



**Novo Acre**  
Comunidade para o desenvolvimento

**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE**

UNIDADE: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

Para: Ortopedia - PS  
Nome do Paciente: Lorrana Caroline L. Monteiro  
Nome Social: 38 anos  
Hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_

**ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:**

Atesto para os devidos fins: Valor de pedido  
de honorários - operatório  
de acordo com a tabela - e com o valor que  
o paciente tem - a ser pago  
o x exame físico realizado,  
realizado exame ortopedico

DATA: 08/11/18

Dra. Cassia Hassem  
Assinatura  
Médica  
CRM/AC-1979

**SAME / HUEB**  
**CÓPIA**  
**CONFORME ORIGINAL**

0108050217/5930

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2595770  
CNS:DATA: 08/11/2018 HORA: 10:53 USUARIO: KHERLLY  
SETOR: 06-SALA DE GESSO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LORRANA CATERINE LIMA MONTEIRO

DOC.:

IDADE.....: 18 ANOS NASC: 00/00/0000

SEXO.: FEMININO

ENDERECO.....: RUA SAO LUCAS

NUMERO: 128

COMPLEMENTO.....

BAIRRO: GLORIA

MUNICIPIO.....: RIO BRANCO

UF: AC

CEP.:

NOME PAI/MAE.:

/CLAUDIONORA SANTIAGO DE LIMA

RESPONSAVEL....: KEITIANE - TIA

TEL....: 99959-4602

PROCEDENCIA....: UPA-SOBRA

ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE TRANSITO

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.[ ] RAIO X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

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

Cludo de nudo

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

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

DIAGNOSTICO:

Do molo do nudo (E)

PRESCRICAO

CONFIRME ORIGINAL  
COPIA  
SAME / HUENB  
HOSPITAL DE URGENCIAS1) Solto  
2) Atestado m'lo do nudo  
3) Alargo Amb.  
4) Retorno

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IMPLANT [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

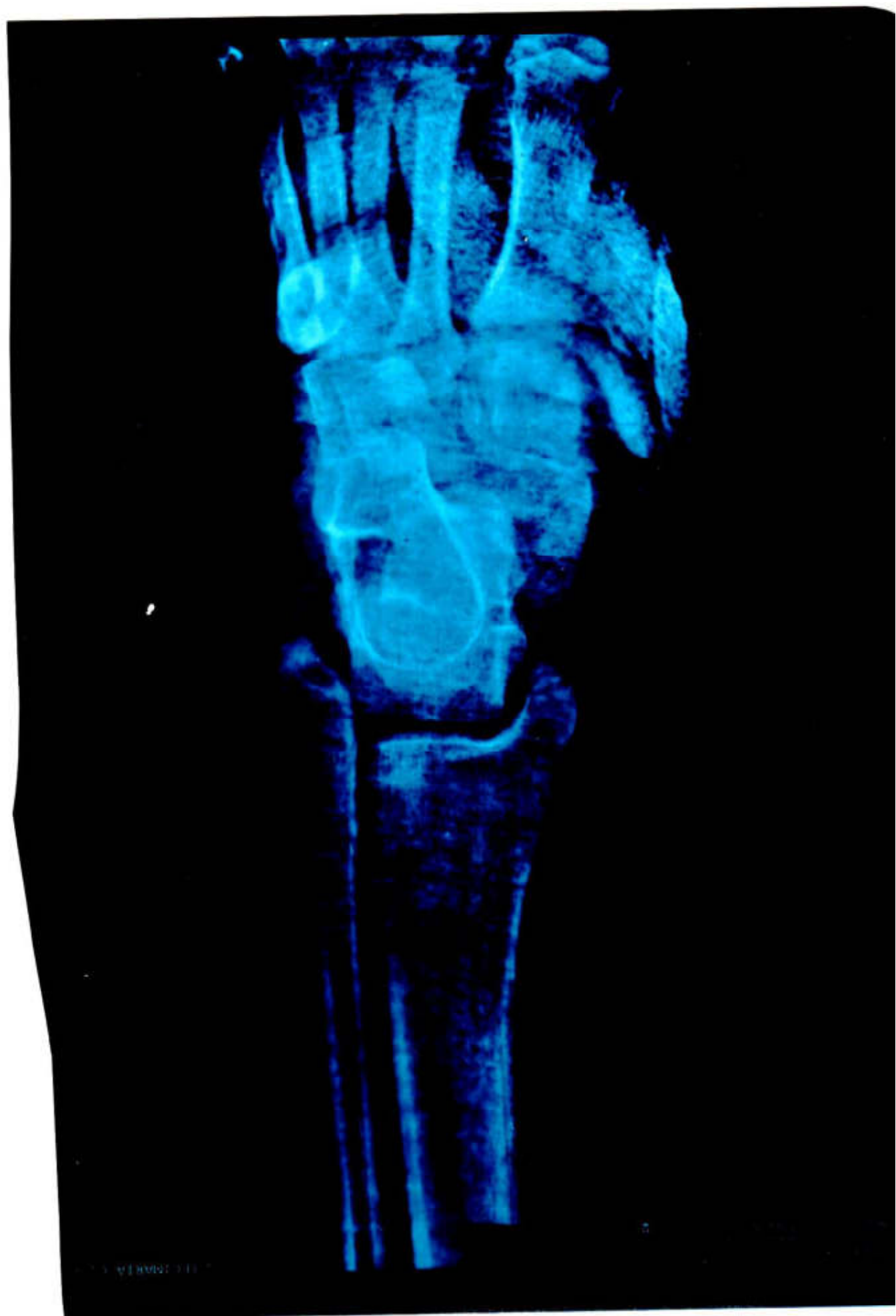


20:100  
81-02  
11:11 [11:11]  
EX-1111018  
100-11-11  
100-11-11  
100-11-11  
100-11-11

100-11-11  
100-11-11  
100-11-11  
100-11-11  
100-11-11  
100-11-11  
100-11-11  
100-11-11







EXP:08.11.2018 [14:45]  
RT-05  
SC:100%

SC:1002  
81-01  
[14:41] 8105.11.00000  
EMERGENCY CALLER - [W]  
HUBER - BIO WEDI

05  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20  
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30  
31 32 33 34 35 36 37 38 39 40  
41 42 43 44 45 46 47 48 49 50



**ESTADO DO ACRE**

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO - IIRHM

**PRONTUÁRIO CIVIL**

RG 1309320-7 1ª VIA Emissão 05/01/2015 14: Cédula 1062148  
Nome LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO  
Nome social  
Filiação 1 ADEVILSON ALVES MONTEIRO  
Filiação 2 CLAUDENORA SANTIAGO LIMA  
Filiação 3  
Filiação 4  
Nascimento 07/05/2000 Estado civil SOLTEIRO Sexo FEMININO  
Nacionalidade BRASILEIRO País de origem BRASIL  
Naturalidade RIO BRANCO - AC  
Profissão Estudante, mensageiro, office-boy

**Observações**

Logradouro TRAVESSA SAO LUCAS Nº 128  
Complemento Bairro GLORIA  
Cidade RIO BRANCO - AC CEP  
Contatos

CPF 045.058.732-00 Identidade profissional 1  
CNH Identidade profissional 2  
CNS Identidade profissional 3  
DNI CTPS  
Cert. militar Série CTPS  
Título de eleitor UF CTPS  
NIS/PIS/PASEP  
Certidão CERT. NASC. Nº9923 - LIV.A-34 - FLS.88 - CARTORIO RIO BRANCO - AC  
Matrícula  
Observações Dados importados do sistema Montreal

Necessidades especiais Nenhuma  
Cutis PARDA  
Cabelos PRETOS  
Olhos PRETOS  
Tipo sang  
Altura 1,58

*Lorranna Katheriny Lima Monteiro*

**Assinatura do identificado****Direita****Polegar****Indicador****Médio****Anelar****Mínimo****Esquerda**

  
**SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES**  
**DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO**

Emissão 30/05/2019 10:17

Login rosa.almeida

Data OCA CAPITAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**045.058.732-00**

Nome  
**LOPRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO**

Nascimento  
**07/05/2000**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357230/19

**Vítima:** LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO

**CPF:** 045.058.732-00

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

**LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO : 045.058.732-00**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado / vítima.

## Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019

Nome: LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO  
CPF: 045.058.732-00

LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO

## Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019  
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix  
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190583282 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 15/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190583282 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 14/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357230/19

**Vítima:** LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO

**CPF:** 045.058.732-00

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO : 045.058.732-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019  
Nome: LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO  
CPF: 045.058.732-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019  
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix  
CPF: 025.787.852-10

\_\_\_\_\_  
LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO

\_\_\_\_\_  
Thayane Pinheiro Fernandes Felix

---

**Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190583282**

**Vítima: LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO**

**Data do Acidente: 08/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO**

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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583282

Vítima: LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO

Data do Acidente: 08/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/11/2018, emitido pelo Dr. FELIPE HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA CRM nº 2106 - AC, da Instituição HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **045.058.732-00** 4 - Nome completo da vítima: **Lorranna Katheriny Lima Monteiro**

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

5 - Nome completo: **Lorranna Katheriny Lima Monteiro**  
6 - CPF: **045.058.732-00**  
7 - Profissão: **estudante** 8 - Endereço: **S. Lucas** 9 - Número: **128** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **GLORIA** 12 - Cidade: **RIO BRANCO** 13 - Estado: **AC** 14 - CEP: **69911-132**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): **68 99903-1152**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: **00086286** **5**  
(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.

22 - 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 (assinilar 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro(vinosas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - 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.

34 - Impresão digitalizada  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RIO BRANCO - AC 14/10/2019**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**Lorranna Katheriny Lima Monteiro**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DETRAN  
ACRE

Povo  
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

4826

NÚMERO FOLHA

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

Rua Boa União - Bairro Boa União

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

Cruzamento com a R. da Amizade

06 HORA DA OCORRÊNCIA

07:47

07 ZONA RURAL / URBANA

URBANA

08 DATA

10/01/18

09 DIA DA SEMANA

Quinta

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

PARALELEPÍPEDO

☐ 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

GAROA

☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

2

15 N° DE VÍTIMAS

2

SEM VÍTIMAS ☐  
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Clemes Pereira Melo 939052133

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

12/3/04-7/18

19 ENDEREÇO

Rua São Lucas 120 B. Glória

20 1ª HABILITAÇÃO

18/03/2009

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

04594148749

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

Fiat Tempra 1.8 1500cc

28 ESPÉCIE

Passageiro

29 PLACA

SIX 2592

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

mesmo.

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

AC6RG3110G0002992

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVÁRIAS

Selo dianteiro/laterais esquerda e direita

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua da Amizade sentido Tracasso Tancredo Neves

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Conduzido pelo SAMU p/ UPA Sobral

PONTOS

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

Zaqueu Raendrich - 933144580

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

10/5/06-16/18

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

12/01/2008

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

04239484600

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

Fiat Siena

54 ESPÉCIE

Passageiro

55 PLACA

MZT 6064

56 MUNICÍPIO

Plac. de Castro

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

mesmo

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

95D17202LA3566863

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVÁRIAS

Selo frontal

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua Boa União sentido Bairro - centro

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no local

PONTOS

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

68 NOME

CONFERE COM O ORIGINAL

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

EM: 09/01/18

72 IDENTIDADE N°

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE N°

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

Judeilson Fery...  
Engenheiro CMI  
CREA 9-44484-4  
DETRAN/AC

|         |                       |                                                                                                                |                   |  |               |                                                                                                |                           |         |
|---------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|
| VÍTIMAS | 82 NOME               | Clemes Ferreira Melo                                                                                           |                   |  | 83 SEXO       | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                               | 84 NASCIMENTO             | 12/3/04 |
|         | 85 ENDEREÇO           | Rua São Lucas 123 B. Glória                                                                                    |                   |  | 86 FERIMENTOS | LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº | 1       |
|         | 88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA | CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> | 90 CONDUZIDA PARA |  |               | UPA - Sobral                                                                                   |                           |         |
|         | 91 NOME               | Katharine Lima Monteiro                                                                                        |                   |  | 92 SEXO       | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>                               | 93 NASCIMENTO             | 10/7/05 |
|         | 94 ENDEREÇO           | RG. 130320-7 (ver 3A.)                                                                                         |                   |  | 95 FERIMENTOS | LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº | 1       |
|         | 98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA | CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> | 99 CONDUZIDA PARA |  |               | UPA - Sobral                                                                                   |                           |         |

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 09/01/18

Judeilson Ferreira de Oliveira  
Engenheiro Civil  
CREA 94940/DAC  
BETRANAC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Guarnição acionada para o local. A perícia foi realizada pela Polícia Técnica. Quando esta guarnição chegou ao local, as vítimas já haviam sido conduzidas pelo SEMU. Não foi possível determinar o grau das lesões sofridas pelas vítimas. A informação correta sobre o RG da vítima nº 02 é 130320-7, e a data de nascimento é 02/03/2000.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

|                |                      |                |                  |                                   |               |          |
|----------------|----------------------|----------------|------------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| 102 MOTORISTA  | V1                   | 103 MOTORISTA  | V2               | 104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO | CR PM         |          |
| 105 NOME       | Clemes Ferreira Melo | 106 NOME       | Saguru Kaendrich | 107 NOME / RG                     | Ricardo 39098 |          |
| 108 ASSINATURA |                      | 109 ASSINATURA |                  | 110 ASSINATURA                    |               |          |
| 111 LOCAL      | Rio Branco - AC      |                |                  |                                   | 112 DATA      | 08/11/18 |



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO E SEGURANÇA PÚBLICA - SESP  
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR  
Endereço: RUA RIO GRANDE DO SUL, S/Nº, AEROPORTO VELHO - 69903-420  
Fone: 3225-6220 E-Mail: DRPC3.SEPC@GMAIL.COM

**OFF-LINE**

OCORRÊNCIA OFF-LINE N.º 0088/2019 - 3ª DPCR

Registrado em 9 de janeiro de 2019

**FATO COMUNICADO**

- Lesão Corporal na Direção de Veículo Automotor

Data/Hora do Fato: 08/11/2018- Hora: 07:47h

Delegada de Polícia: José Aníbal Tinôco Filho.

**LOCAL**

Município: Rio Branco/AC  
Logradouro: Rua Boa União  
Bairro: Boa União

Tipo de Local: Via Publica

Referência: Cruzamento com a Rua da  
Amizade

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

LORRANNA KATHERINY LIMA MONTEIRO (18), brasileiro(a), nascido(a) em 07/05/2000, na cidade de rio Branco /AC, RG: 1309320-7. SSP/AC, CPF: 045.058.732-00, filho de Claudenora Santiago Lima, residente Trav. São Lucas, n 128 bairro Glória, contato: (68) 99903-1152.

**VEÍCULO ENVOLVIDO:**

- MOTOCICLETA YAMAHA/ YBR 150 FACTOR E, 2016/2016, QLX2592, RENAVAM: 01080202908. Proprietário: CLEMES FERREIRA MELO.

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

A comunicante veio noticiar que na data e hora foi vítima em acidente de trânsito. Que, a comunicante seguia na garupa da motocicleta acima especifica e em decorrência do evento sofreu lesões corporais.

  
Efraim dos Santos Ferreira  
Agente Oficial de Polícia Civil

  
Lorranna Katheriny Lima Monteiro  
Comunicante