



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190318269

**Cidade:** Sena Madureira

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GUTEMBERG DE QUEIROZ  
NEGREIROS

**Data do acidente:** 06/03/2019

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS  
S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura radio distal de punho esquerdo

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta alterações de amplitude de movimentos do punho esquerdo, sendo que consegue realizar movimentos ativos de flexão do punho esquerdo até 30° com dor, extensão do punho esquerdo até 20° com dor, adução da mão esquerda até 20° com dor, abdução da mão esquerda até 10° com dor., região do punho esquerdo algo edemaciada, algo dolorosa á palpação, deformidade do punho esquerdo, força muscular do membro superior esquerdo grau 4.. Faz uso de anti-inflamatorios ocasionalmente

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de acidente de motocicleta, tendo fraturado o punho esquerdo, sendo levado ao PSA/HUERB, em 06/03/2019, tendo sido feita imobilização com gesso e liberado para casa com prescrição de antiinflamatorios e analgesicos, tendo retornado ao PSA/HUERB 16 dias depois, sendo gessado novamente, sendo encaminhado ao Hospital das Clinicas de Rio Branco-Acre, sendo medicado com antiinflamatórios e analgésicos, foi atendido por Ortopedista; foram realizadas radiografias; está atualmente aguardando nova avaliação Ortopédica

**Sequelas permanentes:** Vítima apresenta sequelas funcionais em punho esquerdo, resultantes de acidente de motocicleta ocorrido em 06/03/2019, com deformidade em punho esquerdo, limitação funcional em punho esquerdo e redução de força muscular do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** PAGO DANO COMO DESCRITO

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

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

**Número do Sinistro:** 3190318269

**Nome do(a) Examinado(a):** GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Pescador, 1434 - Rio Branco/AC - CEP 69907-764

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 03885849172 - DETRAN - 22/12/2005

**Data e Local do Acidente :** 06/03/2019

**Data e Local do Exame :** 22/05/2019 RUA FRANCISCO MANGABEIRA, 253 - SALA 11 - RIO BRANCO/AC - CEP 69900-688

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura radio distal de punho esquerdo

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Vítima de acidente de motocicleta, tendo fraturado o punho esquerdo, sendo levado ao PSA/HUERB, em 06/03/2019, tendo sido feita imobilização com gesso e liberado para casa com prescrição de anti-inflamatorios e analgesicos, tendo retornado ao PSA/HUERB 16 dias depois, sendo gessado novamente, sendo encaminhado ao Hospital das Clinicas de Rio Branco-Acre, sendo medicado com antiinflamatórios e analgésicos, foi atendido por Ortopedista; foram realizadas radiografias; está atualmente aguardando nova avaliação Ortopédica.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Ao exame físico apresenta alterações de amplitude de movimentos do punho esquerdo, sendo que consegue realizar movimentos ativos de flexão do punho esquerdo até 30° com dor, extensão do punho esquerdo até 20° com dor, adução da mão esquerda até 20° com dor, abdução da mão esquerda até 10° com dor., região do punho esquerdo algo edemaciada, algo dolorosa á palpação, deformidade do punho esquerdo, força muscular do membro superior esquerdo grau 4.. Faz uso de anti-inflamatorios ocasionalmente

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Vítima apresenta sequelas funcionais em punho esquerdo, resultantes de acidente de motocicleta ocorrido em 06/03/2019, com deformidade em punho esquerdo, limitação funcional em punho esquerdo e redução de força muscular do membro superior esquerdo

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

punho esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**





0408020202/5521

18

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2623019 DATA: 06/03/2019 HORA: 11:01 USUARIO: OTERVAL  
CNS: 702607787090842 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS DOC.: CNS  
IDADE: 49 ANOS NASC: 07/12/1969 SEXO.: MASCULINO  
ENDERECO: ROD.BR-364, KM32, RAMAL MARIO LOBAO, KM28 NUMERO:  
COMPLEMENTO: PA. GERALDO FERN BAIRO: LOTE 11, COL 4IRMAO  
MUNICIPIO: SENA MADUREIRA UF: AC CEP.:  
NOME PAI/MAE: JOSE LIMA DE NEGREIROS /MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS  
RESPONSAVEL: O MESMO /MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS  
PROCEDENCIA: MUNICIPIO SENA MADUREIRA TEL.: 99910-6522  
ATENDIMENTO: SUSPEITA DE FRATURA  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente deu entrada no servico relatando que sofreu queda de moto há 01 dia evoluindo com dor, edema e limitação funcional em punho (E).

OBS ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
Rx: Rx articular punho distal (E) orientar

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

CS: 1) Analgesia com paracetamol  
2) No tratamento conservador  
3) Retorno em 1 semana p/ reavaliar  
4) Orientações quanto aos cuidados com o membro acometido

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/RESPONSAVEL

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Robson de Souza  
Médico  
CRM-AC 1804  
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Recebido  
27-03-19  
Admin



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: PS

**ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

De: PS

Para: Hospital das Crianças e Adolescentes

Nome do paciente: André Luiz de Jesus

Hipótese diagnóstica: Febre Amarela (suspeita)

**ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:**

Relato de febre amarela  
de novo em 01 semana

DATA: 27-03-19

[Assinatura]  
ASSINATURA





HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente:

Jauro

Evolution de Orelson Nogueira Moraes  
acidente de trânsito rodov. 06/03/19  
apresentando fratura radiodental  
de punho esquerdo submetido  
a tratamento conservador.

Evolveu em aumento de volume e  
grande limitação funcional de  
punho e redução da força  
muscular do membro.

portanto é portador de lesão  
de punho no MSE SOB

COMPREV ASSISTÊNCIA S/A  
10 MAI 2019  
PROTOCOLO

DATA: 10,05,19

CARTEIRA José A. Siferio C.  
Médico Ortopedista  
CRM 483 - AC  
ASSINATURA



QUINTERO DE QUEIROZ NEGREOS  
17/01/68  
DOB: 07-Dec-1909 Age: 48 Y

CEDIMF



PA/E

QUINTERO DE QUEIROZ NEGREOS  
17/01/68  
DOB: 07-Dec-1909 Age: 48 Y

CEDIMF



HIERE - RIO MED  
JULIENNE S. ALDRICH  
0030 - MARIANA 07-3400002-01

EXP 02/04/2016  
IM

TEC:



HELENE - RIO MEDII  
GUTEMBERG NEGREIRO  
SOLIM MAC FRENTE (17.41.000) 2009

TEC 2



FEBRE RIO MEDA

INTERABRIL DE QUINZA  
DE 1955 P. 2407

EXP 27 03 2018

03

TEC: SUELY R. NAJUI





HUERO, RICARDO

CENTRO MÉDICO DE QUERÉTARO  
CALLE 5 DE MAYO S/N

EXPL 27 03/2019

107

TEC: SUELY R. NASCI



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGU  
 CARTEIRA NACIONAL DE MARITIMAGEM

NOME: JOSE LIMA DE NEGREIROS  
 SOC. ENTENDE-ORA DESCR./UF: 201573 RP9 AC  
 CPF: 013.805.692-68 DATA DO NASCIMENTO: 07/12/1949  
 FUNÇÃO: MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS  
 PERMISSÃO: AC DE 198  
 PRAZO: 27/04/2005  
 Nº PROTESTO: 21/12/2005

INFORMAÇÕES:  
 Golubco, q do Queiroz, Negreiros

LOCAL: RIO BRANCO - ACRE DATA DE EMISSÃO: 22/12/2015  
 DETRAN - AC (ACRE)  
 04534435301  
 AC406598037

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 1216042603

PROIBIDAS PLASTIFICADAS  
 1216042603

COMPREV 2ª AGENCIA S/A  
 10 MAI 2019  
 PROTOCOLO



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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318269

Vítima: GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000427-8

Conta: 0000013366-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETBRAN - AC Nº 014398249210

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 01 01035721217  
EXERCÍCIO: 2019

GUTENBERG DE QUEIROZ NEGREIROS  
Nº LACRES: AC0000575089

CPF: 00000000-00  
PLACA: NK36821  
CHASSI: 9C3JD2310ER504004

ESPÉCIE: PAS/INDICIDICLO/BAU APLICDA  
MARCAS: HONDA / HONDA  
CATEGORIA: BROS KS  
ANO FAB: 2014  
ANO MOD: 2014

COIA ÚNICA: 1PAB80  
VENIC / COMS: 1\* 2\* 3\*  
FABR: PAB80 COIA ÚNICA

PREÇO TOTAL: R\$ 18.017,20  
DATA DE PAGAMENTO: 18/01/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO & PEN. RIBUATARIO

VENA MAQUINETA S.A.  
DATA: 23/01/2019



AC Nº 014398249210 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 01 01035721217  
EXERCÍCIO: 2019  
PLACA: NK36821

RENDA: 01035721217  
MARCAS: HONDA / HONDA  
CATEGORIA: BROS KS  
ANO FAB: 2014  
ANO MOD: 2014

PREMIO TARIFARIO  
R\$ 4,01  
CUSTO DO SEGURO: R\$ 10,06

CUSTO DO BILHETE: R\$ 0,32  
TOTAL DO SEGURO: R\$ 14,39

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CPF: 09.245.4057001-04  
DATA DE PAGAMENTO: 18/01/2019



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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **513.805.602-68** Nome completo da vítima: **Gutemberg de Queiroz Negreiros**

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

Nome completo: **Gutemberg de Queiroz Negreiros** CPF: **513.805.602-68**

Profissão: **agricultor** Endereço: **Rua Pestalador** Número: **1434** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Santa Ines** Cidade: **Rio Branco** Estado: **Acre** CEP: **69.907-764**

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: **(68) 98425-5987**

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

RECIDO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA:   CONTA:

(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

AGÊNCIA: **0427 8** CONTA: **13366 3**

(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, 3 (três) dias úteis após, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço, motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e classificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (se nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: **Rio Branco - Acre, 10/05/2019.**

Nome: \_\_\_\_\_

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

**Gutemberg de Queiroz Negreiros** (\* Assinatura de quem assina a ROGQ)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016857/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/05/2019 14:50 Data/Hora Fim: 09/05/2019 14:57  
Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões

Data/Hora do Fato: 06/03/2019 09:00

Local do Fato

Município: Sena Madureira (AC)

Bairro: Mario Lobão


Logradouro: RAMAL MARIO LOBÃO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

<b>Nome Civil: GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS (COMUNICANTE)</b>			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AC - Rio Branco	Sexo: Masculino	Nasc: 07/12/1969
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: Sem Informação			
Nome da Mãe: Maria de Queiroz Negreiros			
<b>Endereço</b>			
Município: Rio Branco - AC			



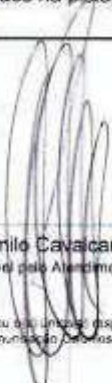
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

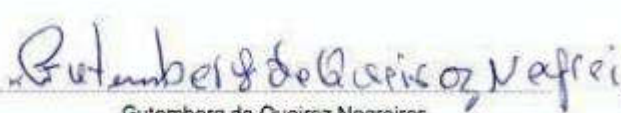
Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante afirma que estava no endereço acima citado pilotando a sua motocicleta BROS placa NXS-6821, momento em que caiu devido um buraco na pista, vindo a quebrar o punho esquerdo, sendo atendido por um vizinho. Diante dos fatos requer providências.

ASSINATURAS

  
Igor Camilo Cavalcante  
Responsável pelo Atendimento

  
Gutemberg de Queiroz Negreiros  
(Comunicante)


\*Declaro para os devidos fins de direito que sou a(s) única(s) responsável(is) pelas informações acima essenciais e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Falsa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*



Delegado de Polícia Civil: Odilon Vinhadelli Neto  
Impresso por: Igor Camilo Cavalcante  
Data de Impressão: 09/05/2019 14:59  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

  
Cristiano Ferreira de Bastos  
Delegado de Polícia Civil



0408020202/5521

18

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2623019 DATA: 06/03/2019 HORA: 11:01 USUARIO: OTERVAL  
CNS: 702607787090842 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GUTEMBERG DE QUEIROZ NEGREIROS DOC.: CNS  
IDADE: 49 ANOS NASC: 07/12/1969 SEXO.: MASCULINO  
ENDERECO: ROD.BR-364, KM32, RAMAL MARIO LOBAO, KM28 NUMERO:  
COMPLEMENTO: PA. GERALDO FERN BAIRO: LOTE 11, COL 4IRMAO  
MUNICIPIO: SENA MADUREIRA UF: AC CEP.:  
NOME PAI/MAE: JOSE LIMA DE NEGREIROS /MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS  
RESPONSAVEL: O MESMO /MARIA DE QUEIROZ NEGREIROS  
PROCEDENCIA: MUNICIPIO SENA MADUREIRA TEL.: 99910-6522  
ATENDIMENTO: SUSPEITA DE FRATURA  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO-REV. TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente deu entrada no servico relatando que sofreu queda de moto há 01 dia evoluindo com dor, edema e limitação funcional em punho (E).

OBS ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
Rx: Rx articular punho distal (E) orientar

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

CS: 1) Analgesia com paracetamol  
2) No tratamento conservador  
3) Retorno em 1 semana p/ reavaliar  
4) Orientações quanto aos cuidados com o membro acometido

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/RESPONSAVEL

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Robson de Souza  
Médico  
CRM-AC 1804  
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO