

# 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: 22/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MAYKON DA SILVA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000030917-1

---

Nr. da Autenticação 6325EB3C60BBBFE2

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190312883      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAYKON DA SILVA MARTINS      **Data do acidente:** 13/06/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LESÃO EM JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(ARTROSCOPIA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Aldepires M. da Silveira

RG nº 21.73.23

, data de expedição 31/09/1989

Citado 55PIAC

portador do CPF nº 391.101.252.72

com domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de

Acre

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R: Dariá de Sena

, nº 333

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

menção é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

00 MAI 2019

, cujo o condutor era

Maykon da Silva Martins

Maykon da Silva Martins

Veículo: YAMAHA

Modelo: XTZ 250 LANDER

Ano: 2015

Placa: OXP 3397

Chassi: 9C6KG0380G0003723

Data do Acidente: 31/06/2017



Local e Data: Rua Severino Ferreira (Na entrada do Bairro) 31/06/2017

Aldepires M. da Silveira

Assinatura do Declarante

Maykon da Silva Martins

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas & 2º Registro Civil - Rio Branco/AC

Tabeliã Registradora Interina: Suellen Oliva Wariss Leite | Via Chico Mendes, 1437, Vila do DNER  
CEP: 69.906-150. Telefone: (68) 3221-3952 - e-mail: [segundo.cartorioorb@gmail.com](mailto:segundo.cartorioorb@gmail.com)



Reconheço por verdadeira a assinatura indicada de ALDEPIRES MARTINS DA SILVA. Lançada" na minha presença. Dou Fé. Rio Branco - AC, 25 de abril de 2019.

Emol.: R\$ 2,89; F.Comp.: R\$0,17; F.Fisco: R\$ 0,34; Total: R\$3,40

Em testemunha da verdade:

Demerson Lima Gutschow - Escrivente Autorizado

Selos: AH114667-00 Código: 8E34-FECB-3A17-BE02

Obs: a autenticidade do selo em: [www.seloacre.com.br](http://www.seloacre.com.br)



# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Aldepires M. da Silveira

RG nº 21.73.23

, data de expedição 31/09/1989

Citado 55PIAC

portador do CPF nº 391.101.252.72

com domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de

Acre

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R: Dariá de Sena

, nº 333

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

menção é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

00 MAI 2019

, cujo o condutor era

Maykon da Silva Martins

Maykon da Silva Martins

Veículo: YAMAHA

Modelo: XTZ 250 LANDER

Ano: 2015

Placa: OXP 3397

Chassi: 9C6KG0380G0003722

Data do Acidente: 31/06/2017



Local e Data: Rua Severino Ferreira (Na entrada do Bairro) 31/06/2017

Aldepires M. da Silveira

Assinatura do Declarante

Maykon da Silva Martins

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas & 2º Registro Civil - Rio Branco/AC

Tabeliã Registradora Interina: Suellen Oliva Wariss Leite | Via Chico Mendes, 1437, Vila do DNER  
CEP: 69.906-150. Telefone: (68) 3221-3952 - e-mail: [segundo.cartorioorb@gmail.com](mailto:segundo.cartorioorb@gmail.com)



Reconheço por verdadeira a assinatura indicada de ALDEPIRES MARTINS DA SILVA. Lançada" na minha presença. Dou Fé. Rio Branco - AC, 25 de abril de 2019.

Emol.: R\$ 2,89; F.Comp.: R\$0,17; F.Fisco: R\$ 0,34; Total: R\$3,40

Em testemunha da verdade:

Demerson Lima Gutschow - Escrivente Autorizado

Selos: AH114667-00 Código: 8E34-FECB-3A17-BE02

Obs: a autenticidade do selo em: [www.seloacre.com.br](http://www.seloacre.com.br)





VALIDA EM TUTU  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1455987122

NOME: MAYKON DA SILVA MARTINS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF:  
11476168 SEPC AC

CPF: 010.648.622-50 DATA NASCIMENTO: 20/06/1998

FILIAÇÃO:  
ALDEMIRES MARTINS DA  
SILVA  
MARIA SIMONE DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT HAB:  
AB

Nº REGISTRO: 06776264827 VALIDADE: 07/07/2021 1ª HABILITAÇÃO: 12/01/2017

OBSERVAÇÕES:  
Maykon da Silva Martins

PROIBIDO PLASERAR  
1455987122

ASSINATURA DO PORTADOR:  
RIO BRANCO, AC  
Palmeirinha  
Data: 17/01/2018

DATA EMISSÃO: 17/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR:  
ACRE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

010.648.622.50 Mayron da Silva Martins

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

Nome completo:

Mayron da Silva Martins

CPF:

010.648

Profissão:

REUSO

Endereço:

R. Sarauia 100 10 LT 13 lot

Número:

55

Complemento:

Fase

Bairro:

Andira

Cidade:

Rio Branco

Estado:

Acre

CEP:

69.909.710

E-mail:

Tel.(DDD):

68 - 3301-6477

99906-8432

99918-3322

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

RENDA MENSAL:

 RECUSO 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:

AGÊNCIA: 0534

013

CONTA: 30917

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

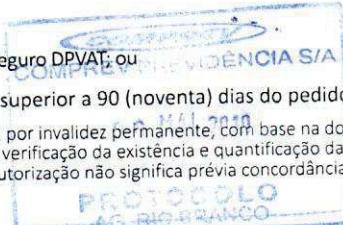
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 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.

Pelo 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



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

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: Falecidos:

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

 Local e Data, \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | 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 ROGO, 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.





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022232/2017

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Maykon da Silva Martins

Envolvimentos

Possuidor

### RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE RELATOU QUE SEGUIA PARA O LOCAL DE TRABALHO NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA UMA YAMAHA XTZ 250, PLACA OXP 3397, CHASSI: 9C6KG0380G0001722, SENDO QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTO NO SENTIDO BAIRRO-CENTRO, QUANDO DE REPENTE VEIO UMA OUTRA MOTOCICLETA YAMAHA YBR PRATA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE ENTROU NA CONTRAMÃO COLIDINDO NA LATERAL DA MOTO QUE O COMUNICANTE CONDUZIA, VINDO ESTE A PERDER O CONTROLE DA MOTO E COLIDIR CONTRA OUTRO VEÍCULO QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO DO COMUNICANTE, VINDO O COMUNICANTE/VITIMA A CAIR AO SOLO FRATURANDO O JOELHO DIREITO. O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU, GERANDO A OCORRÊNCIA Nº 1706130014, E SENDO LEVADO À UPA DA SOBRAL GERANDO O B.E: 377564. EXPEDIDA A GUIA PARA EXAME DE CORPO DE DELITO. BOLETIM PARA FINS DE DPVAT.

### ASSINATURAS

*Adriana Lima Cordeiro Maykon da s. martins.*

Adriana Lima Cordeiro  
Responsável pelo Atendimento

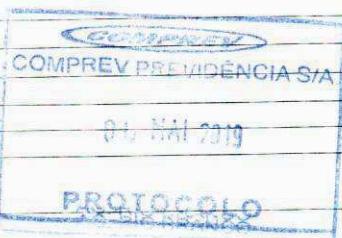
Maykon da Silva Martins  
(Vitima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderéi responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme preceitos nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 24/04/2019 Hora emissão: 14:01 Operador:
Nº da Ocorrência 1706130014	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 13/06/2017 06:45 Dt/Hr Término: 13/06/2017 07:24	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:  
End.: R SEVERINO FERREIRA 1/450 405  
Bairro: WANDERLEY DANTAS  
Cidade: RIO BRANCO  
CEP:  
Ponto de Referência: NA ENTRADA DO WANDERLEY



#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS  
Telefone do Solicitante: (68) 999891539  
Queixa:

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

#### VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1MAICON SILVA MARTINS Classificação: ADULTO Endereço: R	Idade: 18 ANO(s) CNS:	Sexo: MASCULINO Documento:
-------------	--	--------------------------	-------------------------------

## ...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vitima	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:17
1	Avaliação: PACIENTE LOTE EUPNEICO, ESCORIAÇÕES MULTIPLAS NO CORPO	

Vitima	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 13/06/2017 06:56
1	Avaliação: solicitante refere que vitima de colisão carro x moto, ao solo, com escoriações	

## AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

## DECISÃO TÉCNICA

Vitima	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:19	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
1	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:19	Situação: F
	Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA		
	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:19	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

Vitima	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:18	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
1	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:18	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:18	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

## CONCLUSÃO

## MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ	Veículo: USB 07 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 13/06/2017 06:58
1	Dt./Hr. Saida Base: 13/06/2017 06:58	Dt./Hr. Chegada Local:
	Dt./Hr. Saida Local:	Dt./Hr. Chegada Destino:
	Dt./Hr. Saida Destino: 13/06/2017 07:01	Dt./Hr. Chegada Base: 13/06/2017 07:01

SEQ	Veículo: USB 07 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 13/06/2017 07:03
2	Dt./Hr. Saida Base: 13/06/2017 07:03	Dt./Hr. Chegada Local: 13/06/2017 07:09
	Dt./Hr. Saida Local: 13/06/2017 07:18	Dt./Hr. Chegada Destino: 13/06/2017 07:18
	Dt./Hr. Saida Destino: 13/06/2017 07:23	Dt./Hr. Chegada Base: 13/06/2017 07:26

## MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SILVIA MARIA DE OLIVEIRA MELO	13/06/2017 06:45		SILVIA MARIA DE OLIVEIRA MELO
SILVIA MARIA DE OLIVEIRA MELO	13/06/2017 06:46	SILVIA MARIA DE OLIVEIRA MELO	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	13/06/2017 06:56	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA
MÉDICO	13/06/2017 07:02	MÉDICO	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:09	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:10	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:18		MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:19	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:19	MARIA DELCIDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAM

Nº  DATA 13/06/15 HORA 06:45

MEDICO(A) REQUERIDOR(A) Data:

Dr. Deládia

MOTIVO	CLÍNICO								TRAUMÁTICO											
	4. RESPIRATÓRIO	5. CARDIOVASC.	6. NEUROLOGICO	7. GASTROINTEST.	8. OBSTÉTRICO	9. PSIQUIATRICO	10. INFECIOSO	11. INTOXICAÇÃO EXOG.	12. METABÓLICO	13. PEDIÁTRICO	14. OUTRO	15. COLISÃO	16. ATROPELAMENTO	17. QUEDA	18. AGRESSÃO	19. FAS	20. FAB	21. QUEIMADURA	22. AFODIMENTO	23. ELETROCUTA

NOME COMPLETO: Wilson do Silve Martins 1. Mas.  
IDADE: 35 Anos

ENDERECO ONDE SE ENCONTROU O PACIENTE (RUA, N.º, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA):  
Av. Serviço Vieira Barroso Wencesley Daniel

VIAS AERÉAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULATÓRIO	NEUROLOGICO	EXPOSIÇÃO
49. DESTRUIDAS	51. NORMAL	55. NORMAL	59. NORMAL	42. SEM ALTERAÇÃO
50. PARALOBSTR.	52. ALTERADA	56. CHOQUE	50. CONVULSAO	43. COMA
51. OBSTRUÇÃO	53. AGÔNICA	57. SANGRAMENTO	51. AGITAÇÃO	44. QUEIMADURA
52. APNEIA	54. APNEIA	58. POR		45. DEFORMIDADES

HORA	PA.	F.R.	FC	SPO2	DEXTRO	GLASGOW
INÍCIO: 7:20	100x70		63	93%		15
FIM:						

53. ADM. OXIGÉNIO	55. RCP	57. COLAR CERVICAL	61. DESPIRILHAÇÃO	65. CURAR
56. GUEREL	58. PUNÇO TORÁCICA	58. FLEBOTOMIA	62. INTRACATH	66. PRIMA
59. ASPIRAÇÃO	59. DRENAGEM TORACICA	59. PUNÇAO PERICARDICA	63. SONDA VESICAL	67.
62. INTUBAÇÃO (OT/NT)	56. VÉIA PERIFÉRICA	60. SONDA GÁSTRICA	64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	68.

AVALIAÇÃO MONITOR ECG.

REPOSIÇÃO VITALÍCA / MEDICAMENTOS

TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO
60. DESPES	70. MEDICALIZADO	Via Pública REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	UYA-Franco Silva REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO
71. DESPERDO	73. ÓBITO	75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO	72. OUTRO
72. FALSO	74. RECUSOU ATENDIMENTO	76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL	

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão) no local encontrado, achado em perfeito estado de letargia entrou hidromodicamente, afebril, apresentando múltiplas fraturas (MS) e MID não há maior de determinações em balanço hidro ative perda da consciência separe forte dor no peito, dificuldade de respirar, sinal vital normal, exame foi encaminhado para a UPA - Franco Silva, curado e conduzido.

Dr. Kevin Springer Suzuki  
CRM 1087-AC

13 JUN 2017

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE

Thiago  
Téc. de Enfermagem  
COBENAG 07