

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA FRANCISCA ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02358-2

CONTA: 000010052052-9

Nr. da Autenticação 9D12C304828532A1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042144

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA FRANCISCA ALVES

Data do acidente: 31/07/2018

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: : fratura de punho direito

Descrição do exame físico: Exame físico: MSD: deformidade no punho com desvio valgo da mão, aumento de volume do punho, hipotrofia do antebraço, limitação para a flexão do punho a 70 graus e extensão do punho a 50 graus e redução da força muscular do membro

Resultados terapêuticos: Tratamento: conservador com redução incruenta e imobilização gessada e fisioterapia.
Alta: Dezembro de 2018

Sequelas permanentes: Funcional: Limitação funcional do punho direito com grande deformidade, conforme descrito no exame físico, e redução da força muscular do membro.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM PARÂMETROS TÉCNICOS, AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO CLÍNICA E DOCUMENTAL PAGO DANOS PUNHO DIREITO 50%

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

0408020180-6.523

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2571886 DATA: 31/07/2018 HORA: 12:18 USUARIO: ERICO
CNS: 708009872024626 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA FRANCISCA ALVES
 IDADE.....: 55 ANOS NASC: 25/09/1962
 ENDEREÇO.....: ESTRADA APOLONIO SALES
 COMPLEMENTO.....: BAIRRO: PLACAS
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO
 NOME PAI/MAE...: JULIO ALVES DE ARAUJO
 RESPONSÁVEL....: A MESMA
 PROCEDENCIA...: JOSE AUGUSTO
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL..: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO

DOC...: CART.SUS
 SEXO...: FEMININO
 NUMERO:
 UF: AC CEP...: 69900-000
 /ISABEL ARINOS DE ARAUJO
 TEL...: 99916-1561
 COMPREV...: VIOLENCIA S/A
 14 NOV 2018
 PLANO DE SAUDE....: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: SIM
 TRAUMA: NAO

PA[184 X 96 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FCT[92] SPO2[91]
 EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
 SPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

paciente hipertensa e diabética com histórico de Atropetamento.
nas áreas de ruas, quando surge a, sur, do mto SRA, wte
gravidas 15, eploras por vados, pladom, leito, suolm a palpacio
D 13-1, e amava, leantre talano entre 1980s 10 anos.

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

Cefotaxime 2g PRESCRICAO *12:40* HORARIO DA MEDICACAO
Tilud 40mg IV *12:40*
aspirina 2,0ml IV *12:40*
DT 25ml. IM *12:40*
Captopril 25mg VO *(12:40) Pac. Breussau*

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

As 12:18 h. Pac. admitida no Trauma, veio de SAAV
procedente de via pública, após acidente automobilístico
leito de mto, MSB mobilizada com tala. Sem color / sem
maim nítida. Rt em ambiente, expressão, orientada
Colete hino.
Encaminhada à atropetm capine peritapó específico.
 RXU PA: 184 X 96
 12:42 h. SPO2: 94%

Carla dos S. B. Costa
 Enfermeira
 11/07/2018

Ortopedia 31/10/18 15:10

paciente vítima de acidente
automobilístico el da em perna e punho
direito apresentando o claudicação.

Após a fratura do rádio distal ①
e da perna a fratura / ungue

~~HE~~ : redução imediata + im-
obilização q gno anel gesso +
curativo + Omentologia + Ao curativo
para qnt 15 dias + retornar 10
dias para avaliar evolução

Dra. Livia Ferreira
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1933

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



SISTEMA FUNDHACRE **SOCIEDADE DE EXAMES SAO DE**

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SAISUS - CNPJ. 63.602.940/0001-70

☒ H. FUNDHACRE
☐ H. DO IDOSO
☐ POLIC. TUCUMÃ
☐ H. DA CRIANÇA

☐ C.I. DA MULHER
☐ H.M.M. MONTE
☐ CACON

MATRÍCULA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Data Nasc. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Nome Manoel F. Alves Sexo, M ☐ F ☒

☒ Ambulatório ☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI ☐ URGENTE

Clinica _____ Enfermaria/leito _____

O material só será colhido ou aceito se o formulário estiver preenchido por completo e com letra legível.

SUSPEITA CENICA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Data dos primeiros sintomas 12 DEZ 2018

EXAMES SOLICITADOS

1. Na do mundo Dr. Dr
 2. perfil
 3. perfil
 4. perfil

Material Enviado:

Dra. Livia Ferreira

PRM Ortopedia e Traumatologia
 CRM/AC 1933

DATA 31, 08, 2018

CRM ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Dra. Livia Ferreira

PRM Ortopedia e Traumatologia
 CRM/AC 1933

Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

SR. PACIENTE, A ROTINA DA COLETA FUNCIONA DAS 7:00 ÀS 9:00 HORAS
 DE 2ª À 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE.

DIRIJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTEN OUTRAS
 INFORMAÇÕES.

RETIRAR FRASCO PARA URINA E FEZES DAS 9:00 ÀS 17:00 HORAS

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

☐ JEJUM:

Estar em jejum significa não ingerir nenhum alimento tanto líquido como sólido, no período 12:00 ou 14:00 horas, dependendo do tipo de exame, antes da coleta do material para a realização do mesmo. Isto é necessário quando você vai coletar sangue para alguns tipos de exames (glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio etc.). O jejum é importante para que os resultados de seus exames de sangue sejam corretos. Atenção MESMO EM JEJUM NÃO DEIXE DE TOMAR SEUS REMÉDIOS.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			Nº DO PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE <i>Maná Franca Alim</i>			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO MASC.() FEM.()
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	RAÇA COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>		CID 10
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>fratura punho D + trauma pulso E</i>		CID 10 PRINCIPAL	
OBSERVAÇÕES <i>gesso arm punho e mão</i>			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO / /	ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		



NOME: Marina Konurka Azev

está em acompanhamento terapêutico
 no follow do ponto D tratado
 conservadoramente, evoluindo
 com consolidação inicial,
 encaminhado à fisioterapia p/ o
 ganho de amplitude do ponto D

552-5


 Rio Branco - Ac. 25/09/18

CARIMBO E ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAZ CIDADIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTILHA NACIONAL DE HABITACAO

2

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITORIOS NACIONAIS
 964023684

NOME
 MARIA FRANCISCA ALVES

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISOR / UF
 107081 SEP AC

CPF
 138.314.372-20

DATA NASCIMENTO
 25/09/1963

PLACAO
 JULIO ALVES DE ARAUJO

ISRAEL ARIMOS DE
 ARAUJO

PONERAO
 25/09/2010

ACE
 25/09/2010

CRT. HAB.
 A

INSCRICAO
 25/09/2010

VALIDADE
 25/07/2010

CONSERVACAO

Maria Francisca Alves
 Assinatura do Titular

LOCAL
 RIO BRANCO - ACRR

DATA EMISSAO
 25/09/2014

Sassano Leite da Sd R. Carvalho
 Diretoria Geral
 (Assinatura)
 51916255981
 AC480751052

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 NOV 2018

PROTOCOLO
 AC480751052

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042144

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA FRANCISCA ALVES

Data do acidente: 31/07/2018

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: : fratura de punho direito

Descrição do exame físico: Exame físico: MSD: deformidade no punho com desvio valgo da mão, aumento de volume do punho, hipotrofia do antebraço, limitação para a flexão do punho a 70 graus e extensão do punho a 50 graus e redução da força muscular do membro

Resultados terapêuticos: Tratamento: conservador com redução incruenta e imobilização gessada e fisioterapia.
Alta: Dezembro de 2018

Sequelas permanentes: Funcional: Limitação funcional do punho direito com grande deformidade, conforme descrito no exame físico, e redução da força muscular do membro.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM PARÂMETROS TÉCNICOS, AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO CLÍNICA E DOCUMENTAL PAGO DANOS PUNHO DIREITO 50%

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, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042144

Vítima: MARIA FRANCISCA ALVES

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA FRANCISCA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Maria Francisca Alves</i>		CPF titular da conta <i>138.314.372-20</i>	Profissão <i>Aposentada</i>
Endereço <i>R. São Sebastião</i>		Número <i>154</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Lot. Santa Luzia</i>	Cidade <i>Rio Branco</i>	Estado <i>Acre</i>	CEP <i>69.903-420</i>
Email			Telefone (DDD) <i>(68) 99915-1661</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <i>2358-2</i> D/V <i>51</i> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <i>BRASIL</i> NRO. <i>001</i>	
CONTA NRO. <i>52.052-7</i> D/V <i>51</i> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <i>001</i> D/V <i>51</i> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rio Branco - Acre, 13 de Novembro de 2018
Local e Data

Maria Francisca Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Maria Francisca Alves</i>		CPF titular da conta <i>138.314.372-20</i>	Profissão <i>Aposentada</i>
Endereço <i>R. São Sebastião</i>		Número <i>154</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Lot. Santa Luzia</i>	Cidade <i>Rio Branco</i>	Estado <i>Acre</i>	CEP <i>69.903-420</i>
Email			Telefone (DDD) <i>(68) 99915-1661</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <i>2358-2</i> D/V <i>51</i> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <i>BRASIL</i> NRO. <i>001</i>	
CONTA NRO. <i>52.052-7</i> D/V <i>51</i> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <i>001</i> D/V <i>51</i> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rio Branco - Acre, 13 de Novembro de 2018
Local e Data

Maria Francisca Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 026355/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2018 09:51 Data/Hora Fim: 04/09/2018 10:22
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional
Data/Hora do Fato: 31/07/2018 11:50

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Rua Alexandre Farhat

Bairro: Bosque
Nº: 68

Ponto de Referência: cruzamento com a Rua Alexandre Lopes
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA FRANCISCA ALVES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Sena Madureira Sexo: Feminino Nasc: 25/09/1962
Profissão: Aposentado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Isabel Arinos de Araújo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: null
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 138.314.372-20

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: Rua São Sebastião
Complemento: Loteamento Santa Luzia
Bairro: Apolônio Sales
Telefone: (68) 99915-1061 (Celular)

Nº: 154



Nome Civil: HELOISA MARIA DE LIMA DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

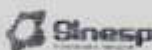
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Telefone: (68) 99986-8338 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Renavam: 989042421	Placa NAA6946
Número do Chassi *****29448	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor Preta	UF Veículo Acre



Delegado de Polícia Civil: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira
Impresso por: Denis Fernandes de Araújo
Data de Impressão: 04/09/2018 10:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

Fabrizzio Leonard da S. Sobreira
Delegado de Polícia Civil
UF: 09915-1061

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026355/2018

Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Francisca Alves	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa MZP9034	Número do Chassi *****94334
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010	Cor Preta
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo I/HYUNDAI TUCSON GL 20L	Modelo I/HYUNDAI TUCSON GL 20L
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Heloisia Maria de Lima da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que ia passando pela Rua Alexandre Lopes em sua moto Honda/CG 125 FAN de placa NAA 6946 quando percebeu o veículo HYUNDAI/TUCSON de placa MZP 9034 invadindo a sua preferencial de forma que causou a colisão entre os veículos. Relata que diante disso a comunicante e seu neto JHONEY LUCAS ALVES DA SILVA foram arremessados da moto. Disse ainda que foi conduzida ao Pronto Socorro, medicada e diagnosticada com fratura no punho direito bem como lesão no joelho esquerdo e seu neto teve escoriações no braço direito.

ASSINATURAS

Denis Fernandes de Araújo
Responsável pelo Atendimento

Maria Francisca Alves
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime do de Convenção do Código Penal Brasileiro."

Fabrizio Leonard da Silva Sobreira
Delegado(a) de Polícia



DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0434

NÚMERO FOLHA

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

Rua ALEXANDRE FARFAT

03 MUNICÍPIO

Rio Branco AC

04 UF

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

CRUZAMENTO COM Rua ALEXANDRE LOPES

06 HORA DA OCORRÊNCIA

11:50

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

31/07/18

09 DIA DA SEMANA

TERÇA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

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 VÍTIMAS

02

SEM VÍTIMAS ☐
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

MARIA FRANCISCA ALVES

17 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

18 NASCIMENTO

12/09/1962

19 ENDEREÇO

Rua SAO JOAO ESTRELA APOLONIO SALES N: 154, TEL 999151661

20 1ª HABILITAÇÃO

23/07/2010

21 CATEGORIA

A

22 PRONTUÁRIO

04991877019 AC

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

HONDA/CG 125 FAM

28 ESPÉCIE

PASSEIRO

29 PLACA

VAA 6946

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

A CONSULTORA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2JC30708R729448

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

36 AVÁRIAS

Setor frontal, Setor lateral esquerdo

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua ALEXANDRE LOPES -> CENTRO

39 AÇÃO DO CONDUTOR

CONSULTA AO PRONTO SOCORRO PELA SAMU

40 NOME CONDUTOR

HELOISA MARTA DE LIMA DA SILVA

43 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

44 NASCIMENTO

10/10/1958

45 ENDEREÇO

Rua RIO GRANDE DO SUL N: 163 CENTRO TEL 999868338

46 1ª HABILITAÇÃO

07/11/1985

47 CATEGORIA

B

48 PRONTUÁRIO

01337056800 AC

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

Hyundai Tucson

54 ESPÉCIE

Misto

55 PLACA

MZP 9034

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

A CONSULTORA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

KMHJM81BRA4194334

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

62 AVÁRIAS

Setor frontal, Setor lateral esquerdo

63 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua ALEXANDRE FARFAT -> BARRIO

64 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

65 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

76 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

74 UF

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 07/10/18

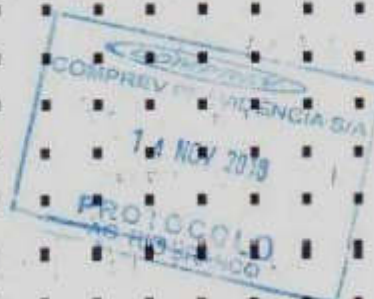
Alessandra Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN-AC

82 NOME MARIA FRANCISCA ALVES	83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 25/09/1962
85 ENDEREÇO Rua São João, Estrada Apolônio Sales	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº <input type="checkbox"/>
88 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	90 CONDUZIDA PARA O PRONTO SOCORRO COM FERIM. APAR. LEVES
91 NOME WILSON LUCAS ALVES DA SILVA	92 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO 22/03/2002
94 ENDEREÇO Rua São João, Estrada Apolônio Sales	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº <input type="checkbox"/>
97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	99 CONDUZIDA PARA O PRONTO SOCORRO COM FERIM. APAR. LEVES

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Alessandro Sousa da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Tráfego
DETRANAC

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 27/08/18



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

FOMOS ACIONADOS VIA C/OSP A ESTA OCORRÊNCIA ONDE AS VÍTIMAS JÁ HAVIAM SIDO CONDUZIDAS AO HOSPITAL. A POLÍCIA TÉCNICA FOTOGRAFANDO E CHEGANDO AO LOCAL E TOMANDO TODOS OS PROCEDIMENTOS CADASTRALIS, QUE A CONDIÇÃO DO V-02 SE COMPLACIA EM PAGAR TISSOS OS DADOS CAUSADOS E CONDUTORA DO V-01 QUE O VEÍCULO DO V-01 FOT. ENTREGUE AO SEU FI-101 FRANCISCA GLEINSON ALVES/CONT. Nº 04/15825198.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V-01	103 MOTORISTA V-02	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÁNSITO PMCL BATERIA
105 NOME MARIA F. ALVES	106 NOME HELOISA DE LIMA SILVA	107 NOME LRG BATERIA 41283
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
111 LOCAL R. Branco Ac	112 DATA 31/10/18	



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 026355/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2018 09:51 Data/Hora Fim: 04/09/2018 10:22
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional
Data/Hora do Fato: 31/07/2018 11:50

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Rua Alexandre Farhat

Bairro: Bosque
Nº: 68

Ponto de Referência: cruzamento com a Rua Alexandre Lopes
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA FRANCISCA ALVES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Sena Madureira Sexo: Feminino Nasc: 25/09/1962
Profissão: Aposentado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Isabel Arinos de Araújo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: null
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 138.314.372-20

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: Rua São Sebastião
Complemento: Loteamento Santa Luzia
Bairro: Apolônio Sales
Telefone: (68) 99915-1061 (Celular)

Nº: 154



Nome Civil: HELOISA MARIA DE LIMA DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

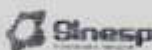
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Telefone: (68) 99986-8338 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Renavam: 989042421	Placa NAA6946
Número do Chassi *****29448	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor Preta	UF Veículo Acre



Delegado de Polícia Civil: Fabrizzio Leonard da Silva Sobreira
Impressão por: Denis Fernandes de Araújo
Data de Impressão: 04/09/2018 10:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

Fabrizzio Leonard da S. Sobreira
Delegado de Polícia Civil
13.04.2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026355/2018

Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Francisca Alves	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa MZP9034	Número do Chassi *****94334
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010	Cor Preta
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo I/HYUNDAI TUCSON GL 20L	Modelo I/HYUNDAI TUCSON GL 20L
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Heloisia Maria de Lima da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que ia passando pela Rua Alexandre Lopes em sua moto Honda/CG 125 FAN de placa NAA 6946 quando percebeu o veículo HYUNDAI/TUCSON de placa MZP 9034 invadindo a sua preferencial de forma que causou a colisão entre os veículos. Relata que diante disso a comunicante e seu neto JHONEY LUCAS ALVES DA SILVA foram arremessados da moto. Disse ainda que foi conduzida ao Pronto Socorro, medicada e diagnosticada com fratura no punho direito bem como lesão no joelho esquerdo e seu neto teve escoriações no braço direito.

ASSINATURAS

Denis Fernandes de Araújo
Responsável pelo Atendimento

Maria Francisca Alves
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime do de Convenção do Código Penal Brasileiro."

Fabrizio Leonard da Silva Sobreira
Delegado(a) de Polícia



DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0434

NÚMERO FOLHA

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

Rua ALEXANDRE FARFAT

03 MUNICÍPIO

Rio Branco AC

04 UF

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

CRUZAMENTO COM Rua ALEXANDRE LOPES

06 HORA DA OCORRÊNCIA

11:50

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

31/07/18

09 DIA DA SEMANA

TERÇA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍDEDO

☐ 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 VÍTIMAS

02

SEM VÍTIMAS ☐
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

MARIA FRANCISCA ALVES

17 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

18 NASCIMENTO

12/09/1962

19 ENDEREÇO

Rua SAO JOAO ESTRELA APOLONIO SALES N: 154, TEL 999151661

20 1ª HABILITAÇÃO

23/07/2010

21 CATEGORIA

A

22 PRONTUÁRIO

04991877019 AC

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

HONDA/CG 125 FAM

28 ESPÉCIE

PASSEIRO

29 PLACA

VAA 6946

30 MUNICÍPIO

Rio Branco AC

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

A CONSULTORA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2JC30708R729448

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVÁRIAS

Setor frontal, Setor lateral esquerdo

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua ALEXANDRE LOPES -> CENTRO

39 AÇÃO DO CONDUTOR

CONSULTA AO PRONTO SOCORRO PELA SAMU

37 CARRO



38 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42 NOME CONDUTOR

HELOISA MARTA DE LIMA DA SILVA

43 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

44 NASCIMENTO

10/10/1958

45 ENDEREÇO

Rua RIO GRANDE DO SUL N: 163 CENTRO TEL 999868338

46 1ª HABILITAÇÃO

07/11/1985

47 CATEGORIA

B

48 PRONTUÁRIO

00337056800 AC

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

Hyundai Tucson

54 ESPÉCIE

Misto

55 PLACA

MZP 9034

56 MUNICÍPIO

Rio Branco AC

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

A CONSULTORA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

KMHJM81BRA4194334

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVÁRIAS

Setor frontal, Setor lateral esquerdo

63 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua ALEXANDRE FARFAT -> BARRIO

64 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

63 CARRO



64 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 07/10/18

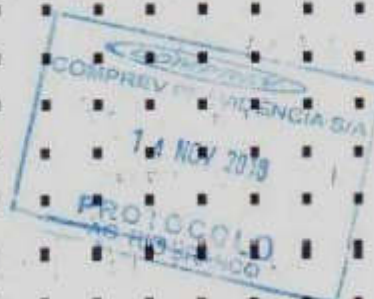
Alessandra Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN-AC

VITIMAS	82 NOME	MARIA FRANCISCA ALVES	83 SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	25/09/1962
	85 ENDEREÇO	Rua São João Est. Aradine Sales	86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	1
	89 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA	O PRONTO SOCORRO COM FERIM. APAR. LEVES		
	91 NOME	WILNEY LUCAS ALVES DA SILVA	92 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO	22/03/2002
	94 ENDEREÇO	Rua São João, Est. Aradine Sales	95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	1
	98 CONDIÇÃO DA VITIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA	O PRONTO SOCORRO COM FERIM. APAR. LEVES		

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Alessandra Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRANAC

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 27/08/18




101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

FOMOS ACIONADOS VIA C/OSP A ESTA OCORRÊNCIA ONDE AS VITIMAS JÁ HAVIAM SIDO CONDUZIDAS AO HOSPITAL. A POLÍCIA TÉCNICA FOTOGRAFADA E CHEGANDO AO LOCAL E TOMOU TODOS OS PROCEDIMENTOS CADASTRALIS, QUE A CONDIÇÃO DO V-02 SE COMPLACIA EM PAGAR TISSOS OS DADOS CAUSADOS E CONDUTORA DO V-01 QUE O VEÍCULO DO V-01 FOT. ENTREGUE AO SEU FI-101 FRANCISCA GLEINSON ALVES/CONT. Nº 04/15825198.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V-02	103 MOTORISTA	V-02	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	PMCL BATERIA	
105 NOME	MARIA F. ALVES	106 NOME	HELOISA DE LIMA SILVA	107 NOME LRG	BATERIA 41283	
108 ASSINATURA		109 ASSINATURA		110 ASSINATURA		
111 LOCAL	Rio Branco AC				112 DATA	31/10/18

		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 07/08/2018 Hora emissão: 09:30 Operador:
Nº da Ocorrência 1807310050	Qtd. Vítimas 1	Dútilr Início: 31/07/2018 11:44 Dútilr Término: 31/07/2018 12:47	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: R ALEXANDRE FARAH
Bairro: BOSQUE
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: APÓS O POSTO AUTO PARQUE 1 ESQUERDA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 999531745
 Queixa: CARRO X MOTO

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1MARIA FRANCISCA ALVES	Idade: 55 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação: ADULTO	CNS:	Documento:
	Endereço: R		



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 31/07/2018 12:11
	Avaliação: POLENTE REF DOR ITENSO NO MEMBRO SUPERIOR, FCC PE ESQUERDO	

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 11:49
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA DUAS VITIMAS DE COLISÃO DE CARRO COM MOTO COM FRATURAS DE MEMBROS	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA



DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RISO - HUERS		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		


CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equip: 31/07/2018 11:50	
	Dt./hr. Saída Base: 31/07/2018 11:50	Dt./hr. Chegada Local: 31/07/2018 11:53	
	Dt./hr. Saída Local: 31/07/2018 12:07	Dt./hr. Chegada Destino: 31/07/2018 12:13	
	Dt./hr. Saída Destino: 31/07/2018 12:13	Dt./hr. Chegada Base: 31/07/2018 12:43	

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
LUANNY BEZERRA MOURA	31/07/2018 11:44		LUANNY BEZERRA MOURA
LUANNY BEZERRA MOURA	31/07/2018 11:45	LUANNY BEZERRA MOURA	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	31/07/2018 11:49	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	31/07/2018 12:03	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	31/07/2018 12:09	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	31/07/2018 12:09		MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA

		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 07/08/2018 Hora emissão: 09:30 Operador:
Nº da Ocorrência 1807310050	Qtd. Vítimas 1	Dvltr Início: 31/07/2018 11:44 Dvltr Término: 31/07/2018 12:47	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: R ALEXANDRE FARAH
Bairro: BOSQUE
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: APÓS O POSTO AUTO PARQUE 1 ESQUERDA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 999531745
 Queixa: CARRO X MOTO

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1 MARIA FRANCISCA ALVES	Idade: 55 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação: ADULTO	CNS:	Documento:
	Endereço: R		



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 31/07/2018 12:11
	Avaliação: POLENTE REF DOR ITENSO NO MEMBRO SUPERIOR, FCC PE ESQUERDO	

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 11:49
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA DUAS VITIMAS DE COLISÃO DE CARRO COM MOTO COM FRATURAS DE MEMBROS	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA



DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RISO - HUERS		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 31/07/2018 12:47	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equip: 31/07/2018 11:50	
	Dt./Hr. Saída Base: 31/07/2018 11:50	Dt./Hr. Chegada Local: 31/07/2018 11:53	
	Dt./Hr. Saída Local: 31/07/2018 12:07	Dt./Hr. Chegada Destino: 31/07/2018 12:13	
	Dt./Hr. Saída Destino: 31/07/2018 12:13	Dt./Hr. Chegada Base: 31/07/2018 12:43	

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
LUANNY BEZERRA MOURA	31/07/2018 11:44		LUANNY BEZERRA MOURA
LUANNY BEZERRA MOURA	31/07/2018 11:45	LUANNY BEZERRA MOURA	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	31/07/2018 11:49	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	31/07/2018 12:03	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	31/07/2018 12:09	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	31/07/2018 12:09		MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA