

# 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: 00000056005-7

---

Nr. da Autenticação 75D2A01156940EAD



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2016

Carta n°: 8972377

**A/C: ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO**

**Sinistro:** 3160020701 ASL-0008972/16  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>6.412,50</b>

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

Graduação: Em grau módio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau módio 50%

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

<b>Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =</b>	R\$	<b>1.687,50</b>
--	-----	-----------------

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 Vítimas 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 complicações.

**RADIO TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTSE 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 suscetível 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 PREENSAO COM A MAO ESQUERDA + HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO 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(\*) .

Vítima 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)

Região Corporal(Sequela)

**TORNOZELO DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**MSE**

10%     25%     50%     75%     100%

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**

Júlio César Quênia

Júlio César F. de Oliveira  
MÉDICO  
CRM: 2078-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autenticação do pagamento

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, Alysson Ramalho Batista NascimentoPORTADOR(A) DO RG Nº 03327850773EXPEDIDO POR SSP/ACEM 26/08/14

CPF 7671326482-20 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO operador  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alysson 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 Lotéricas 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 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278 N° da CONTA (com dígito, se existir) 56005-7

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278 N° 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/D6 de Novembro de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

07 JUN 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.

# CAIXA

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	CHARLENE RIBEIRO DA SILVA
Conta origem:	2278 / 013 / 00031368-8
Conta destino:	2278 / 013 / 00056005-7
Nome destinatário:	ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIME
Valor:	R\$ 100,00
Identificação da operação:	246824
Data de débito:	01/12/2015
Data/hora da operação:	01/12/2015 14:58:11
Código da operação:	00351498
Chave de segurança:	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.

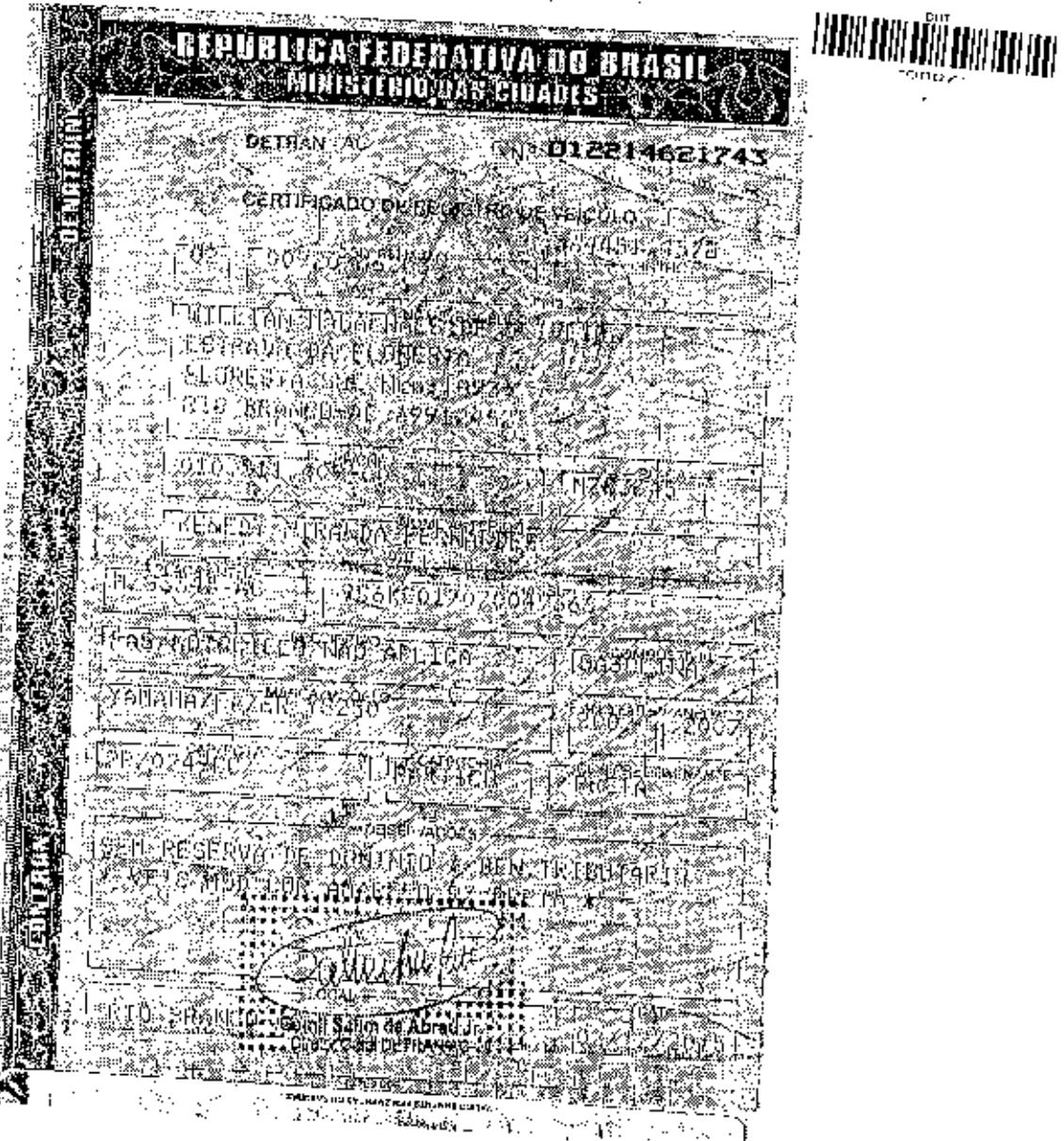
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

07 JAN 2016



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VÉHICULO AT  
AUTORIZADO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DETRAN  
AUTORIZADO REGISTRO DESTE VÉHICULO PARA TRANSFERIR

VALOR R\$ 5.000

NOME DO COMPRADOR

Allysson Ramalho Batista

ENDERECO

Rua 30 3 Andar Rio Branco AC 041215

DATA

09/08/2015

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias contados da efetivação da compra e se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a sua propriedade nas etapas da compra e da transferência (Lei Federal nº 9.503/98 Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 dias contados da data da emissão para provisoriamente transferir o veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o recolhimento de todas as dívidas do adquirente e do vendedor, incluindo multa e multa por AUTENTICIDADE.

DEACORDO

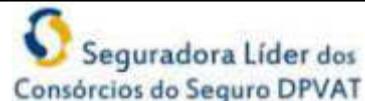
Allysson Ramalho Batista

Assinatura

Allysson Ramalho Batista

MASCIMENTO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 PREENSÃO COM A MAO ESQUERDA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MAO ESQUERDA COM DIMINUIÇÃO DA FORCA MUSCULAR LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO E ROTACAO DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** RADIO TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTSE 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

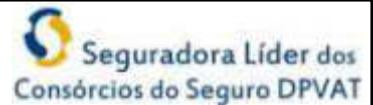
**CRM do médico:** 2678/AM

**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
<b>Total</b>			<b>47,5 %</b>	<b>R\$ 6.412,50</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

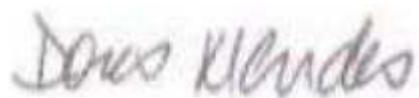
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

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

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in cursive script that appears to read "Dores Mendes".

~~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 ARAUJO NASCIMENTO  
 Nome da Mae.....: RAIMUNDA BATISTA NASCIMENTO  
 Endereco.....: AC 90 KM 15  
 Bairro.....: AC 90                                  Cep.: 00000-000  
 Telefone.....: 9965-5591  
 Municipio.....: 1200401 - - 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 Saída:  
 Especialidade:  
 Tipo de Saída:  
 CID Principal:  
 CID Secundario:  
 Principal:  
 Secundario:  
 Outro:

07 JAN 2016

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Allyson R. Batista

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/07/77

9 - SEXO

Masc  Fem

10 - RACA/COR

11 - ETNIA

12 - NOME DA MÃE

Raimunda Batista Nascimento

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

AC-90 Km 1/5 AC 90

15 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA

Rio Branco

16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - DDD

20 - NÚMERO TELEFONE

99655591

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tcet. cirúrgico

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

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

( ) CNS ( ) CPF

Ono Marcelo A.

Ortopedista

CRM 119

Prm 119

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

03/9/15

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DOBILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - EMPREGADO

47 - EMPREGADOR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

07 JAN 2010

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

PAL [ ] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [ ]

EXAM.COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TCO [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Quando de nasc, refer dor no pulmão e gotejamento: normal, Abdome: normal.

6 dias ou 15

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

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

DIAGNOSTICO:

*Fretura no pulmão*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Dipirona 400 mg 20*

*Aplicação do antipodíntico*  
*até pós cirurgia.*

*Paracetamol*  
*cm 836m*

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. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E GARIMBO DO MEDICO

*11 JUN 2016*

*S. J. L. 2016*



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

17 May 2015

*New Acre*

Unidade

NOME: Allysson R. Batista

IDADE: 30

## REGISTRO

ENFERMARI

CEITO

150

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM	
				ANOTAÇÕES	NOTAS
03/9/15	A frat. intra-articul- lar rádio distal E  MT: Acidente de moto	1. Dieta livre 2. SF 0,9% 500ml IV (2/12) 100 + 500 ml ua 3. Dipirona 5g IV 6/6h 4. Dinefradol 40mg IV /dia 5. Icamol (100) plasti 10 } IV 8/8h SF 100ml } SN 6. Cefloftil 250mg IV (SE) Passe 1/60 PA) > 100ml Hg	100 100 100 100 100 100	Não aderiu Data 06/09/15 NTE abriu Suspensão do medicamento devido a reac- ção adversa. C/ 01 SF dia (dia sexta). Cap. Abrio 508332	
		7. Cuidados gerais.	ciente		
				04/09/2015 — S'ache paciente da quinta leito 100 PA 120x80mm Hg frequência cardíaca 80/ respiratória 16/ co2em 36,06 ± 3 —	



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

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

B  
C  
E

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	HABER
	ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO	38	CMB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	LEITO 159
Evolução	Prescrição	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
*FX PUNHO E + FX FALUS D	<p>1. DIETA LIVRE</p> <p>2. SRI 500ML IV 8/8H</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO TIVER EV) OU RANITIDINA 50 MG 12/12 H</p>	<p>20/09</p> <p>500 + 500 + 500</p> <p>10:16:30:4</p> <p>6</p>	<p>8:00 - Cliente feminina Sem sinal de desidratação + fraco de respiração + fraco de pulso + cansaço + fadiga geras. tetralogia</p> <p>AS10/09 Paciente evoluindo com resfriado queiro do se de alga na muse, sentindo d.s.o. fun- cões fisiológicas presente. P.p.: 150x60; Tdc: 35,5 c°</p> <p>Estagiaria Dr. Enf. Gardine.</p> <p><i>Fábia Lima Estagiária CREFAC 4083</i></p>	
MEDICAÇÕES S.O.S.	<p>7. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8HLS/M</p> <p>8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SIN</p> <p>9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS&gt;140 OU PAD&gt;100mmhg</p>			
CUIDADOS GERAIS	<p>10. MEMBRO ELEVADO</p> <p>11. CURATIVO 1X/DIA</p> <p>12. FST MOTORA E RESPIRATORIA</p>	<p>Q</p> <p>FS</p>		
			<p>Dr. Thiago Bragin Residente Internista Oncologia</p>	



REGISTRO PACIENTE

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO

IDADE

38

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MÉDICA CIRURGICA - B

LEITO

159

EVOLUÇÃO

PREScriÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EX PUNHO E + TALUS D

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

SOLCITÓ TO

1. DIETA LIVRE
2. SRL 500ML IV 8/8H
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H
4. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA  
OU  
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO TIVER EV)  
OU  
RANITIDINA 50 MG 12/12 H

MEDICACOES S.O.S.

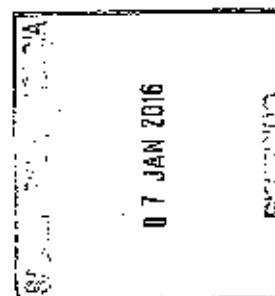
7. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N
8. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N
9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>140 OU PA0>190cmhg

CUIDADOS GERAIS

10. MEMBRO ELEVADO
11. CURATIVO 1X/DIA
12. FST MOTORIA E RESPIRATORIA

SND  
SOL 500 500  
X 16 22 04

04



900hs clínica car  
clínica cananéia  
Av o sumpreco abelha  
medicacão de enzase  
hando. Olicitado para  
sanho de aspiracão  
stacóli. curativo  
d. secrecão escada  
SF0 + 91 -

TE Número. 0/65/1930  
12:30h - Sain da ala hospitalar  
ci melhores acompanhados  
por familiares, orientados quanto  
uso de medicacões e continuidad  
ao tratamento levar rx Dr. Fernando  
fernandes Oliveira

05/09/2015 09:50:09

05/09/2015

O INFILTRAR ORIGEM

Alto hospitalar  
lab eventos  
Dr. Mar. auxilio  
Grajan NC  
e reforç  
14/09 a finais

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 Banhalho Batista Nascimento

O paciente supracitado apresenta fratura de rádio distal esquerdo a partir de ou há tendo sido tratado com prioredade cirúrgico - placa e fix Kiss bone. No momento, encontra-se em mobilização sem previsão de alto de osteopedia.

CIP: 952.2

07, 10, 15

07 JAN 2016



Paciente: Alyson Randolph Nascimento

Alergia ao urso

Dosol. frutas ricas em fibras ao c3.

Cenoura, abobrinha e couve.

Supone velas de cera e óleos  
de nônias.

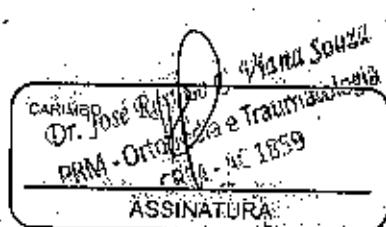
Alimentos ricos em fibras

150g dia

Frutas ricas em fibra

maçãs, uvas, laranja

DATA: 22/8/15



07 JAN 2016



## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: AU-YANG TIANMING B NACIONAL

Prontuário: 06 1016

Dia: 10/09/2015 hora: 10:00

Características: Homem de plástico

Suposto nome: Eric Geraldo  
00 milhares

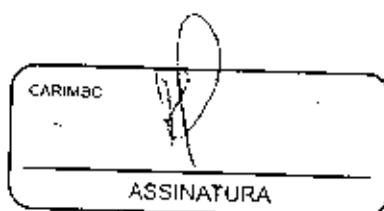
Histórico: Antecedentes de fumante

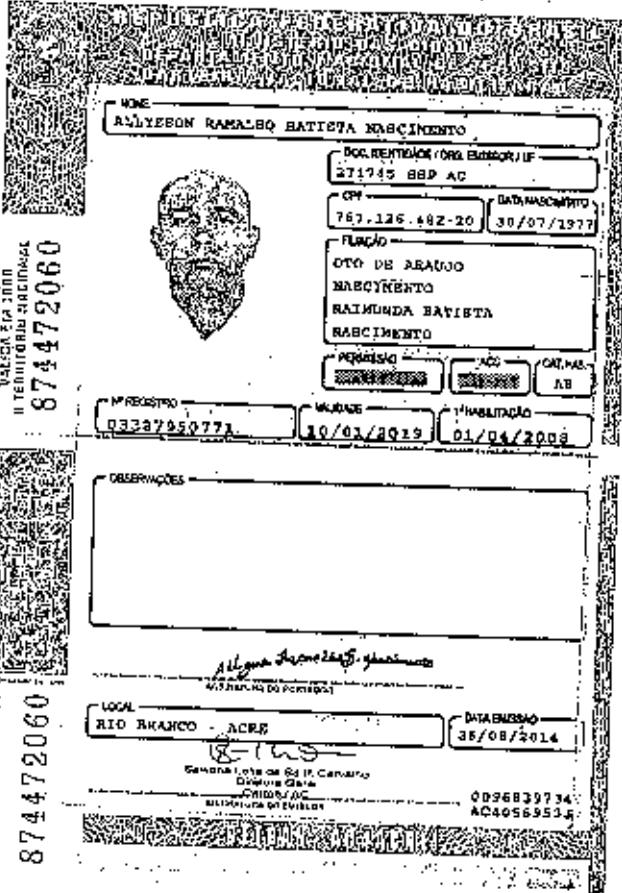
0 - 15 min

Exame: Normal e sem lesões

Diagnóstico: Transtorno de humor

DATA: 22/9/15





07 JAN 2016



ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 3<sup>a</sup> REGIONAL - 3<sup>a</sup> DPCR

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

31680 20701

Relatório de Ocorrência



00001

OCORRÊNCIA N°: 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 N° 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

Logradouro:

Nº: CEP:

Bairro:

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: transacreana km 10

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO (38), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Chefe pedreiro, RG Nº: 271745/SSPAC, CPF: 787.126.482-20, 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): 9985-5591.

**VEÍCULO(S)**

**TP DE ENVOLVIMENTO**

**EXAMES SOLICITADOS**

Placa: MZS-3345

Apurar

Cor: PRETA

Modelo/Marca: FAZER YS250 LE/YAMAHA

Ano: 2007/2007

Proprietário: WILLIAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

**EXAMES SOLICITADOS**

LESAO CORPORAL

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

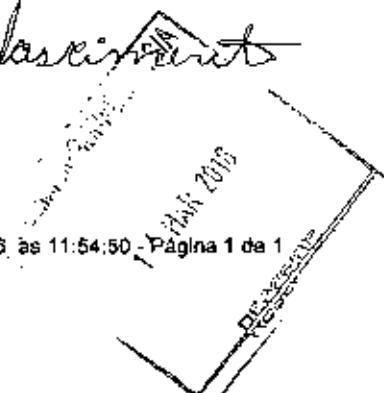
**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

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 SOBREIRA  
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 POLICIA 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 N° 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.dpvalseguro.com.br](http://www.dpvalseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município: Rio Branco

Estado: AC

Leradouro:

Nº: CEP:

Bairro:

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: Transcrevendo km 10

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA:**

ALLYSSON RAMALHO BATISTA NASCIMENTO (38), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Chácaras 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 MAGALHÃES 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 topo. Diante dos fatos solicita as providências cabíveis.

FABRIZIO LEONARD DA SILVA SÔBREIRA  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EVERALDO DOS SANTOS ARAUJO  
ATENDENTE

Allysson Ramalho Batista Nascimento

COMUNICANTE





03/09/2015 08:03:15	LILYAN (F)	LYAN	EM FILA
05/09/2015 08:34:11	PEDRO PASCOAL (M)	EM FILA	PEDRO PASCOAL
03/09/2015 08:35:30	NADINEOP (F)	NADINEOP	NADINEOP
03/09/2015 08:37:13	PEDRO PASCOAL (M)	PEDRO PASCOAL	EM FILA
03/09/2015 08:40:06	NADINEOP (F)	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 DELCIDIÁ DE SOUZA DA CUNHA (M)	EM FILA	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA