

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/04/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

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

CLIENTE: ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000056005-7

---

Nr. da Autenticação 75D2A01156940EAD

Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2016

Carta nº: 8972377

A/C: ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO

Sinistro: 3160020701 ASL-0008972/16  
Vítima: ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO  
Data Acidente: 03/09/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CRISTIANO MARQUES ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000056005-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160020701 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **ET AC 90 nº 630 - ZONA RURAL - RIO BRANCO/AC**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 271745 - SSP**  
Data local do exame: **30/03/2016 RIO BRANCO/AC**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA INTRARTICULAR DO RADO DISTAL A ESQUERDA**  
**FRATURA DO TALUS A DIREITA**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**RADIO TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTESE COM PLACA, PARAFUSOS E FIO DE KIRSCHNER**  
**TALUS TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO**  
**ALTA MEDICA DEFINITIVA DAS LESOES**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO, ROTACAO E PRONOSUPINACAO DO PUNHO ESQUERDO + LIMITACAO NA PRENSAO COM A MAO ESQUERDA + HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRACO E MAO ESQUERDA COM DIMINUICAO DA FORCA MUSCULAR**  
**LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO E ROTACAO DO TORNOZELO DIREITO**

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

**TORNOZELO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

**MSE**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**AC - RIO BRANCO, 30/03/2016**

**Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM**

*Julio Cesar Soares*  
Julio Cesar F. de Soares  
Médico  
CRM 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PE \_\_\_\_\_



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

EU, Allysson Ramalho Batista Nascimento  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 03327950773 EXPEDIDO POR SSP/AC EM 26/08/14 E  
 CPF 9167326482-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO agente de  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Allysson Ramalho Batista Nascimento AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_, Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_, Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104, Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278, Nº da CONTA (com dígito, se existir) 56005-7

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

Rio Branco 06 de Novembro de 2015

LOCAL E DATA

Allysson Ramalho Batista Nascimento

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

07 JAN 2016



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC-DPVAT 0800-0221204.


**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

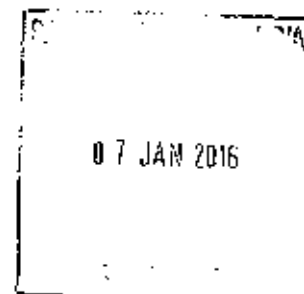
<b>Emitente:</b>	CHARLENE RIBEIRO DA SILVA
<b>Conta origem:</b>	2278 / 013 / 00031368-8
<b>Conta destino:</b>	2278 / 013 / 00056005-7
<b>Nome destinatário:</b>	ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIME
<b>Valor:</b>	<del>R\$ 2.000,00</del>
<b>Identificação da operação:</b>	246824
<b>Data de débito:</b>	01/12/2015
<b>Data/hora da operação:</b>	01/12/2015 14:58:11
<b>Código da operação:</b>	00351498
<b>Chave de segurança:</b>	W9PHWCJ1TQ27XJ63

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

20LX - DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



012214621743

03-100-508180-1-154451-1522

WILLIAM T. HARRIS, JR.  
10101 LOSTRADE, DALLAS, TEXAS 75243  
FLORES, JACQUELINE  
1110 BRANCH ST. AUSTIN, TEXAS

010-311-6061-2911 2911 1730-2

# GEORGE B. TRAFLET

FILE NO. 156-10190-2004-57

FRANKLIN COUNTY, NEW YORK

YALPAHATZ-GERMAN

2024

RESERVA DE DOMÍNIO E BENEFÍCIOS

STATION DE GRAD

\*\*\*\*\* CHRYSLER CREDIT CORPORATION \*\*\*\*\*

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV  
AUTORIZAÇÃO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE TRAN  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO PARA

VALORES 5.000

NOME DO COMPRADOR

Allysson Ramalho Batista

CPF/CNPJ

367.525.482-20

ENDEREÇO

Rua Manoel Antonio

Cidade

Rio Branco - AC

UF

AC

CEP

09.12.15

Assinatura do Proprietário

Willian Magalhães de Oliveira

Assinatura do Comprador

Allysson Ramalho Batista

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Escrivão

Rafael Silva dos Santos

Assinatura do Tabelião

Rafael Silva dos Santos



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160020701 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALLYSSON RAMALHO BATISTA **Data do acidente:** 03/09/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A  
NASCIMENTO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA INTRARTICULAR DO RADO DISTAL A ESQUERDA  
FRATURA DO TALUS A DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO , ROTACAO E PRONOSUPINACAO DO PUNHO ESQUERDO LIMITACAO NA  
PREENSAO COM A MAO ESQUERDA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRACO E MAO ESQUERDA COM  
DIMINUICAO DA FORÇA MUSCULAR  
LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO E ROTACAO DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** RADIO TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTESE COM PLACA ,PARAFUSOS E FIO DE KIRSCHNER  
TALUS TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH APARELHO GESSADO  
ALTA MEDICA DEFINITIVA DAS LESOES

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/03/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

**CRM do médico:** 2678/AM

**UF do CRM do médico:** AM

## 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

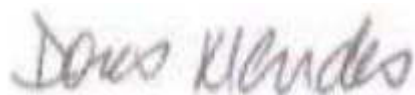
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



117H 1215100340316

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

=====

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 76438  
Numero do CNS.....: 700507134873056  
Nome.....: ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO  
Documento.....: RG 271745                      Tipo :  
Data de Nascimento: 30/07/1977                      Idade: 38 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: OTO DE ARAUO NASCIMENTO  
Nome da Mae.....: RAIMUNDA BATISTA NASCIMENTO  
Endereco.....: AC 90 KM 15  
Bairro.....: AC 90                                      Cep.: 00000-000  
Telefone.....: 9965-5591  
Município.....: 1200407 - - AC  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA                      No. do BE: 2260471  
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito.....: 999.0005  
Data da Internacao: 03/09/2015  
Hora da Internacao: 10:00  
Medico Solicitante: 785.903.884-68 - MARCELO AUGUSTO ALVES PIMENTA  
Proced. Solicitado: 04.08.02.024-5  
Diagnostico.....: S62.1  
Identif. Operador.: MARINA CLAUDIA

INFORMACOES DE SAIDA

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





Governo do Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE  
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUVERB

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUVERB

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Allyson R. Batista

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/07/77

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Raimunda Batista Nascimento

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

AC-90 Km 15 AC 90

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

9.903.5591

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

156990000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente de moto, com dor e edema pulso Esq.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trat. cirúrgico

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

Auscultase + Ex. Físico + Ex. Imagens

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

03/9/15

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Marcelo A. A. A. A.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1131

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNIE DA EMPRESA

43 - CRUR

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. Órgão Emissor

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

07 JAN 2016  
50116  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1131

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2260471 DATA: 03/09/2015 HORA: 09:41 USUARIO: KHERLLY  
CNS: 700507134873056 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO DOC.: RG 271745  
IDADE: 38 ANOS NASC: 30/07/1977 SEXO: MASCULINO  
ENDERECO: AC 90 KM 15 NUMERO:  
COMPLEMENTO: BAIRRO: AC 90  
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: -  
NOME PAI/MAE: OTO DE ARAUO NASCIMENTO /RAIMUNDA BATISTA NASCIMENTO  
RESPONSAVEL: VEIO NO SAMU TEL.: 9965-5591  
PROCEDENCIA: TRANSACREANA  
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[110 X 72 mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[ ]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Queixas de dor, referida no pulso direito e  
função normal, status normal.

61 anos 15

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

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

DIAGNOSTICO:

Fratura no pulso

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Dipirone 4ml 20

Atualização do antepedinte

afte pela cirurgia

Prescrição Ant

cm 2360

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

01 JAN 2016



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

07 JAN 2016

Novo Acre

Unidade:

NOME: Allysson R. Batista

IDADE: 30

REGISTRO:

ENFERMARIA:

CCB

LEITO

159

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
03/9/15	A frct. intra-articu- lar rádio distal E	1. Dieta livre	24/0	06h admeti-
		2. SF 0,9% 500ml IV 12/12	500 + 500	do na CCB
		3. Digicoma 1g IV 6/6h	22:4	procedimento de
	MT. Acidente de moto	4. Omefrezo 40mg IV 1/dia		sala de gesto
		5. Tramal 100 } IV 8/8h Plasil 10 SF 100ml	(SN)	NOTE, alívio
		6. Captopril 25mg VO (SE) PAS 7/60		de pressão, por
		9AD 7/100 mmHg		em observação
		7. Curativos feridas	curati	de ferida
				04/09/2015
				Situação paciente em
				química de rotina
				PA 120x80mmHg
				funções fisiológicas
				normais. Tec. Paciente
				cozum 360633

Dr. Marcelo A. A. Pimenta  
Ortopedia e Traumatologia  
PRM 1791

*(Assinatura)*

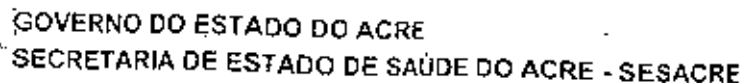


GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 04/09/2015 às 08:10:22

SECRETARIA  
DE  
SAÚDE  
HUB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO	38	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - 8	159
EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>#FX PUNHO E 4 FX talus (D)</p> <p>PACIENTE LUCIDO, ORIENTADO, SEM QUEIXA DE DOR NO MOMENTO. PERFUSÃO DISTAL MANTIDA.</p>	<p>1. DIETA LIVRE</p> <p>2. SRI 500ML IV 8/8H</p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/8H</p> <p>4. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) OU RANITIDINA 50 MG 12/12 H</p> <p>MEDICAÇÕES S.O.S.</p> <p>7. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N</p> <p>8. PLASII 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N</p> <p>9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS &gt; 140 OU PAD &gt; 100mmHg</p> <p>CUIDADOS GERAIS</p> <p>10. MEMBRO ELEVADO</p> <p>11. CURATIVO 1X/DIA</p> <p>12. FST MOTORA E RESPIRATORIA</p>	<p>500 + 500 + 500</p> <p>10. 16. 20. 4</p>	<p>8:00 - Cliente acordou benho de espessura + troco de roupa de cama + limpeza gerais. T: 35.5°C</p> <p>As 16h - Paciente evolui em repouso queixando-se de algia no MMSE, acurando S.O.S. 100mg. sintomas fisiológicos presente. P.A.: 150x80; T: 35.5°C</p> <p>Estagiária: Euc. Euf. Jardim</p> <p>25/08/2015</p> <p>Dr. Thiago Braghin PMA Original e Autenticidade 00542675</p>	



digitado e impresso em: 05/09/2015 às 09:50:09

HERE

## PACIENTE

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO

10ADE

38

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

159

## EVOLUÇÃO

## PRESCRIÇÃO

### HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX PUNHO E + TALUS D

PACIENTE LUCIDO, ORIENTADO, SEM  
QUEIXA DE DOR NO MOMENTO.  
PERFUSAO DISTAL MANTIDA

SOLCITIO TC

1. DIETA LIVRE -----  
/-----  
2. SRL 500ML IV 8/8H -----  
-----  
3. DIIPIRONA 1GR EV DII 11/12O 5/8H -----  
-----  
4. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA -----  
OU-----  
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO 3/IVER EV) -----  
OU-----  
RANITIDINA 50 MG 12/12 H-----  
-----

MEDICAÇÕES S.O.S.

7. TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H S/N \_\_\_\_\_  
8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N \_\_\_\_\_  
9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>140 OU PAD>100mmHg \_\_\_\_\_

## CUIDADOS GERAIS

10. MEMBRO ELEVADO \_\_\_\_\_

11. CURATIVO 1X/DIA \_\_\_\_\_

12. FST MOTORA E RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_

SND  
500 500 500  
10 16 22 04


04

07 JAN 2016

2000

900hs cliente cari-  
viente camuflado  
tiro suprimido afelso  
monica do de...  
tando. oferecendo para  
santo de expressão  
sacral. unativo  
s/... usado  
SF0-84-  
TE Velho. 0/65/930  
14:30hs - Saia de alta hospitalar  
o melhoras acompanhado  
por familiares, orientado quanto  
uso de medicações e continuidade  
do tratamento levou Rx Ac. G.  
Fernanda Oliveira

CONFIDENTIAL


 alte hospitalan  
 Seb eventação  
 2h. Mar. a. anelis  
 C. ringin MC  
 09/09 e 14/09 - Nelson  
 Swonair





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

**LAUDO MÉDICO**

NOME: Alysson Ramalho Batista Nascimento

O paciente supracitado apresenta fratura de rádio  
distal esquerda a partir de 1

ou há 1 tendo sido tratado com procedi-  
mento cirúrgico - placa e fixação

No momento, encontra-se em reabilitação  
sem previsão de alta de  
ortopedia

CID: S52.2

Laurenço B.C. Carvalho  
Médico Residente Ortopedia  
e Traumatologia  
CRM - Acre  
Médico

07.10.15

07 JAN 2016



# RECEITUARIO MÉDICO

### Patient

Aglynes 00 0000

Disb. f. natus natus datus ad oz

Computer Systems and Networks  
Syllabus 2008-2009 + 4th Edition  
Dr. N. S. S.

10. North Carolina on Fishers  
15. 01 57

custo não se paga

Ammonia → Glucose

DATA: 22, 9, 15

ASSINATURA: *Dr. José Roberto de Almeida Souza*  
PRM - Ortodontia e Traumatologia  
C.R.O. - Nº 1859

07 JAN 2016



# RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ALYSON FERNANDO B. NASCIMENTO

Prescrição de B.O.

Uma fratura com deslocamento do osso

com fratura descolada com placa  
superior e inferior e fixação com  
dois parafusos

Dr. Antônio Carlos A. Franco  
em 15/07

Curativo a ser feito no local

de acordo com o plano

DATA: 22/9/15

CARIMBO	
ASSINATURA	

Documentos de identificação  
0012

Valença 214 2000  
II TERRITÓRIO NACIONAL  
874472060

PRIMEIRO NOME  
874472060

NOME  
ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO

DOC. IDENTIFIC. (RG, CNH, etc.)  
271745 SSP AC

CPF  
767.126.482-20

DATA NASCIMENTO  
30/07/1977

FLUXO  
OTO DE ARAUJO  
NASCIMENTO  
RAIMUNDA BATISTA  
NASCIMENTO

PERMISSÃO  
ACQ  
CAT. NAS.  
AB

Nº REGISTRO  
0333795077A

VALIDADE  
10/01/2019

THABILITADO  
01/04/2009



OBSERVAÇÕES

Assinatura: Allysson Ramalho Batista Nascimento  
A/3. RAMALHO DO PORTUGAL

LOCAL  
RIO ARAUJO - ACRE

DATA EMISSÃO  
30/08/2014

0096839734  
AC40569534

07 JAN 2016



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR

Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420, Fone:  
3225-6220.

31610 20709



OCORRÊNCIA Nº: 5404/2015 - Registrado em 25 de Novembro de 2015 às 9:08h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 03/09/2015 às 08:30hs, Quinta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município: Rio Branco  
Logradouro:  
Bairro:  
Referência: transacreana km 10

Estado: AC  
Nº: CEP:  
Tp de Local: VIA URBANA

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO (38), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Chefe pedreiro, RG Nº: 271745/SSPAC, CPF: 787.128.482-20, nascido em 30/07/1977, natural de Rio Branco - AC, PAI: OTO DE ARAUJO NASCIMENTO e MÃE: RAIMUNDA BATISTA NASCIMENTO, Endereço: VILA MANOEL MARQUES CUNHA - AC 90KM 14 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9965-5591.

**VEICULO(S) TP DE ENVOLVIMENTO EXAMES SOLICITADOS**

Placa: MZS-3345 Apurar  
Cor: PRETA  
Modelo/Marca: FAZER YS250 LE/YAMAHA  
Ano: 2007/2007  
Proprietário: WILLIAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

**EXAMES SOLICITADOS**

LESAO CORPORAL

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O noticante vem nos comunicar, que sofreu um acidente na motocicleta supracitada no local acima mencionado, que sofreu algumas lesões, chegando a quebrar o punho e o pé. Diante dos fatos solicita as providências cabíveis.

FABRIZIO LEONARD DA SILVA SOBEIRA  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EVERALDO DOS SANTOS ARAUJO  
ATENDENTE

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO  
COMUNICANTE



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR  
Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420, Fone:  
3225-6220.

OCORRÊNCIA Nº: 5404/2015 - Registrado em 25 de Novembro de 2015 às 9:08h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 03/09/2015 às 08:30hs. Quinta-Feira

LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Lugar:		Nº:	CEP:
Bairro:		Tip de Local:	VIA URBANA
Referência:	Transacriana km 10		

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA:**

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO (39), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Chefe pedreiro, RG Nº: 271745/SSPAC, CPF: 767.126.482-20, nascido em 30/07/1977, natural de Rio Branco - AC, PAI: OTO DE ARAUJO NASCIMENTO e MÃE: RAIMUNDA BATISTA NASCIMENTO. Endereço: VILA MANOEL MARQUES CUNHA - AC 90KM 14 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9965-5581.

VEÍCULO(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
Placa: MZS-3345	Apurar	
Cor: PRETA		
Modelo/Marca: FAZER YS250 LE/YAMAHA		
Ano: 2007/2007		
Proprietário: WILLIAN MAGALHAES DE OLIVEIRA		

**EXAMES SOLICITADOS**

LESÃO CORPORAL  
ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O noticiante vem nos comunicar, que sofreu um acidente na motocicleta supracitada no local acima mencionado, que sofreu algumas lesões, chegando a quebrar o punho e o pé. Diante dos fatos solicita as providências cabíveis.

FABRIZIO LEONARD DA SILVA SOBRINHO  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EVERALDO DOS SANTOS ARAUJO  
ATENDENTE

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO  
COMUNICANTE



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPR  
RUA DO RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AERÓPORTO VELHO - 69803-420, Fone:  
(62) 6220.

OCORRÊNCIA Nº: 5494/2015 - Registrado em 25 de Novembro de 2015 às 9:08h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 03/09/2015 às 08:30hs, Quinta-Feira

LESÃO CORPORAL - POSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via pública poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.gov.br](http://www.dpvatseguro.gov.br)

**LOCAL**

Município: Rio Branco

Estado: AC

Logradouro:

Nº: CEP:

Bairro:

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: km 10

**ENVOLVIMENTO DO DENUNCIANTE/VÍTIMA**

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO (38) do sexo masculino, Brasileiro, Solteiro, exerce a profissão de Chefe pedreiro, RG Nº: 271745/SSPAC, nascido em 30/07/1977, natural de Rio Branco - AC, filho de ARAÚJO NASCIMENTO e MÃE: RAIMUNDA BATISTA NASCIMENTO, Endereço: VILA DO NOEL MARQUES CUNHA - AC 90KM 14 - Rio Branco - AC. Telefone(s): 9969-5521.

**VEÍCULO(S)**

**TP. DE ENVOLVIMENTO**

**EXAMES SOLICITADOS**

Placa: MZS-3345

Apurar

Cor: PRETA

Modelo/Marca: PLYMOUTH/YAMAHA

Ano: 2007/200

Proprietário: V. RAMALHÃO DE OLIVEIRA

**ENVOLVIMENTO DO(A) APURAR**

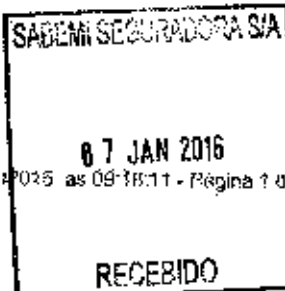
**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O notificante verbalizou, que sofreu um acidente de motocicleta supracitada no local acima mencionado, que sofreu algumas lesões, chegando a quebrar o punho e o pé. Diante dos fatos solicita as providências cabíveis.

FABRIZIO LEITE DA SILVA SOBRINHA  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EVERALDO DOS SANTOS ARAÚJO  
ATENDENTE

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO  
ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO  
COMUNICANTE



Nº Ocorrência: 1509030745 03/09/2015 08:32:14 Apelido: MOTO X CARRO 1 Vítima

**DADOS INICIAIS**

MANOEL, DO TELEFONE (68) - 93913249, SENDO A VÍTIMA, FEZ UMA LIGAÇÃO DO TIPO ATENDIMENTOS E A LIGAÇÃO ORIGINOU-SE DE VIA PÚBLICA.

A QUEIXA NÃO FOI CADASTRADA.

ATRIBUIU-SE À ESTA OCORRÊNCIA O APELIDO: MOTO X CARRO; O TIPO DA OCORRÊNCIA FOI CLASSIFICADO COMO CAUSA EXTERNA E O MOTIVO DA OCORRÊNCIA FOI COLISÃO CARRO X MOTO. INICIOU-SE EM 03/09/2015 08:32:14 E FOI FINALIZADA EM 03/09/2015 09:37:50.

RISCO PRESUMIDO: VERDE(BAIXO RISCO) | RISCO COMPROVADO: VERDE(BAIXO RISCO)

**ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA**

TRANSACREANA KM10 TRANSACREANA KM10,

\*\*\* SELECIONE \*\*\* - RIO BRANCO - AC

CEP:

PONTO DE REFERÊNCIA: ANTES DA VILA



Não foi solicitado apoio.

**ENDEREÇO DO SOLICITANTE - IGUAL**

RUA TRANSACREANA KM10

\*\*\* SELECIONE \*\*\* - 120040AC

PONTO DE REFERÊNCIA: ANTES DA VILA

**VÍTIMAS**

ALLYSSON RAMALHO B NASCIMENTO

Classificação: \*\* NÃO INFORMADO \*\*

IDADE: 38 ANO(a) SEXO: Masculino

**AValiação NÃO ESTRUTURADA**

OPERADOR

AValiação

DATA/HORA

PEDRO PASCOAL

FX DE PUNHO ESQUERDO.

03/09/2015

PEDRO PASCOAL

INFORMANTE REFERINDO PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, COM ESCORIAÇÕES.

09:11:17

PEDRO PASCOAL

03/09/2015

08:34:47

**DECISÃO TÉCNICA**

DECISÃO TÉCNICA

DESTINO

INTERCORRÊNCIA OBS. SIT.

ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

(PEDRO PASCOAL)

(PEDRO PASCOAL)

(03/09/2015 09:11:31)

(03/09/2015 09:11:31)

ENVIO DE VEÍCULO

LOCAL DA OCORRÊNCIA

(PEDRO PASCOAL)

(PEDRO PASCOAL)

(03/09/2015 08:37:08)

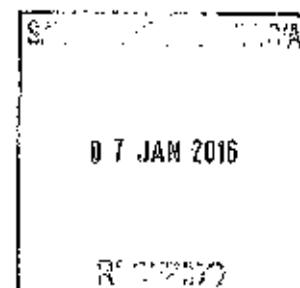
(03/09/2015 08:37:08)

**CONDUTA**

Vítima sem Decisão Gestora

**HIPÓTESE DIAGNOSTICO**

Vítima sem Hipótese de Diagnostico Preenchida.



**VEICULO(S)**

VEÍCULO	EQUIPE	ENVIO EQUIPE	SAÍDA BASE	CHEGADA LOCAL	SAÍDA LOCAL	CHEGADA DESTINO	RETORNO DESTINO	CHEGADA BASE
USB 03 RB UPA 2	EDILBERTO CARDOSO(AUXENF) JUNIOR (MOTORISTA)	03/09/2015 08:41:44	03/09/2015 08:43:26	03/09/2015 08:58:15	03/09/2015 09:12:14	03/09/2015 09:29:57	03/09/2015 09:37:26	03/09/2015 09:59:40

**MOVIMENTAÇÃO DA OCORRÊNCIA**

DATA/HORA	EFETUADO POR	ORIGEM EM	DESTINO EM
03/09/2015 08:32:14	LILYAN (T)	LIGAÇÃO	LILYAN



03/09/2015 08:33:15	LILYAN (T)	LILYAN	EM FILA
05/09/2015 08:34:11	PEDRO PASCOAL (M)	EM FILA	PEDRO PASCOAL
03/09/2015 08:35:30	NADINEOP (R)	NADINEOP	NADINEOP
03/09/2015 08:37:13	PEDRO PASCOAL (M)	PEDRO PASCOAL	EM FILA
03/09/2015 08:40:08	NADINEOP (R)	NADINEOP	NADINEOP
03/09/2015 09:02:15	PEDRO PASCOAL (M)	NADINEOP	PEDRO PASCOAL
03/09/2015 09:02:23	PEDRO PASCOAL (M)	PEDRO PASCOAL	EM FILA
03/09/2015 09:09:57	PEDRO PASCOAL (M)	EM FILA	PEDRO PASCOAL
03/09/2015 09:16:42	PEDRO PASCOAL (M)	PEDRO PASCOAL	EM FILA
03/09/2015 09:37:32	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA (M)	EM FILA	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA