



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
ACRE  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Rio Branco  
Processo: 07057925220218010001  
Classe do Processo: Pedido de Juntada de Documentos  
Data/Hora: 11/03/2022 14:01:47

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

**Arquivos**

Petição: 2856350\_JUNTADA\_DE\_DO\_CS\_01 - 1.pdf  
Anexo - Petição: 2856350\_JUNTADA\_DE\_DO\_CS\_Anexo\_02 - 1-34.pdf



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC**

Processo n.<sup>o</sup> 07057925220218010001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 11 de março de 2022.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/AC 3988**

**DIEGO PAULI  
4550 - OAB/AC**

**BANCO DO BRASIL S.A.**

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:** 02/12/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:** 320041983601

**VALOR TOTAL:** 1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 02278

**CONTA:** 000000050210

---

---

**Número da Autenticação**

863D2D49C1E0CE13

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200419836 Cidade: Rio Branco Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS Data do acidente: 10/10/2020 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

---

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200419836

Vítima: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

Data do Acidente: 10/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000050210-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 1004.529.642-67 4 - Nome completo da vítima: *Damario de Oliveira Rebouças*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Damario de Oliveira Rebouças* 6 - CPF: 004.528.642-67  
7 - Profissão: monitor 8 - Endereço: Rua Lampião Novo  
9 - Número: 676 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Centro Senador 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69711-856  
15 - E-mail:

16 - Tel.(DDI): (68) 39987-2502

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *2278* CONTA: *50210* (3)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas automotivas, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando niente, 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Rio Branco, 16 de outubro de 2010.*

*Domínio de Oliveira Rebouças*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSCRIÇÃO  
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO





**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1<sup>a</sup> REGIONAL - RIO BRANCO**

03/10/2020  
Ass. Júnior  
fls -

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00027162/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 22/10/2020 10:19:27 Data/Hora Fim: 22/10/2020 10:53:38  
Origem: Órgão: Polícia Judiciária Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial Data: 22/10/2020  
Delegado de Polícia: Alex Danny Tavares Dos Santos

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Polícia da 1<sup>a</sup> Regional

Data/Hora do Fato: 10/10/2020 19:47

**Local do Fato**

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Sobral

Logradouro: cruzamento da Rua Rádio Farol com a estrada da Sobral

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1226: EVADIR-SE O CONDUTOR DO VEÍCULO DO LOCAL DO ACIDENTE, PARA FUGIR À RESPONSABILIDADE PENAL OU CIVIL QUE LHE POSSA SER ATRIBUÍDA (ART. 305 DA LEI 9.503/1997 )	Não Houve

**EN VOLVIDO(S)**

**Nome Civil: ANA KAROLINA NEVES PEREIRA (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 09/07/1990	Idade: 30
Profissão: Aulônomo			
Estado Civil: Casado(a)		Naturalidade: Rio Branco - AC	
Nome da Mãe: Francilene Neves Sampaio		Nome do Pai: Francisco Fabiano Maia Pereira	

**Documento(s)**

CPF: 003.210.882-63

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: R Campo Novo

Nº: 676

Bairro: Ayrton Senna

CEP: 69.911-856

Telefone: (68) 99963-5209 (Celular)

**Nome Civil: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUÇAS (VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 21/04/1989	Idade: 31
Profissão: Inspetor de Segurança			
Estado Civil: Casado(a)		Naturalidade: Rio Branco - AC	
Nome da Mãe: Sebastiana Martins de Oliveira		Nome do Pai: João Pereira Rebouças	

**Documento(s)**

CPF: 004.528.642-67

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Campo Novo

Nº: 676

Bairro: Ayrton Senna



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1<sup>º</sup> REGIONAL - RIO BRANCO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00027162/2020

Telefone: (68) 99243-0239 (Celular)

**Nome Civil: ANDRÉ (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

**Endereço**

Telefone: (68) 99949-2686 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário: 896.968.912-53	Placa: NAE7032
Renavam: 00458478695	Número do Motor: CCRA18133
Número do Chassi: 9BWDB05UXDT010536	Ano/Modelo Fabricação: 2013/2012
Cor: PRETA	UF Veículo: AC
Município Veículo: Rio Branco	Marca/Modelo: VW/VOYAGE 1.6
Veículo Adulterado?: Não	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 05/03/2020	Situação do Veículo: ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
André	Proprietário
Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário: 853.833.682-72	Placa: NXR6476
Renavam: 01061733049	Número do Motor: G390E-113067
Número do Chassi: 9C6KG0460F0113073	Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015
Cor: PRETA	UF Veículo: AC
Município Veículo: Rio Branco	Marca/Modelo: YAMAHA/FAZER YS250
Veículo Adulterado?: Não	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 14/07/2020	Situação do Veículo: RESTRIÇÃO_BENEFÍCIO_TRIBUTÁRIO_FILE_VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos
Damasio de Oliveira Rebouças	Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

A comunicante informa que a vítima (seu marido) sofreu um acidente de trânsito e o autor evadiu-se do local sem prestar assistência; que segundo a comunicante, a vítima e o autor estavam trafegando na estrada da sobral, em sentidos opostos, momento em que o autor, sem sinalizar, virou o seu carro no sentido da rua Rádio Farol, ocasionando a colisão; que o autor, após a colisão tentou dar marcha à ré e só não passou por cima da perna da vítima, porque populares gritaram; que após a colisão, populares acionaram o SAMU; que a vítima desmaiou e foi levado para a UPA da Sobral; que a vítima fraturou o punho direito, uma costela e o joelho esquerdo; que o número do BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO é 0023044; que a Perícia Técnica foi no local da ocorrência; que pede a espera providências.



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00027162/2020

**ASSINATURAS**

  
 Carlos Veloze Junior  
 Agente de Polícia  
 Matrícula 94092541

Responsável pelo Atendimento.

  
 Ana Karoline Neves Pereira

Comunicante

"Declaro (ero ou devidos) fato de direito que sou (ou) (ouço) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**DETTRAN**  
**ACRE**

**Novo Acre**  
Governo presente com eficiência

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0023044  
NÚMERO FOLHA

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

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

Rua Frederico Farrel, km Estrada da Sobra

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF  
AC

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

06 HORA DA  
OCORRÊNCIA  
19:47

07 ZONA  
RURAL / URBANA  
URBANA

08 DATA

11/10/11/10/20

09 DIA DA SEMANA  
SEGUNDA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

COLISÃO

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

CHOQUE COM OBJETO FIXO

OUTRA (ESPECIFICAR)

11 TIPO DE PAVIMENTO

- 1 ASFALTO
- 2 CONCRETO
- 3 PARALELIPÍPEDO
- 4 CASCALHO
- 5 TERRA
- 6 AREIA
- 7
- 8
- 9

12 CONDIÇÕES DA VIA

- 1 SECA
- 2 MOLHADO
- 3 OLEOSA
- 4 ENLAMEADA
- 5 DANIFICADA
- 6 OBRAS
- 7
- 8
- 9

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

- 1 BOM
- 2 CHUVA
- 3 NEBLINA
- 4 GORDA
- 5
- 6
- 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS  
COM VÍTIMAS

V1

19 ENDEREÇO

Rua Crisânia Neto, nº 676, Rio Branco - Acre

VEÍCULO / CONDUTOR

20 1ª HABILITAÇÃO

08/07/2010

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

04380275398 AC

23 UF

SIM  NÃO

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM  NÃO

25 USAVA CINTO

SIM  NÃO

26 USAVA CAPACETE

SIM  NÃO

27 MARCA

Yamaha Fazer Y6250 passageiro

28 ESPÉCIE

passageiro

29 PLACA

NXR6476

30 MUNICÍPIO

Rio Branco AC

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Djalison Marques da Silva

33 ENDEREÇO

Bairro do Alvorada, 98, Mac. Magalhães

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM

NÃO

34 CHASSIS

9C6K60460 FC14 3073

36 AVARIAS

motor frontal e lateral esquerda

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

centro da estrada

40 AÇÃO DO CONDUTOR

fundo pelo SAMU na UPA do Sobral

41 SEXO

M  F

44 NASCIMENTO

22/01/2020

V2

45 ENDEREÇO DO CONDUTOR

Kleiton Ferreira

VEÍCULO / CONDUTOR

46 1ª HABILITAÇÃO

71 ENDEREÇO

47 CATEGORIA

72 IDENTIDADE N°

48 PRONTUÁRIO

73 ÓRGÃO EMISSOR

49 UF

74 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM  NÃO

51 USAVA CINTO

SIM  NÃO

52 USAVA CAPACETE

SIM  NÃO

53 MARCA

VM Voyager

24 ESPÉCIE

passageiro

55 PLACA

NA67C32

56 MUNICÍPIO

Rio Branco AC

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Danilo Marinho de Costa

59 ENDEREÇO

Rua Taroba, 141, Novo Horizonte

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM

NÃO

60 CHASSIS

3BWELB05ULXDT010536

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

barric entre na Entrada da Sobra em direção para

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Evadir-se de local

68 NOME

Cristiano Magalhães da Silva 38421 8762

69 SEXO

M  F

70 NASCIMENTO

23.12.1990

71 ENDEREÇO

Rua Antônio Batr. 129, Augustópolis

72 IDENTIDADE N°

005.564.722-21

73 ÓRGÃO EMISSOR

AC

75 NOME

76 ENDEREÇO

77 NOME

79 IDENTIDADE N°

80 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

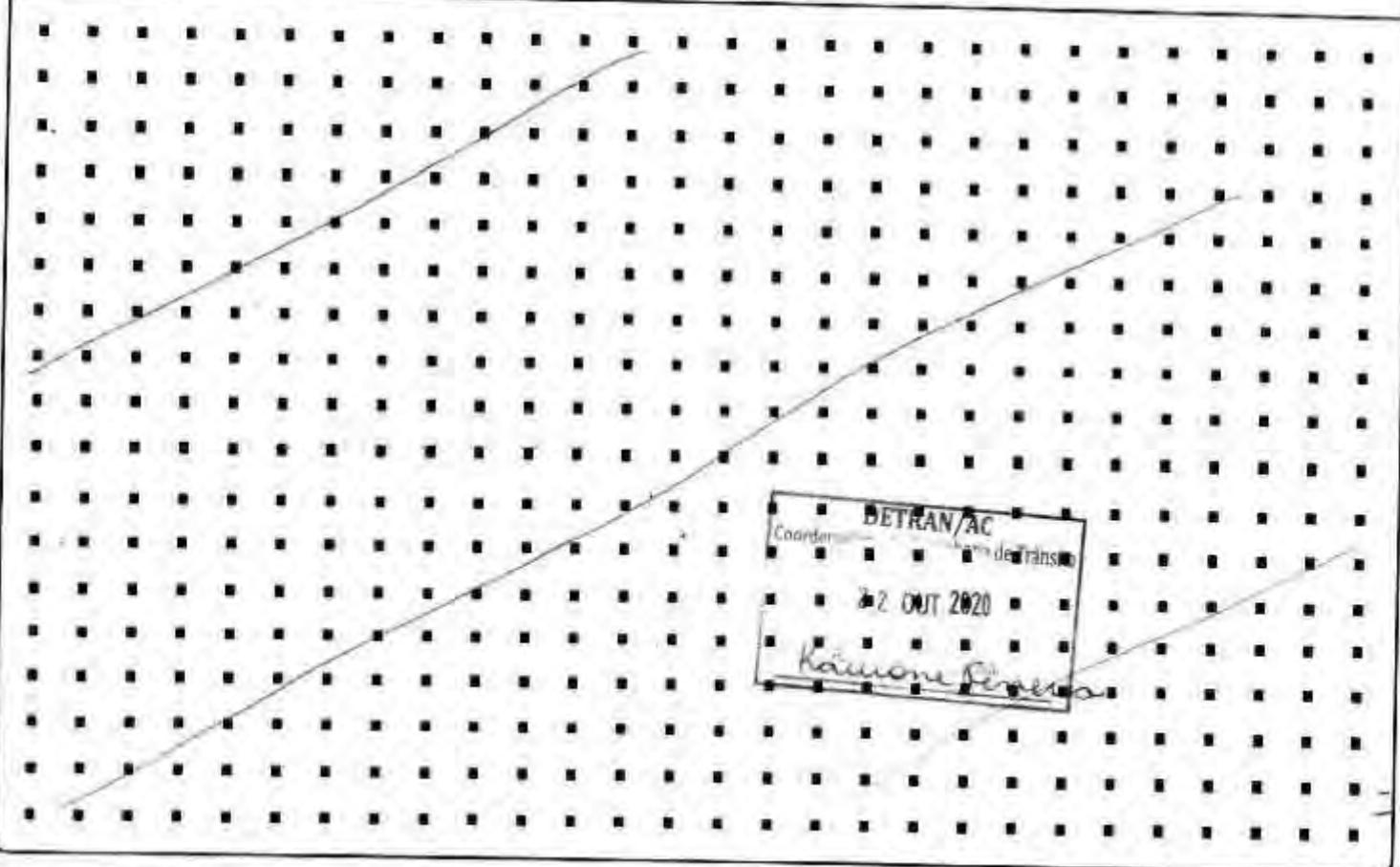
AC

TESTEMUNHAS

N

VITIMAS Nº	82 NOME <i>Dionísio de Oliveira Ribeiro</i>	83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO <i>12/10/1951</i>
	85 ENDEREÇO <i>Rua Oliveira Neves, 56, Avenida Guaporé</i>	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEICULO Nº <i>11</i>
88 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2	89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA <i>Hospital de Guaporé pelo SAMU</i>	91 NOME
92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
96 VIAJAVA NO VEICULO Nº	97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2	98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA

## 100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Em 1994, o governo fez o seu trabalho de negociação com os Estados que sempre manteve  
relações de amizade com o Brasil. Ele fez uma grande reforma, baseada em  
uma estratégia de reforma fiscal. Ele se baseou na reforma  
fiscal da Itália, que Vítor Faria também fez. Ele fez  
reformas fiscais e Vítor Faria fez um grande projeto - chamado Projeto  
do Bem-Estar Social. Grande parte do presidente Vítor  
Faria, que é um grande presidente, é presidente da Vila Olímpica. Sua grande responsabilidade é a Vila  
Olímpica, que é de grande valor. Na Vila Olímpica, Sua grande responsabilidade é a Vila  
Olímpica, que é de grande valor. A maior parte - Vila  
Olímpica é de grande valor. A maior parte - Vila

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V.L	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO P.M.
105 NOME Denise de Oliveira	106 NOME	107 NOME / RG Antônio B.VT 4342
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA Antônio B.VT 4342
111 LOCAL Rio Branco - AC		112 DATA 10/10/2013

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 1004.529.642-67 4 - Nome completo da vítima: *Damario de Oliveira Rebouças*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Damario de Oliveira Rebouças* 6 - CPF: 004.528.642-67  
7 - Profissão: monitor 8 - Endereço: Rua Lampião Novo  
9 - Número: 676 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro Senador 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69711-856

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDI): (68) 39987-2502

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2278 CONTA: 50210 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas automotivas, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varíasez): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 essa 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 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Rio Branco, 16 de outubro de 2010.*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DAMASIO

CHEGOU SUA FATURA DE OI.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)FATURA DE  
JUN/20CÓDIGO MINHA  
401962455624

VENCIMENTO

02/07/2020

Emissão em 13/06/2020  
Período de 13/05/2020 a 13/06/2020

PÁGINA (R\$)

112,85

Bem-vindo(a) ao seu novo cliente!

CTCE CUIABA MT PL6  
**DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS**  
 RUA CAMPO NOVO 676  
 AIRTON SENNA  
 69911-856 - RIO BRANCO - AC



7200039896 00000 000000000000 10 150520

AD-20613325

**PRECISA DE AJUDA?**  
**FALE COM A JOICE**  
**PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa de sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

Fale pra ela no WhatsApp da seguinte forma:

## SERVIÇOS UTILIZADOS

<b>OI TOTAL</b>	<b>109,85</b>
<b>OI FIXO</b>	
<b>OI INTERNET</b>	
<b>TOTAL DE MENSALIDADES</b>	<b>109,85</b>
Multa e Juros	3,00
<b>TOTAL DA SUA FATURA</b>	<b>112,85</b>

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

CPF: 004.528.642-67

NÚMERO DO CLIENTE: 2578343298

NÚMERO DA FATURA: 464512941

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401962455624

**CÓDIGO MINHA OI**  
**401962455624**

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

Oi.COM.BR

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192	Data Emissão: 13/11/2020 Hora emissão: 13:41 Operador:
Nº da Ocorrência 2018100085	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 10/10/2020 19:41 Dt/Hr Término: 10/10/2020 20:43	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Nome Sócio/ente: FRANCISCO  
End.: R. ESTRADA DA SOBRAL  
Bairro: SOBRAL  
Cidade: RIO BRANCO  
CEP:  
Ponto de Referência: NA ESQUINA DA RUA RÁDIO FAROL

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS  
Telefone do Sócio/ente: (65) 984035326  
Quente: CARRO X MOTO SOBRAL

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

**VITIMAS**

Vítima 1	Nome: Paciente 1 DAMASIO OLIVEIRA REBOUÇA Classificação: Endereço:	Idade: 31 ANO(s) CNE: Documento:
-------------	--	--

**AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA**

Vítima 1	Profissional: CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO Avaliação: VTR 07 NO LÓCAL INFORMA PACIENTE AO SOLO, LOTE, EUPNEICO, NESSAU/VOMITO; CEFALÉIA OU PERDA DE CONSCIÊNCIA X SEM SANGRAMENTO EXSANGUINANTE A FALANDO, NEGA CERVICALIS E RESPIRANDO C/ NEGA DOR ABDOMINAL D GCS 15/15 E EPISTAXE, MAS SEM SINAIS DE FRATURA SSVV PA 110MM Hg FC 84 BPM SAT 98% AA GCS 15/15	Data/Hora: 10/10/2020 19:58
Vítima 1	Profissional: BRUNA PEREIRA Avaliação: SOLICITANTE INFORMA ACIDENTE MOTO X CARRO, 1 VÍTIMA EM SOLO COM SANGRAMENTO ATIVO EM MÍDIA	Data/Hora: 10/10/2020 19:44

**AVALIAÇÃO ESTRUTURADA****DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: BRUNA PEREIRA Decisão: Profissional: BRUNA PEREIRA Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA Profissional: BRUNA PEREIRA Intervenções: Observações:	Data/Hora: 10/10/2020 20:42 Situação: F Data/Hora: 10/10/2020 20:42 Situação: F Data/Hora: 10/10/2020 20:42 Situação: F  Profissional: CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO Decisão: ENVIO DE VEÍCULO Profissional: CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA Profissional: CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO Intervenções: Observações:	Data/Hora: 10/10/2020 19:56 Situação: F Data/Hora: 10/10/2020 19:56 Situação: F Data/Hora: 10/10/2020 19:56 Situação: F  Data/Hora: 10/10/2020 19:56 Situação: F Data/Hora: 10/10/2020 19:56 Situação: F Data/Hora: 10/10/2020 19:56 Situação: F
Vítima 1			

**CONCLUSÃO****MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO**

SEQ 1	Veículo: USB 17 P CASTRO Dt/Hr. Saída Base: 10/10/2020 19:47 Dt/Hr. Saída Local: 10/10/2020 19:52	Data/Hora Envio Equipe: 10/10/2020 19:43 Dt/Hr. Chegada Local: 10/10/2020 19:48 Dt/Hr. Chegada Destino: 10/10/2020 19:58
----------	---	--

Dt/Hr. Saída Destino: 10/10/2020 20:02

Dt/Hr. Chegada Dest.

**MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA**

Emissado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SAMYLA CRISTINA VALE DA SILVA	10/10/2020 19:41	SAMYLA CRISTINA VALE DA SILVA	SAMYLA CRISTINA VALE DA SILVA
SAMYLA CRISTINA VALE DA SILVA	10/10/2020 19:42	SAMYLA CRISTINA VALE DA SILVA	EM FILA
BRUNA PEREIRA	10/10/2020 19:44	BRUNA PEREIRA	EM FILA
CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO	10/10/2020 19:44	CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO	EM FILA
BRUNA PEREIRA	10/10/2020 19:44	BRUNA PEREIRA	EM FILA
CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO	10/10/2020 19:58	CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO	EM FILA



ALERGIAS MED.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
PROTOCOLO DE MANCHESTER

CLÍNICO  
 ODONTO  
 PEDIATRICO

## CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE	<i>Intervento - levantamento de cama com queixa de dor nas costas e no membro inferior + febre</i>							IDADE
QUEIXA PRINCIPAL	<i>dores nas costas e no membro inferior + febre</i>							COMORBIDADES
FLUXOGRAMA	<i>pré-operatório</i>							<i>doença crônica da mama</i>
DISCRIMINADOR	<i>pré-operatório</i>							<i>do reumatismo</i>
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O <sub>2</sub> :	%	Peso:
	 1 10   8-9   7   5-6   4-5   3-4   2-3   1-2   0						Glicemia: mg/dL	
							Glasgow: Alterado ( ) Não alterado ( )	
CLASSIFICADOR	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos						<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA <input type="checkbox"/> EVASÃO Assinatura:	HORARIO:
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: \_\_\_\_\_

NB:

Anotações/Intercorrelações:

*As 10h. Chegou Bmf, com necessidade de intubação da traqueia. Alto Bmf.*

Assinatura: DOREN  
Celso Roberto C. de Lucena  
Cirurgia Buco Maxilo Facial  
CRM-AC 404

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 10h foi admitido na sala de observação para terceiro procedimento cirúrgico da Sácal, com histórico de acidente de trânsito exposto há 1 mês x com  
enxaqueca TC + Rgio x lesões ósseas + contusão do  
nervos entéricos.

*(Pulseira 397-23946)*

*Hospital - 10/10/2010*

TC 6 pts ultimamente  
No 100-600 12 B dupl -  
TCC no alterga agudo  
PN Pto de NER

*SAÚDE / HUERB*  
*CÓPIA*  
*CONFORME ORIGINAL*

*Dr. Henrique Dias de Souza  
Neurocirurgião  
CRM-AC 1705 RQE 47291*

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 108229  
 Numero do CNS.....: 0000000000000000702804681136760  
 me.....: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS  
 Documento.....: Tipo :  
 Data de Nascimento: 21/04/1989 Idade: 31 anos  
 Sexo.....: MASCULINO  
 Responsavel.....: JOAO PEREIRA REBOUCAS  
 Nome da Mae.....: SEBASTIANA MARTINS DE OLIVEIRA  
 Endereco.....: RUA CAMPO NOVO 676  
 Bairro.....: AIRTON SENA Cep.: 00000-000  
 Telefone.....: 999635209  
 Municipio.....: 1200401 - - AC  
 Nacionalidade....: BRASILEIRO  
 Naturalidade....: ACRE

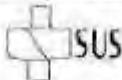
## DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2750468  
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito.....: 999.0154  
Data da Internacao: 10/10/2020  
Hora da Internacao: 22:00  
Medico Solicitante: 003.417.162-27 - LUKAS VIEIRA DE LIMA  
Proced. Solicitado: 04.08.02.020-2  
Diagnostico.....: S52.3  
Identif. Operador.: KHERLLY

## INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento do Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

2001578

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leônidas de Oliveira Sobrinho

6 - N° DO FRONTÍARIO

108229

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012804163117131617610 21/04/1954

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC

10 - SEAD

3

11 - NOME DA MÃE

Sebastiana Martins de Oliveira

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Campo Novo 676 B. Ailton Sena

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

16 - CÓDIGO MUNICÍPIO

1900101

17 - UF

AC

18 - CEMI

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente velho e solteiro de baixa escolaridade é portador de diabetes mellitus de evolução lenta com controles glicêmicos adequados. Faz uso de medicamentos para diabetes e hipertensão arterial. Faz uso de medicamentos para hipertensão arterial. Faz uso de medicamentos para diabetes e hipertensão arterial.

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAVS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES CLÍNICOS)

Exames normais

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Diabetes mellitus + outras dislipidemias

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internação

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

1

2

3

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Walter Santos

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 34 - ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO DE CONSELHOS

11/10/2005

11/10/2005

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - EFOR

43 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - EMPREGADO

46 - EMPREGADOR

47 - AUTÔNOMO

48 - INDEMPREGADO

49 - INPOSENTADO

50 - INÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - CÓD. ORGÃO EMISOR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - DOCUMENTO

55 - CNS

56 - CPF

57 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - CNS

59 - CPF

60 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

61 - ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO DE CONSELHOS

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

digitado e impresso em 27/07/2020 às 11:39:47

REGISTRO PACIENTE  
Domingos Lúcio da Silva

IDADE  
35  
CLÍNICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

HISTERI

E VOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

MECANISMO DO TRAUMA  
Acidente de trânsito

1. DIETA VO LIVRE S/170

2. SRL 500ML IV 12/12 HORAS 10

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDA EM 10 ML DE AD CADA 6/6 HORAS 60/66

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H 50

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SIN

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 4/6

8. CAPTOPRIL 25MG VO CADA 12/12 HORAS SE PA 139/99mmHg

9. DEXTRO A CADA 6/6 HORAS 15/16

10. ESCOUEMA DE INSULINA RÉGULAR CONFORME DEXTERO.

150 - 200 = 2UI 301 - 350 = 8UI

200 - 250 = 4UI >351 = 10UI

251 - 300 = 8UI

301 - 350 = 16UI

351 - 400 = 24UI

401 - 450 = 32UI

451 - 500 = 40UI

501 - 550 = 48UI

551 - 600 = 56UI

601 - 650 = 64UI

651 - 700 = 72UI

701 - 750 = 80UI

751 - 800 = 88UI

801 - 850 = 96UI

851 - 900 = 104UI

901 - 950 = 112UI

951 - 1000 = 120UI

1001 - 1050 = 128UI

1051 - 1100 = 136UI

1101 - 1150 = 144UI

1151 - 1200 = 152UI

1201 - 1250 = 160UI

1251 - 1300 = 168UI

1301 - 1350 = 176UI

1351 - 1400 = 184UI

1401 - 1450 = 192UI

1451 - 1500 = 200UI

1501 - 1550 = 208UI

1551 - 1600 = 216UI

1601 - 1650 = 224UI

1651 - 1700 = 232UI

1701 - 1750 = 240UI

1751 - 1800 = 248UI

1801 - 1850 = 256UI

1851 - 1900 = 264UI

1901 - 1950 = 272UI

1951 - 2000 = 280UI

11. GLICOSE 50% EV EM BOLUS SE GLICOSE MENOR 65MG/dL

12. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS CADA 6/6 HORAS

CONDUTA NA EMERGÊNCIA  
União Branca + 50%  
Uma mdp +  
intubação

*same, huerb*  
*CÓPIA*  
*CONFORME ORIGINAL*

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



REGISTRO

PACIENTE

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUÇAS

digitado e impresso em: 11/10/2020 às 10:58:59

HUERB

LEITO

MC 01

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

IDADE

31

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

-FX. RADIO DISTAL - CONSERVADOR  
(SEM RX DE CONTROLE)

- AVULSAO DOLCP

DIETA VÔ livre  
SRL 150ML EV EM 24H

DIPRONA 1GR EV DILUIDO 5/5/H

TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA A  
ADMINISTRAÇÃO DE DIPRONA

PUASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR  
TRAMADOL OU SE TIVER VÓMITOS)

OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 140 OU PAD> 100MMHG

CURATIVO 1X/DIA

CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

Paciente sem intercorrências nas últimas  
24h. Sem queixas sistêmicas. BEG =  
LÓTE  
- dor controlado  
- boa perfusão distal, sem alteração  
neuroológica aparente

SOLICITO RX DE CONTROLE

Dr. Cláudius Grisolia  
Endocrinologista  
Tucumã - PA

SAÚDE  
CÓPIA  
ORIGINAL  
CONFORME

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

**REGISTRO**  
**PACIENTE**

**DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS**

**IDADE**  
**CLÍNICA**  
**LEITO**  
**CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B**  
**MC 01**

<b>EVOLUÇÃO</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
<p>- FX RÁDIO DISTAL - CONSERVADOR          (SEM RX DE CONTROLE)          - AVULSAO DO LCP</p> <p>Paciente sem intercorrências nas últimas 24h. Sem queixas sistêmicas. BEG e LOTE          - dor controlada          - boa perfusão distal, sem alteração neurologica aparente</p> <p>SOLICITO RX DE CONTROLE          BEAMES pre-op</p>	<p>DIETA VD livre          SRL 1500ML EV EM 24H          DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA A ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA</p> <p>TRAMADOL OU SE TIVER VÓMITOS</p> <p>OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS &gt; 140 OU PAD &gt; 100MMHG</p> <p>CURATIVO 1X/DIA</p> <p>CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</p> <p>CLEXANE 40MG SC 1X/DIA.</p>	<p><i>5/2/07</i></p> <p><i>16</i></p> <p><i>16</i></p> <p><i>16</i></p> <p><i>16</i></p>	<p>Rean OT:00 m 19:00</p> <p>paciente dolorido</p> <p>not infec - n-</p> <p>que se aspira,</p> <p>em ex analgico?</p> <p>descolorido, no-</p> <p>unhaletos, ani-</p> <p>to dieta hipo</p> <p>glucosemico, n-</p> <p>o. - Plancky - le</p> <p>no - os 051 055</p> <p><i>16</i></p> <p><i>16</i></p> <p><i>16</i></p> <p><i>16</i></p> <p><i>16</i></p>

*same / huero*  
*CÓPIA*  
*CONFORME ORIGINAL*



REGISTRO PACIENTE

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUÇAS

HUERB

LEITO

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

MACA.01

EVOLUÇÃO	PREScrição	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>- RX RADIO DISTAL - CONSERVADOR (SEM RX DE CONTROLE)</p> <p>- AVULSAO DO LCP</p> <p>Paciente sem intercorrências nas últimas 24h. Sem queixas sistêmicas. BEG = LOTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dor contralateral</li> <li>- boa perfusão distal, sem alteração neurologica aparente</li> </ul> <p>SOLICITO RX DE CONTROLE exames DPO-OP</p> <p>crvrgn 15/10</p> <p>- Attn haptol</p>	<p>DIETA VO livre</p> <p>SRL 150ML EV EM 24H</p> <p>DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRAATRIA A ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA</p> <p>PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR TRAMADOL OU SE TIVER VÓMITOS)</p> <p>OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS&gt; 140 OU PAD&gt; 100MMHG CURATIVO 1X/DIA</p> <p>CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais</p> <p>LEXANE 40MG SC 1X/DIA</p>	<p>3:00 PM POR ENFERMEIRO cabelo seco e paciente sem dor ou desconforto. Família satisfeita com a duração da cura. Caren: 0000-123456789</p>	



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

*digitado e impresso em: 14/10/2020 às 09:03:59*

HUERB

REGISTRO    PACIENTE

**2750468**

31 IDADE

CLINICA

236

卷之三

www.schaeffler.com

**HUERB  
PATOLOGIA CLINICA**

AV. RACOS UNIDAS, 960 - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 Tel. 223-3080  
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS (EME)  
Requisicao: 20.PC.2.010914  
Num. do BE: 02750468

Idade...: 31A  
Requis.: 11/10/2020

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

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
HEMOGRAMA COMPLETO

**ERITROGRAMA**

Hemacias (em milhoes)....	4,84	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina.....	14,80	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	43,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VDM.....	89,60	fl	VR: 79 a 98 fl
HCM.....	30,60	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	34,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

**LEUCOGRAMA**

Leucometria Global.....	10.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Eosinofilos.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	102	mm3	
Mielocitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Metamielocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Bastonetes.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	204	mm3	
Segmentados.....	71	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	7.242	mm3	
Linfocitos.....	19	%	VR: 23 a 35 %
Valor Absoluto.....	1.938	mm3	
Monocitos.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	714	mm3	
Blastos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observacao.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FABIOLA B FARTOLINO-CRBM-4 N° 250 11/10/20 as 11:26 Coleto: 11/10/20 as 09:49-1a. Via Impressa: 11/10/20

**COAGULOGRAMA**

Amostra: Sangue

tempo de Sangramento.....	01 MINUTO 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
tempo de Coagulacao.....	07 MINUTOS 30 SEGUNDOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas.....	196.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: FABIOLA B FARTOLINO-CRBM-4 N° 250 11/10/20 as 11:27 Coleto: 11/10/20 as 09:49-1a. Via Impressa: 11/10/20

Fabiola Baffa Fartolino  
Bioquímica  
CRBM-4 N° 250

HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69906620 - Tel.: 223-3080  
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS (EME)  
Requisicao: 20.PC.1.015173  
Num. do BE: 02750468

Idade...: 31A  
Requis.: 13/10/2020

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

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
HEMOGRAMA COMPLETO

**ERITROGRAMA**

Hemácias (em milhares).....	4.74	/mm <sup>3</sup>	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhares/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	14,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	42,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM.....	98,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCH.....	29,90	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	33,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

**LEUCOGRAMA**

Leucometria Global.....	5.760	/mm <sup>3</sup>	VR: 5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Basofilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	/mm <sup>3</sup>	
Eosinofilos.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	115,20	/mm <sup>3</sup>	
Mielocitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	/mm <sup>3</sup>	
Metamieloiditos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	/mm <sup>3</sup>	
Bastões.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	0	/mm <sup>3</sup>	
Segmentados.....	74	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	4.262,40	/mm <sup>3</sup>	
Linfócitos.....	22	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto.....	1.267,20	/mm <sup>3</sup>	
Monócitos.....	2	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	115,20	/mm <sup>3</sup>	
Blastos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	/mm <sup>3</sup>	
Observação.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME / HUERS  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

*Gilmara Cavalcante dos Santos*  
Farmacêutica  
CRM / AC 4720

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 13/10/20 às 10:13 Coleta: 13/10/20 às 09:32-1a. Via Impressa: 13/10/20

**COAGULOGRAMA**

**Amostra: Sangue**

Tempo de Sangramento.....	1 MINUTO		VR: 1 a 5 minutos
Tempo de Coagulação.....	5 MINUTOS		VR: 5 a 10 minutos
Contagem de Plaquetas.....	142.000	/mm <sup>3</sup>	VR: 150 a 400.000 /mm <sup>3</sup>

Liberado por: GILMARA CAVALCANTE DOS SANTOS 13/10/20 às 10:13 Coleta: 13/10/20 às 09:32-1a. Via Impressa: 13/10/20

HUEB  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: DAMASIO DE OLIVEIRA REBELO

ID paciente:

ID amostr:

21

Data nascimento:

Idade:

0 Ano

Cód barra: 1015173

Tipo de amostra:

Soro

Sexo: Masc

Data da coleta:

13/10/2020

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GL1	80	mg/dL		60 - 100
URE	30	mg/dL		10 - 50
CRE	0.9	mg/dL		0.7 - 1.2
Na	140	mmol/L		135 - 150
K	4.6	mmol/L	ALTO	3.9 - 4.6
CL	103	mmol/L		90 - 110

Data/Hora solicitação: 13/10/2020

Data/Hora teste: 13/10/2020

Data/Hora impr.: 13/10/2020 10:11:46

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Francisco J. L. Ferreira  
Farmacêutico  
PDP



Governo do Estado do Acre  
Secretaria Estadual de Saúde  
Departamento de Vigilância em Saúde  
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

L 236

Nome do Paciente:

DAMASIO DE CARVALHO

Data da nascerimento:

19.4.1985

Unidade de Saúde: HUERB

Município: Rio Branco - AC

Data da testagem:

14.12.2020

TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Método: Imunoensaio

KIT: ECO DIAGNÓSTICA

Lote: 202005032

Data de validade: 23/11/2020

RESULTADO

NEGATIVO

POSITIVO

X 3.196

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Assinatura do responsável  
Conselho de classificação  
CRBM-AC N° 248  
Biomédico  
Luis Edmundo Jardim

Observações:

- Aplicação deste teste deverá seguir as recomendações apresentadas no Note Técnico nº 04/2020-SAESMS.
- Este teste indica a presença ou não de anticorpos IgG/IgM para Covid-19 e não deve ser utilizado como único critério para diagnóstico.
- Por se tratar de um teste para detecção de anticorpos, é necessário que ele seja realizado, no mínimo, após o 7º dia do início dos sintomas.
- Um resultado negativo reduz a chance de que a pessoa esteja com Covid-19.
- Um resultado positivo indica a presença de anticorpos para Covid-19, o que significa que houve a exposição ao vírus, no entanto, não é possível definir por este resultado se a infecção ativa no momento da testagem. Ao resultado do exame é imprescindível a avaliação dos sintomas de síndrome gripal, dados clínicos epidemiológicos.
- Não há cura para a covid-19. Todos os testes executados, independentemente do resultado,

# HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: PD de humor e justiça

História da Doença Atual: No teste de humor, em 2000, em julho é - humor PD

História da Doença Anterior: Ningue

Exame Físico: Perito clínico legal

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Frieden clínico P + humor abusivo e agressivo  
de humor (PD)

Motivo da Cobrança: 39

SAME / HUERS  
CÓPIA  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Assinatura do Doutor  
Data e Identificação  
Tribunal

- 11-ALTA CURADA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-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 NASC

- 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/ NECRÓPSIA C/PERMAN. 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 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA 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 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 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

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

LAUDO MÉDICO

NOME: Danilo Alves de Souza

O paciente supracitado apresenta Lesão exófito fibrol  
adherente L.P. + preto a partir de 26/10/20  
ou há 10 dias, tendo sido tratado com pomada  
azurina para o pelo e gesso para preto  
No momento, encontra-se incisões para atividade  
exterior por 6 horas

CID: S93-1 1582-1

Dr. Mário C. R. Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica do Joelho Artroscopia  
CRM 745 - AC

Médico

26/10/20

Rio Branco - AC



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-AC

DETAN-AC

N.º 014630864926

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01 01061733049 44P1R165051

01 NOME/ENUNCIADO  
DJAISLON MARQUES DA SILVA  
BECO DO ALENCAR  
MOCINHA PAGALHÃES Nro:98  
RIO BRANCO-AC 69920050

01 CNH NXR6476

01 NOME ANTERIOR  
MARCELISSON GOMES DE FIGUETEIRO

PLACA ANTIGA CHASSI  
NXR6476 AC 9C6K00460F0113073

TIPO DE VÍCULO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APPLICA

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
YAMAHA/FAZER YB250

ANO FAB. - ANO MOD.  
2015 2015

CHASSI/CÓD. CATEGORIA  
2P/0249CCZ PARTICU

COR PREDOMINANTE  
PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO A BEM TRIBUTÁRIO

\*

LOCAL

DATA

RIO BRANCO-AC

05/12/2019

DETAN AC

## CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM  
01061733049PLACA EXERCÍCIO  
NXR6476 2019ANO FABRICAÇÃO ANO MODELO  
2015 2015

Valida este QR code com app Vio

ESPECIE / TIPO  
PASSEIRO MOTOCICLETAMARCA / MODELO / VERSÃO  
YAMAHA/FAZER YS250PLACA ANTERIOR / UF CHASSI  
NXR6476/AC 9C6KG0460F0113073COR PREDOMINANTE COMBUSTÍVEL  
PRETA GASOLINA

## OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* BEN.TRI

\*

CATEGORIA  
PARTICULARCAPACIDADE  
\*, \*POTÊNCIA/CILINDRADA  
0CV/249PESO BRUTO TOTAL  
0,32MOTOR  
G390E-113067CMT  
\*, \*EXOS  
\*LOTAÇÃO  
02PCARROCERIA  
NÃO APLICAVEL

NOME

DJAILSON MARQUES DA SILVA

CPF / CNP

853.833.682-72

LOCAL DATA  
RIO BRANCO AC 05/12/2019

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

## MENSAGENS DENATRAN

Para fazer a validação deste documento, procure por "Vio" nas lojas Google Play ou App Store, instale o app em seu celular e faça a leitura do QR code localizado ao lado do código Renavam de seu veículo. Fazendo isto, você será capaz de verificar a autenticidade de seu documento de forma simples e segura, garantindo a fidelidade desta impressão.

**vio**

Para saber mais sobre o Vio, acesse:  
<https://servicos.serpro.gov.br/vio>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333616/20

**Vítima:** DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

**CPF:** 004.528.642-67

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/10/2020

**Titular do CPF:** DAMASIO DE OLIVEIRA  
REBOUCAS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS : 004.528.642-67**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2020  
Nome: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS  
CPF: 004.528.642-67

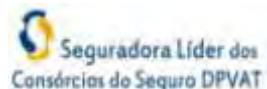
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2020  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333616/20

**Vítima:** DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

**CPF:** 004.528.642-67

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/10/2020

**Titular do CPF:** DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS : 004.528.642-67**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2020  
Nome: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS  
CPF: 004.528.642-67

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2020  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA