



**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 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC**

Processo n.º 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 Douto 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

**Valoração 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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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 ASI: 3 - CPF da vítima: 004.528.642-67 4 - Nome completo da vítima: Damiano de Oliveira Ribeiro

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

5 - Nome completo: Damiano de Oliveira Ribeiro 6 - CPF: 004.528.642-67

7 - Profissão: monitor 8 - Endereço: Rua Campo Novo 9 - Número: 670 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Anton Lenna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 67911-856

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 68 3777187-2502

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2278 CONTA: 50210 3 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, 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 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, 16 de novembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







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

031312  
ss. Jch  
fls.

Fls: 1  
Visto:

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 10:53:36  
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 1ª 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	Melo(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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA KAROLINA NEVES PEREIRA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 09/07/1990	Idade: 30
Profissão: Autônomo			
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 1ª REGIONAL - RIO BRANCO

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00027162/2020

Telefone: (68) 99243-0239 (Celular)

Nome Civil: ANDRÉ (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

## Endereço

Telefone: (68) 99949-2686 (Celular)

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
André	Proprietário

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 853.833.682-72	<b>Placa</b> NXR6476
<b>Renavam</b> 01061733049	<b>Número do Motor</b> G390E-113067
<b>Número do Chassi</b> 9C6KG0460F0113073	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2015/2015
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> AC
<b>Município Veículo</b> Rio Branco	<b>Marca/Modelo</b> YAMAHA/FAZER YS250
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 14/07/2020	<b>Situação do Veículo</b> RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_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 avadiu-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 as devidas providências.




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

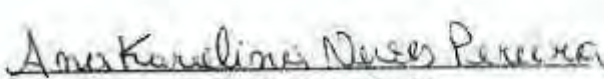
## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00027162/2020

## ASSINATURAS

  
Carlos Vellozo JuniorAgente de Polícia  
Matrícula 94092541

Responsável pelo Atendimento

  
Ana Karoline Neves Pereira

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que esta(s) pessoa(s) responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originem, conforme previsto nos Artigos 239-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



**DETRAN**  
**ACRE**

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

**Novo Acre**  
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0023044

NÚMERO FOLHA

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

Rua Rádio Farol em Estrada da Sabral

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

06 HORA DE OCORRÊNCIA

19:47

07 ZONA RURAL URBANA

☐ RURAL ☒ URBANA

08 DATA

11/10/2020

09 DIA DA SEMANA

sexta-feira

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 9

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADO ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GEADA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VITIMAS

02

SEM VITIMAS ☐

COM VITIMAS ☒

17 SEXO

Mas

18 NASCIMENTO

21.04.1989

19 ENDEREÇO

Rua Camilo Nery, nº 676, Bairro Alto da Serra

20 1ª HABILITAÇÃO

08.07.2010

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

04380275302

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

Yamaha Fazer 450

28 ESPÉCIE

passageiro

29 PLACA

NXR 6476

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Daniel Marques da Silva

33 ENDEREÇO

Rua do Alentejo, 98, Mac. Magalhães

34 CHASSIS

9CC K 60460 F014 3073

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

36 AVARIAS: danos frontais, lateral esquerda

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

contra a direita

40 AÇÃO DO CONDUTOR

perdeu o controle da UPA da Sabral

PONTOS

37 CARRO

☒

39 MOTO

☒

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

DETRAN/AC NÃO ☐

Coordenador de Trânsito

42 NOME CONDUTOR

FONE 999492686

43 SEXO

22

44 NASCIMENTO

22.01.2020

45 ENDEREÇO DO VEÍCULO

Rua Rádio Farol

Coordenador de Trânsito

46 1ª HABILITAÇÃO

AB

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

04380275302

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

VW Voyage

54 ESPÉCIE

passageiro

55 PLACA

NAE 7032

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Daniel Maximiano da Costa

59 ENDEREÇO

Rua Tarabai, 141, Novo Horizonte

60 CHASSIS

9BW d B052X dt 010536

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

62 AVARIAS

danos frontais, lateral esquerda

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

contra a direita

66 AÇÃO DO CONDUTOR

perdeu o controle da UPA da Sabral

PONTOS

63 CARRO

☒

65 MOTO

☒

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

DETRAN/AC NÃO ☐

Coordenador de Trânsito

68 NOME

Cristiano Magalhães da Silva 98421 8762

69 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

23.12.1990

71 ENDEREÇO

Rua Antonio Batz, 129, Anapetópolis

72 IDENTIDADE Nº

005.564722-26

73 ÓRGÃO EMISSOR

AC

75 NOME

76 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 004.528.642-67 4 - Nome completo da vítima: Damiano de Oliveira Ribeiro

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

5 - Nome completo: Damiano de Oliveira Ribeiro 6 - CPF: 004.528.642-67

7 - Profissão: monitor 8 - Endereço: Rua Campo Novo 9 - Número: 670 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Anton Lenna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 67911-856

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 68 3777187-2502

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2278 CONTA: 50210 3 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, 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 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo.

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, 16 de novembro de 2020.

Damiano de Oliveira Ribeiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





DAMASIO

CHECKE SUA FATURA DA OI.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)FATURA DE  
JUN/20CÓDIGO MINHA  
401962455624VENCIMENTO  
12/07/2020Emissão em 12/06/2020  
Período de 12/05/2020 a 13/06/2020PAGAR R\$  
112,85CTCE CUIABA MT PL6  
DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS  
RUA CAMPO NOVO 676  
AIRTON SENNA  
69911-856 - RIO BRANCO - AC

7200039696 00000 00000000000 10 150820

AD-00613323

PRECISA DE AJUDA?  
FALE COM A JOICE  
PELO WHATSAPPA Joice é a inteligência artificial  
da Oi. Ela está 24h por dia  
disponível pra ajudar você.  
Precisa da sua conta  
ou de um suporte técnico?  
Peça pra ela

Fale pelo WhatsApp @oi Joice Oi

## SERVIÇOS UTILIZADOS

OI TOTAL 109,85



OI FIXO



OI INTERNET

TOTAL DE MENSALIDADES 109,85

Multa e Juros 3,00

TOTAL DA SUA FATURA 112,85

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS  
CPF: 004.528.642-67  
NÚMERO DO CLIENTE: 2578343398  
NÚMERO DA FATURA: 484512941  
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401962455624

CÓDIGO MINHA OI

401962455624

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

Fale pelo WhatsApp @oi Joice Oi

Fale pelo WhatsApp @oi Joice Oi

## ENTENDA SEU CONSUMO

Consumo de minutos nos últimos meses

05/2020	112,85
04/2020	112,42
03/2020	109,85
02/2020	112,05
01/2020	112,42
12/2019	112,42

Que atente: Em caso de suspensão total ou parcial da cobrança, a Oi não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes da suspensão total ou parcial da cobrança. A suspensão total ou parcial da cobrança é de 30 dias. Suspensão Total: Cobrança suspensa. Bloqueio Parcial: a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com as condições de uso da Oi. A suspensão total ou parcial da cobrança é de 30 dias.

Observação: A suspensão total ou parcial da cobrança é de 30 dias. A suspensão total ou parcial da cobrança é de 30 dias. A suspensão total ou parcial da cobrança é de 30 dias.

CLIENTE  
DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCASFATURA DE VENCIMENTO VALOR  
JUN/2020 12/07/2020 112,85CÓDIGO AUTOMÁTICO  
401962455624

OI NOVEL S.A.

OI NOVEL S.A.

Endereço: Rua Campo Novo, 676 - Airton Senna - Rio Branco - AC  
CEP: 69911-856  
Telefone: (68) 3111-1111  
Site: [www.oi.com.br](http://www.oi.com.br)

84650000001-9 12650313257-2 83433980464-3 51294100100-4



SAMU <b>192</b>		<b>FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192</b>		Data Emissão: 13/11/2020 Hora emissão: 13:41 Operador:	
Nº da Ocorrência <b>2010100085</b>	Qlt. Vítimas <b>1</b>	OuHr Início: 10/10/2020 19:41 OuHr 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 Solicitante: FRANCISCO
End.: R. ESTRADA DA SOBRAL
Bairro: SOBRAL
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: NA ESQUINA DA RUA RACHO PAROL

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS Telefone do Solicitante: (08) 984035326 Quarta: CARRO X MOTO SOBRAL	Origem da Ligação: VIA PÚBLICA
---	--------------------------------

**VÍTIMAS**

Vítima <b>1</b>	Nome: Paciente 1 DAMASIO OLIVEIRA REBOUÇA	Idade: 31 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNE:	Documento:
	Endereço:		

**AValiação NÃO ESTRUTURADA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO Data/Hora: 10/10/2020 19:58 Avaliação: VTR 07 NO LOCAL INFORMA PACIENTE AO SOLO. LOTE, EUPNEICO, NEGOU VÔMITO, DEFALEIA OU PERDA DE CONSCIÊNCIA X SEM SANGRAMENTO EXSANGUINANTE A PALANCO, NEGA CERVICALGIA E RESPIRANDO COM NÉGA DOR ABDOMINAL, D GCS 15/15 E EPISTAXE MAS SEM SINAIS DE FRATURA SEVY PA 110X60 FC 84 BPM SAT 98% AA GCS 15/15
Vítima <b>1</b>	Profissional: BRUNA PEREIRA Data/Hora: 10/10/2020 19:44 Avaliação: SOLICITANTE INFORMA ACIDENTE MOTO X CARRO, 1 VÍTIMA EM SOLO COM SANGRAMENTO ATIVO EM MIO

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

Vítima <b>1</b>	Profissional: BRUNA PEREIRA	Data/Hora: 10/10/2020 20:42	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: BRUNA PEREIRA	Data/Hora: 10/10/2020 20:42	Situação: F
	Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA		
	Profissional: BRUNA PEREIRA	Data/Hora: 10/10/2020 20:42	Situação: F
	Intercomência:		
	Observação:		

Vítima <b>1</b>	Profissional: CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO	Data/Hora: 10/10/2020 19:58	Situação: F
	Decisão: ENVIÓ DE VEÍCULO		
	Profissional: CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO	Data/Hora: 10/10/2020 19:58	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO	Data/Hora: 10/10/2020 19:58	Situação: F
	Intercomência:		
	Observação:		

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

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

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

Dt./Hr. Chegada Base:

**MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA**

Elaborado 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	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



MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

Nº DO BE: 2750468  
ENS:DATA: 10/10/2020 HORA: 21:04 USUARIO: MARLENE  
SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUCAS DOC.:  
IDADE: 31 ANOS NASC: 21/04/1989 SEXO: MASCULINO  
ENDRECO: RUA CAMPO NOVO BAIRRO: AIRTON SENA NUMERO: 676  
COMPLEMENTO: UF: AC CEP.:  
MUNICIPIO: RIO BRANCO /SEBASTIANA MARTINS DE OLIVEIRA  
NOME PAI/MAE: JOAO PEREIRA REBOUCAS  
RESPONSAVEL: ANA CAROLINA -ESPOSA TEL.: 999635209  
PROCEDENCIA: UPA-SOBRAI  
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[123 X 77 mmHg] PULSO[70] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[100]

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

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

DADOS CLINICOS: 09:00 (PM) DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente chega a esta unidade vindo da UPA, c/ história de colisão moto x carro, chega desorientado por alguns minutos. Refere perda transitória da consciência, nega ferimentos ósseos. Refere dor em hemitorax D e punho D.

ONE ENFERMAGEM CLASSIF. RISCO: [ ] VERDE [ ] AMARELO [ ] VERMELHO [ ] AZUL  
A) Voz rouca, cianose orolabial (B) Ventilação espontânea c/ BET  
FACIL DA DOR: [ ] SEM DOR [ ] LEVE [ ] MODERADA [ ] INTENSA  
C) H. moderadamente estavel MVUA S/RA RRR c/ BNF S/S, S/ sangramento aparente D) Glasgow 15 E) Dor em hemitorax D e dor de punho D  
DIAGNOSTICO: Politrauma de membros da região do punho D

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

- ① T. batil 40mg (EV) + diluente
- ② Dipirona 2g (EV) + diluente
- ③ Rx Torax AP e Punho D AP e P
- ④ TC de Crânio e Face

DATA DA SAIDA:

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

MORTO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

FAMILIA [ ] TML [ ] ANAT. PATO [ ]

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ar. Neurol. & B MF  
Ar. da Clíptica

Em conformidade com o

Dr. [ ]  
[ ]



ALERGIAS MED.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
PROTOCOLO DE MANCHESTER( ) CLÍNICO  
( ) ODONTO  
( ) PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE	Intervido - leucomatosa de transição com guelha						IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL	Má oclusão funcional + ressecamento da mucosa bucal + manifestação parodontal no lado esquerdo inferior + lesão do ligamento periodontal						COMORBIDADES		
FLUXOGRAMA	1.0. corno + presbitismo + maloclusão +						1.0. corno + presbitismo + maloclusão +		
DISCRIMINADOR	intervenções imediatas						intervenções imediatas		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR						Glicemia: mg/dL		
CLASSIFICADOR			HORÁRIO DA CR:		( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO		HORÁRIO:		
			Tempo máximo: 3 minutos		Assinatura:				
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:

23.10.2011 - Cível que Bmf com ocorrência de intervenção da especialidade Alto Bmf.

Assinatura: GOREN

Celso Roberto C. de Lucena  
Cirurgia Buco Maxilo Facial  
CRO-AC 404

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 14:40h admitido no S.U. trazido por terceira promotoria da UPA da Sabroal, com história de acidente de trânsito e lesão no tórax e membros superiores. Em exame físico: TC e Rx de tórax e membros superiores. Lesões de pele e de tecidos moles.

Vital 39,7 95/60

Hx - 10/10/2011

TC 6 meses atrás muito bom

No 10/10/2011 B - duplo -

TC no ultrassom agudo

em Rto do NER

SAME / HUEB  
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.....: 00000000000000000000 702604681136760  
Nome.....: 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  
Município.....: 1200401 - - AC  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: ACRE

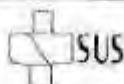
DADOS DA INTERNACAO

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 Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

2 - CNES

2001578

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Immones da Oliveira Roberto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

108229

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012804651736760

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/04/1954

9 - SEXO

MASC ☒ 1

10 - RAÇA/COR

13

11 - NOME DA MÃE

Sebastião Martins de Oliveira

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Campo Novo 676 B. Ailton Sena

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

1300101

16 - UF

AC

17 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente urbano de residência de família com dor em partes e - (partes) de  
B-TE m. fr. colares, distal (D) + fr. (Músculos do antebraço do membro posterior)  
Dor + neuropatia - ok

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intensificação

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES LABORAIS)

Exames fr. m. e fr. m.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Perda de dente + Músculo de antebraço

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intensificação

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

1 - CNS 1 - CPF

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

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

W. B. Moraes

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/10/2005

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRANSITO

35 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

1 - CNS 1 - CPF

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO





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

Digitado e impresso em 27/07/2020 às 17:39:47

HUERB

REGISTRO  PACIENTE  IDADE  CLINICA  LEITO

DOMINGOS OLIVEIRA FALGADO  37  CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>MECANISMO DO TRAUMA: Acidente de trânsito</p> <p>DIAGNOSTICO: Lesão do abdômen (D)</p> <p>Exatidão do diagnóstico de lesão do abdômen</p> <p>DATA DO TRAUMA: 10/10/20</p> <p>DATA DA INTERNAÇÃO: 11/10/20</p> <p>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Nenhuma</p> <p>CONDIÇÃO NA EMERGÊNCIA: Acidente de trânsito - 35% Alcool no corpo - contundimento</p>	<p>1. DIETA VOLUNTÁRIA</p> <p>2. SRL 500ML IV 12/12 HORAS</p> <p>3. DIPYRONA 1GR EV DILUIDA EM 10 ML DE AD CADA 6/6 HORAS</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% EV 8/8H S/N</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA</p> <p>8. CAPTOPRIL 25MG VO CADA 12/12 HORAS SE PA 139/99mmHg</p> <p>9. DEXTRO A CADA 6/6 HORAS</p> <p>10. ESQUEMA DE INSULINA REGULAR CONFORME DEXTRO: 150 - 200 = 2UI 301 - 350 = 8UI 200 - 250 = 4UI &gt;351 = 10UI 251 - 300 = 8UI</p> <p>11. GLICOSE 50% EV EM BOLUS SE GLICOSE MENOR 65MG/dl</p> <p>12. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS CADA 6/6 HORAS</p>	<p>65/66</p> <p>37 anos</p>	<p>SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>



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

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

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUÇAS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

MC 01

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

-FX RADIO DISTAL - CONSERVADOR?  
(SEM RX DE CONTROLE)  
- AVULSÃO DO LCP

Paciente sem intercorrências nas últimas 24h. Sem queixas sistêmicas. BEG e LOTE  
- dor controlada  
- boa perfusão distal, sem alteração neurológica aparente

SOLICITO RX DE CONTROLE

DIETA VO livre  
SRL 1500ML EV EM 24H  
DIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H  
TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 8/8H IV SE DOR REFRATÁRIA A ADMINISTRAÇÃO DE DIPRONA  
PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS)  
ONEPRAZOL 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

Dr. Vinícius Grossi  
Neurologista e Toxicologista  
CRM 22.140 - RBO 19487

SAME HUERS  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 12/10/2020 às 10:36:45

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUÇAS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

MC 01

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Fx RADIO DITAL - CONSERVADOR?  
(SEM RX DE CONTROLE)  
- AVULSÃO DO LCP

DIETA VO livre

SRL 1500ML EV EM 24H

DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

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

PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H (30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS

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

SOLICITO RX DE CONTROLE  
exames pré-op

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Atenção: em 19.10.20  
grande abscesso,  
mas refere-se a  
quebras alveolares,  
em si, em relação,  
devido a isso, de-  
monstrando, em  
comunicação, em  
a dieta por  
diversidade, de  
ed. Splanchnic - de  
non-001 051 055

At-04 45h, Splanchnic  
de Splanchnic, em  
de Splanchnic, em





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

digitado e impresso em: 13/10/2020 às 09:29:40

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUÇAS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

MACA 01

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- EX RADIO DITAL - CONSERVADOR?  
(SEM RX DE CONTROLE)  
- AVULSAO DO LCP

Paciente sem intercorrências nas últimas  
24h. Sem queixas sistêmicas. BEG e  
LOTE  
- dor controlada  
- boa perfusão distal, sem alteração  
neurological aparente

SOLICITO RX DE CONTROLE  
exames pré-op

avulsão 15/10

DIETA VO livre  
SRL 1500ML EV EM 24H

DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0.9% 8/8H IV SE DOR REFRAATÁRIA A  
ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA

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

OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

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

CLAPATIVO 1X/DIA

CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

- Alta hospitalar

Dr. Alexandre P. Silva  
CRM 13.575  
Data: 13/10/2020

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

3:00 PM Pac. apresenta  
cabeça dolorida, apresentando  
tonturas, náuseas, vômitos  
de sangue e de café. A  
lesão da coroa 358574



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  
2750468

PACIENTE  
DAMASIO DE OLIVEIRA REBOUÇAS

IDADE  
31

CLÍNICA  
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO  
236

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>-FX RADIO DISTAL - CONSERVADOR? (SEM RX DE CONTROLE) -AVULSAO DO LCP</p>	<p>DIETA VO livre SRL 1500ML EV EM 24H DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H TRAMAL 01 amp + 100 ML SF 0,9% 6/8H IV SE DOR REFRACTARIA A ADMINISTRAÇÃO DE DIPIRONA PLASIL 01 amp + 30 ML AD 8/8H 30 MINUTOS ANTES DE ADMINISTRAR TRAMADOL OU SE TIVER VÔMITOS ONEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS &gt; 140 OU PAD &gt; 100MMHG CURATIVO 1X/DIA CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS CLEXANE 40MG SC 1X/DIA</p>	<p>500 500 500 10/10/2020</p>	<p>1100 - Paciente agitado, irritado, verbaliza, responde, medula deprimida, corporal deixa de comer, sem química - 437603</p>
<p>Paciente sem intercorrências nas últimas 24h. Sem queixas sistêmicas. BEG. 6 LOTE - dor controlada - boa perfusão distal, sem alteração neurológica aparente</p> <p>SOLICITO RX DE CONTROLE exames pré-op</p>			

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Isidoro Müller  
Ortopedia/Traumatologia  
CRMAC 1344 ROL 545 TEOT 1707

Unidade de Pronto Socorro  
Rua Santa Rosa, 100  
Fone: (067) 3390-3390



# HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. BACOES UNIDAS, 980, - ROSQUE - 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  
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
HEMOGRAMA COMPLETO

## ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):	4,84	mm3	VR: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina:	14,80	g/dL	VR: 12 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito:	43,00	%	VR: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VCM:	89,60	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:	10,60	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
Basófilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm3	VR: 2 a 4 %
Eosinófilos:	1	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	102	mm3	VR: 0 a 1 %
Mielócitos:	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	0	mm3	VR: 54 a 64 %
Metamielócitos:	0	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:	0	%	VR: 4 a 8 %
Bastões:	2	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	204	mm3	VR: 6 a 10 %
Segmentados:	71	%	
Valor Absoluto:	7.242	mm3	
Linfócitos:	19	%	
Valor Absoluto:	1.938	mm3	
Monócitos:	7	%	
Valor Absoluto:	714	mm3	
Plaquetas:	0	%	
Valor Absoluto:	0	mm3	
Observação:			

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 Coleta: 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 Coagulação:	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 Coleta: 11/10/20 as 09:49-1a. Via Impressa: 11/10/20

Fabiola B Fartolino  
BioMedica  
CRBM-4 N° 250

# HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. MACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-1080  
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 (CCU)  
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
HEMOGRAMA COMPLETO

## ERITROGRAMA

Hemacias (em milhões)	4,74	mm3	VR: 4,4 a 5,6 milhões/mm3
Hemoglobina	14,20	g/dL	VR: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematocrito	42,00	%	VR: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VCM	88,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM	29,90	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM	33,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

## LEUCOGRAMA

Leucometria Global	5.760	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Eosinófilos	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto	119,20	mm3	
Mielócitos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Metamielócitos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	%	
Bastões	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Segmentados	74	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto	4.262,40	mm3	
Linfócitos	22	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto	1.267,20	mm3	
Monócitos	2	%	VR: 4 a 6 %
Valor Absoluto	119,20	mm3	
Plaquetas	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Observação			

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Gilmara Cavalcante dos Santos  
Enfermeira  
CRM / AC 4720

DE VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

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

## COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	1 MINUTO	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação	5 MINUTOS	VR: 5 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas	142.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

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







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

L-236

Nome do Paciente:

DAMASIO DE OLIVEIRA

Data de nascimento:

19.4.1985

Unidade de Saúde: HUERO

Município: Rio Branco - Ac

Data da testagem:

14.12.2020

TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Métodos Imunoquimiográficos

Kit ECO DIAGNÓSTICA

Lote: 202005032

Data de validade: 23/11/2020

RESULTADO

☐ NEGATIVO

☒ POSITIVO

IgM

☒ IgG

SAME / HUERO  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Assinatura do responsável  
Conselho de classe profissional  
Luis Edgardo Brenes  
CRM-AC nº 248

Observações:

1. Aplicação deste teste deverá seguir as recomendações apresentadas na Nota Técnica nº 04/2020-SAPS/MS
2. Este teste indica a presença ou não de anticorpos IgG/IgM para Covid-19 e não deve ser utilizado como único critério para diagnóstico
3. Por se tratar de um teste para detecção de anticorpos, é necessário que ele seja realizado, no mínimo, após o 7º dia de início dos sintomas
4. Um resultado negativo reduz a chance de que a pessoa esteja com Covid-19
5. 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 há ou não infecção ativa no momento da testagem. Ao resultado do exame é imprescindível a avaliação dos sintomas de síndrome gripal, dados clínicos e epidemiológicos
6. Notificar no sistema SUS-Ve todos os testes executados, independentemente do resultado

# HISTORIA CLINICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor no membro inferior direito

História da Doença Atual: Dor no membro inferior direito há 10 dias, iniciando com coceira e vermelhidão

História da Doença Anterior: Não

Exame Físico: Peça e colheita local

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Frieira clonada D + Membro de membro e ligamento de P. de P.

Motivo da Cobrança: 39

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFIRME ORIGINAL

- 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 CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. 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/ NECROPSIA 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 À 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 P/ 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: Durvaldo de Oliveira Rebelo

O paciente supracitado apresenta lesão do ligamento cruzado anterior LCP + menisco a partir de 26.10.20  
ou há 20 dias, tendo sido tratado com procedimento  
cirúrgico para o joelho e sem para punho  
No momento, encontra-se melhor para atividade  
lobato por 6 horas

Dr. Rodrigo Mendes C. R. Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho Artroscopia  
CRM 745 - AC

CID: S93-1 / 1S92-1

[Assinatura]  
Médico

26.10.20

Rio Branco AC



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**

**DANASIO DE OLIVEIRA REBOCCAS**

NOME

DOC IDENTIFIC / OUTR IDENTIF

10484647 SSP AC

CPF

004.528.642-67

DATA NASCIMENTO

21/04/1989

FILIAÇÃO

JOAO PEREIRA REBOCCAS

SEBASTIANA MARTINS DE OLIVEIRA

PARENTESCO

AVÔ

ACC

OUTRA

AB

Nº REGISTRO

04960275398

VIGÊNCIA

14/04/2020

THABEAÇÃO

08/07/2010

OBSERVAÇÕES

*Danasio de Oliveira Reboccas*

LOCAL

RIO BRANCO - ACRE

REGISTRO DO FOLHÃO

DATA EMISSÃO

15/04/2015

SIGNATÁRIO

Secretário de Segurança Pública  
Oliveira Gomes  
Damasio RAC

SIGNATURA DO EMITENTE

08765007020  
AC406128249

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - AC

Nº 014630864926

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01 01061733049 44918165051

NOME ENVIADO  
DJAILSON MARQUES DA SILVA  
R. DO ALENCAR  
MOJINHA MAGALHÃES Nro: 98  
RIO BRANCO-AC 6920050

CPF/CNPJ 853.833.682-72 PLACA NXR6476

NOME ANTERIOR  
MARCILEJON GOMES DE FIGUEIREDO

PLACA ANT. UF NXR6476 AC CHASSI 9C6KGG460F0113073

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLICAR COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/FAZER Y9250 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAPACIDADE 2P/0249CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMINIO E BEN. TRIBUTARIO

LOCAL RIO BRANCO-AC DATA 05/12/2012

CONTRAN



DETRAN - AC

08175842002

## CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM

01061733049

PLACA

NXR6476

EXERCÍCIO

2019

ANO FABRICAÇÃO

2015

ANO MODELO

2015



Valide este QR code com app Vio

ESPÉCIE / TIPO

PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO

YAMAHA/FAZER YS250

PLACA ANTERIOR / UF

NXR6476/AC

CHASSI

9C6KG0460F0113073

COR PREDOMINANTE

PRETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

CATEGORIA

PARTICULAR

CAPACIDADE

\*, \*

POTÊNCIA/CILINDRADA

0CV/249

PESO BRUTO TOTAL

0.32

MOTOR

G390E-113067

CMT

\*, \*

EIXOS

\*

LOTAÇÃO

02P

CARROCERIA

NÃO APLICAVEL

NOME

DJAILSON MARQUES DA SILVA

CPF / CNP

853.833.682-72

LOCAL

RIO BRANCO AC

DATA

05/12/2019

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

## OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* BEN.TRI

\*

## 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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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