

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

Eu, Aldemires M. da Silva

RG nº 21.73.23

, data de expedição 11/09/1989

Categoria SSP/AC

, 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: Daviá de Senna

, nº 333

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

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

Maykon da Silva Martins

Maykon da Silva Martins

Veículo YAMAHA

Modelo: XTZ 250 LANDER

Ano: 2015

Placa: OXF 3397

Chassi: 9C6KG0380G0003722

Data do Acidente: 13/06/2017



2º Tabelionato
de Rio Branco-AC

Local e Data: Rua Severino F. Brás (Na entrada do Bairro) 13/06/2017

Aldemires M. da Silva

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

Tabelião Registrador Interino: Suellen Oliva Wariss Leite | Via Chico Mendes, 1437, Vila do DNER
CEP: 69.906-150. Telefone: (68) 3221-3952 - e-mail: segundocartorioz@gmail.com



Reconheço por verdadeira a assinatura indicada de ALDEMIRES 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. Fisc.: R\$ 0,34. Total: R\$ 3,40.

Em test. _____ da verdade.

Emerson Lima Gustachow - Escrevente Autorizado

Selo: AH114667-00 Código: BE34-FECB-3A17-BE02

Para a autenticidade do selo em: www.seloacre.com.br



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

Eu, Aldemires M. da Silva

RG nº 21.73.23

, data de expedição 11/09/1989

Categoria SSP/AC

, 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: Daviá de Senna

, nº 333

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

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

Maykon da Silva Martins

Maykon da Silva Martins

Veículo YAMAHA

Modelo: XTZ 250 LANDER

Ano: 2015

Placa: OXF 3397

Chassi: 9C6KG0380G0003722

Data do Acidente: 13/06/2017



2º Tabelionato
de Rio Branco-AC

Local e Data: Rua Severino F. Pereira (Na entrada do Bairro) 13/06/2017

Aldemires M. da Silva

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

Tabelião Registrador Interino: Suellen Oliva Wariss Leite | Via Chico Mendes, 1437, Vila do DNER
CEP: 69.906-150. Telefone: (68) 3221-3952 - e-mail: segundocartorioz@gmail.com



Reconheço por verdadeira a assinatura indicada de ALDEMIREZ 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. Fisc. R\$ 0,34. Total: R\$ 3,40.

Em test. _____ da verdade.

Emerson Lima Gustachow - Escrevente Autorizado

Selo: AH114667-00 Código: BE34-FECB-3A17-BE02

Para a autenticidade do selo em: www.seloacre.com.br





VALIDA EM TODOS
OS TERREIROS NACIONAIS
1465987122

NOME
MAYKON DA SILVA MARTINS



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

CPF DATA NASCIMENTO
010.648.622-50 20/06/1998

FILIAÇÃO
**ALDEMIRES MARTINS DA
SILVA
MARIA SIMONE DA SILVA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

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

OBSERVAÇÕES

Maykon da Silva Martins

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
17/01/2018

Paulo Sérgio
Diretor Geral
Porto de 2018

86564902041
AC407971599

ASSINATURA DO EMISSOR

ACRE



PROVIDO PLANILHA
1465987122

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: 010.648.622.50 Nome completo da vítima: Maykon da Silva Martins

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

Nome completo: Maykon da Silva Martins CPF: 010.648
 Profissão: recusou Endereço: R. Sargento QD 10 LT 13 lot Número: 55 Complemento: Rua
 Bairro: Andara Cidade: Rio Branco Estado: ACRE CEP: 69.909.710
 E-mail: _____ Tel.(DDD): 68 - 3301.6477

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 99906-8432
99918-3322

DADOS CADASTRAIS

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)

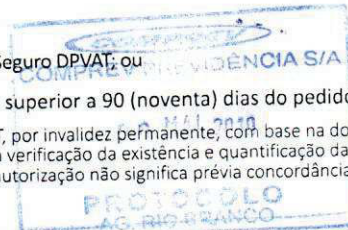
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

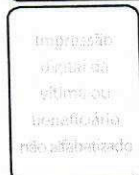
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação 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

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: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maykon da Silva Martins
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

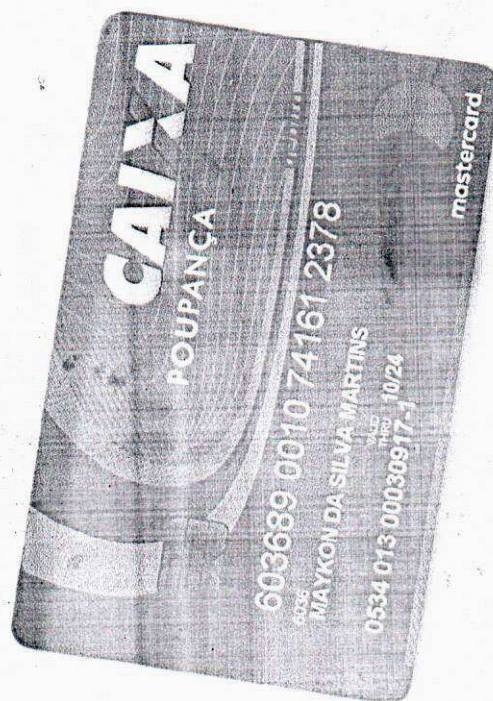
TESTEMUNHAS

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 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.





GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022232/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2017 13:50 Data/Hora Fim: 27/12/2017 14:10
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Cleylton Videira Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional
Data/Hora do Fato: 13/06/2017 06:45

Local do Fato

Município: Rio Branco
Logradouro: RUA SEVERINO FERREIRA

Bairro: Wanderlei Dantas

Ponto de Referência: NA ENTRADA DO BAIRRO, EM FRENTE A LAN HOUSE
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Veículo da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

ENVOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome: MAYKON DA SILVA MARTINS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 20/06/1998

Profissão: Militar do Exército

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Maria Simone da Silva

Nome do Pai: Aldemires Martins da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 010 648 622-50

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: DÁRIO DE SENA

Bairro: WANDERLEY DANTAS

Telefone: (68) 99923-1447 (Celular)

Nº: 333

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: OXP3397

Número do Chassi: 01722

Ano/Modelo Fabricação: 2016/2015

Cor: BRANCA

UF Veículo: Acre

Município Veículo: Rio Branco

Marca/Modelo: YAMAHA/XTZ250 LANDER

Modelo: YAMAHA/XTZ250 LANDER



Delegado de Polícia Civil: Cleylton Videira Dos Santos
Impresso por: Adriana Lima Cordeiro
Data de Impressão: 27/12/2017 14:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022232/2017

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Maykon da Silva Martins

Envolvimentos

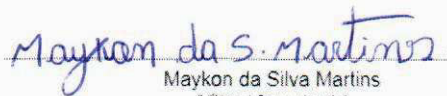
Possuidor

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
Responsável pelo Atendimento



Maykon da Silva Martins
(Vítima / Comunicante)

“Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto 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 08:45 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: DOMICILIO

VÍTIMAS

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

...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:17
	Avaliação: PACIENTE LOTE EUPNEICO, ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS NO CORPO	
Vítima 1	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA	Data/Hora: 13/06/2017 06:56
	Avaliação: solicitante refere que vítima de colisão carro x moto, ao solo, com escoriações	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:19	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:19	Situação: F
	Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:19	Situação: F
Vítima 1	Intercorrência:		
	Observação:		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:18	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:18	Situação: F
Vítima 1	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 13/06/2017 07:18	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 RB0	Data/Hora Envio Equipe: 13/06/2017 06:58
	Dt./Hr. Saída Base: 13/06/2017 06:58	Dt./Hr. Chegada Local:
	Dt./Hr. Saída Local:	Dt./Hr. Chegada Destino:
	Dt./Hr. Saída Destino: 13/06/2017 07:01	Dt./Hr. Chegada Base: 13/06/2017 07:01
SEQ 2	Veículo: USB 07 RB0	Data/Hora Envio Equipe: 13/06/2017 07:03
	Dt./Hr. Saída Base: 13/06/2017 07:03	Dt./Hr. Chegada Local: 13/06/2017 07:09
	Dt./Hr. Saída Local: 13/06/2017 07:18	Dt./Hr. Chegada Destino: 13/06/2017 07:18
	Dt./Hr. Saída Destino: 13/06/2017 07:23	Dt./Hr. Chegada Base: 13/06/2017 07:26

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetado 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 06:45	SILVIA MARIA DE OLIVEIRA MELO	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	13/06/2017 06:56	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA
MEDICO	13/06/2017 07:02	MEDICO	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:09	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:10	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:18		MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:19	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	13/06/2017 07:19	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA

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



SINUS
192

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	001				DATA	13/06/17				HORA	06:50				
	MEDIC(A) REGULADOR(A) Dr(a):	Dr. Delcidia														
MOTIVO	<div>CLINICO</div> <div> <input type="checkbox"/> 1 RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> 8 OBSTETRICO <input type="checkbox"/> 12 METABOLICO <input checked="" type="checkbox"/> 15 COLISAO <input type="checkbox"/> 5 CARDIOVASC. <input type="checkbox"/> 9 PSIQUIATRICO <input type="checkbox"/> 13 PEDIATRICO <input type="checkbox"/> 16 ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 6 NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> 10 INFECIOSO <input type="checkbox"/> 14 OUTRO <input type="checkbox"/> 17 QUEDA <input type="checkbox"/> 7 GASTROINTEST. <input type="checkbox"/> 11 INTOXICAÇÃO EXOG. <input type="checkbox"/> 18 AGRESSÃO </div>												<div>TRAUMATICO</div> <div> <input type="checkbox"/> 19 FAF <input type="checkbox"/> 22 AFECÇÃO <input type="checkbox"/> 20 FAS <input type="checkbox"/> 23 ELETRO <input type="checkbox"/> 21 QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 24 OUTRO </div>			
	<div>NOME COMPLETO</div> <div>Wilson da Silva Martins</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> 25 Masc. <input type="checkbox"/> 26 Fem. <input type="checkbox"/> 27 Ind. </div>												<div>IDADE</div> <div>33</div>			
PACIENTE	<div>ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)</div> <div>Rua Severino Vieira Bairro Wanderley Dantas</div>															
EXAME PRIMARIO	<div>VIAS AEREAS</div> <div> <input type="checkbox"/> 28 DESFEITAS <input checked="" type="checkbox"/> 31 NORMAL <input type="checkbox"/> 29 FALSO OBSTR. <input type="checkbox"/> 32 ALTERADA <input checked="" type="checkbox"/> 30 LIVRE <input type="checkbox"/> 33 AGÔNICA <input type="checkbox"/> 34 APNEIA </div>				<div>CIRCULATÓRIO</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> 35 NORMAL <input type="checkbox"/> 36 CHOQUE <input type="checkbox"/> 37 SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 38 PCR </div>				<div>NEUROLÓGICO</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> 39 NORMAL <input type="checkbox"/> 42 CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 40 CONVULSÃO <input type="checkbox"/> 43 COMA <input type="checkbox"/> 41 AGITAÇÃO </div>				<div>EXPOSIÇÃO</div> <div> <input type="checkbox"/> 44 SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 45 QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 46 DEFORMIDADES </div>			
	<div>HORA</div> <div>7:20</div>				<div>PA</div> <div>100x40</div>		<div>F.R.</div> <div></div>		<div>FC</div> <div>63</div>		<div>SPO2</div> <div>99%</div>		<div>DEXTRO</div> <div></div>		<div>GLASGOW</div> <div>15</div>	
SINAIS VITAIS	<div>INIC</div> <div>7:20</div>															
	<div>FIM</div> <div></div>															
PROCEDIMENTO EFETUADOS	<div> <input type="checkbox"/> 47 ADL OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> 53 RCP <input type="checkbox"/> 57 COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> 61 DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> 65 CURATIM <input type="checkbox"/> 50 GUEDEL <input type="checkbox"/> 54 PUNÇÃO TORÁCICA <input type="checkbox"/> 58 FLEBOTOMIA <input type="checkbox"/> 62 INTRACATH <input type="checkbox"/> 66 PRONAL <input type="checkbox"/> 51 ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> 55 DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> 59 PUNÇÃO PERICARDICA <input type="checkbox"/> 63 Sonda VESICAL <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 52 INTUBAÇÃO (OTNT) <input type="checkbox"/> 56 VEIA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> 60 Sonda GÁSTRICA <input type="checkbox"/> 64 IMOBILIZAÇÃO MEMBROS <input type="checkbox"/> 68 </div>															
	<div> <div>AVALIAÇÃO MONITOR ECG.</div> <div></div> <div>REPOSIÇÃO VOLUMICA / MEDICAMENTOS</div> <div></div> </div>															
TRANSP.	<div>TIPO</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> 69 CIVIL <input type="checkbox"/> 70 MEDICALIZADO </div>				<div>ORIGEM</div> <div>via pública</div>				<div>DESTINO</div> <div>UPA-Franco Silva</div>				<div>CONTATO NO DESTINO</div> <div></div>			
	<div> <input type="checkbox"/> 71 CANCELADO <input type="checkbox"/> 73 ÓBITO <input type="checkbox"/> 72 FALSO <input type="checkbox"/> 74 RECUSOU ATENDIMENTO </div>				<div> <input type="checkbox"/> 75 RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 76 OUTRO <input type="checkbox"/> 76 NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL </div>											
INGRESSANTE	<div>OBSERVAÇÕES</div> <div> <p>Paciente vítima de acidente de trânsito colisão frontal, mobilizada encontrada deitado em perfeito estado de consciência, apresentando hemodinamicamente estável, apresentando múltiplas lesões no MSJ e MID não há sinais de deformações ou fraturas, não houve perda da consciência, refere forte dor no local de dificuldade de movimentar membros vitais normais, glicose, reflexos foi examinado para a UPA-Franco Silva para avaliação e conduta.</p> <p>Dr. Kevin Spangher Suzuki Nº 1987-AC CRM 1987-AC 13 JUN 2017</p> </div>															
PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE	<div> <p>Associação Téc. de Enfermagem GOVERNADOR</p> </div>															