fato transitava em sua motocicleta honda CB 250F Twister placa QLW 5981, branca, Chassi 9C2MC4400GR023371, renavam 01108064083, quando de repente uma mulher saiu rapidamente de um comércio, em uma bicicleta, com várias sacolas, que ao tentar desviar a mesma a vítima veio a cair. Que o mesmo sofreu várias escoriações pelo corpo. Que o ele foi levado a Upa da Sobral pelo Samu. Que foi atendido e liberado. Que dias depois a vítima começou a sentir fortes dores no braço direito. Ao procurar o Pronto Socorro.



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarénga Santa Bárbara  
Impresso por: Francisco Albino da Costa Mendes  
Data de impressão: 13/11/2018 07:03  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



após realização de tomografia, constatou-se que houve algumas fraturas na região do mesmo braço.

## ASSINATURAS

Francisco Alberto da Costa Mendes  
Responsável pelo Atendimento

Assessor de Ffiro  
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) Unipol responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que sou o(a) responsável civil e criminalmente pelo presente documento que se originou conforme previsto nos Artigos 334-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Vanderlei Scherer Thomas  
Delegado de Polícia Civil





BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

UTR 08

CHAMADO	Nº	DATA						HORA				
	00000000	08/09/18						16h30min				
MOTIVO	MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr(a)											
	DR CASTRO											
PACIENTE	NOME COMPLETO											
	Assem IDE Filho											
EXAME PRIMÁRIO	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)											
	Placas Estrada: MS Placas (Via Pública)											
SINAIS VITAIS	VIA AÉREA											
	RESPIRAÇÃO											
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	CIRCULAÇÃO											
	NEUROLÓGICO											
TRANSPORTE	EXPOSIÇÃO											
	AVIAÇÃO											
INCIDENTE	AVALIAÇÃO											
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS											
OBSERVAÇÕES												
Última de queda de motocicleta, encontrado no solo, lucido, orientado, comunicativo, apresentando múltiplas fraturas em membros superiores e inferiores, em seguimento de cotovelo e pulso, S/P sinais de fratura ou deformidade, conduzido a UPA Fº Silva, conforme regulação médica												
PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE												
MÉDICO (A) INTERVENZIONISTA Dr (a)												
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM												

<b>SAMU</b> <b>192</b>		<b>FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192</b>		Data Emissão: 10/09/2018 Hora Emissão: 10:24 Operador:
Nº da Ocorrência: <b>1809080083</b>	Qtz. vítimas: <b>1</b>	Data Inicio: 08/09/2018 15:57 Data Término: 08/09/2018 16:40	Classificação de Risco: VERDE BAIXO RISCO Tipo Cham: GRUPOS E TERCEIROS Motivo Cham: QUEDA DE MOTO	

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Nome Solicitante: JOSÉ
End: ERT CRUZAMENTO JARJAS PASSARINHO X AVENIDA ITABÉ
Bairro: PLACAS
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PRÓXIMO A ESCOLA GLÓRIA PEREZ

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO  
 Telefone do Solicitante: (68) 999502910  
 Queda DE MOTO

Origem da Ligação: DOMICILIO


**VÍTIMAS**

Vítima <b>1</b>	Nome: ASEM ICE FILHO	Idade: 41 (ANOs)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CRI	Documento:
	Evolução:		

**AValiação NÃO ESTRUTURADA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Data/Hora: 08/09/2018 15:15 Avaliação: PCT LOTE G-15 COM ESCORIAÇÕES EM MMIS E MMIS SEM DEFORMIDADES PA: 130/85 SPOC: 90% FG: 101 BPM
	Profissional: AGRANIA CAMIM BERNARDINO ALBUQUERQUE Data/Hora: 08/09/2018 15:54 Avaliação: SOLICITANTE REFERE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, O MESMO EM BOLO, ACORDADO COM DOR NO BRANÇO

**AValiação ESTRUTURADA**
**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 08/09/2018 16:10	Situação: F
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO Decisão: UP4 CA SCHIRAL FRANKO SILVA	Data/Hora: 08/09/2018 16:18	Situação: F
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 16:18	Situação: F
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 16:18	Situação: F

10/09/2018 10:40



Interferência

Observação

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 16:15	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 16:16	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 08/09/2018 16:16	Situação: F
	Interferência:		
	Observação:		

## CONCLUSÃO

## MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: US3 06 #B30	Data/Hora Envio: Equipe: 08/09/2018 15:58
	Dr.Hr: Saída Base: 08/09/2018 16:08	Dr.Hr: Chegada Local: 08/09/2018 16:16
	Dr.Hr: Saída Local: 08/09/2018 16:16	Dr.Hr: Chegada Destino: 08/09/2018 16:20
	Dr.Hr: Saída Destino: 08/09/2018 16:37	Dr.Hr: Chegada Base: 08/09/2018 17:20

## MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:52		TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:53	TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	EM FILA
TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	08/09/2018 15:54	TAMARA NAYARA PESSOA DA SILVA	EM FILA
ADRIANA CATARIM BERNARDO ALBUQUERQUE	08/09/2018 15:54	ADRIANA CATARIM BERNARDO ALBUQUERQUE	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	08/09/2018 16:16	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA

