

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 461.334.022-53 4 - Nome completo da vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO 6 - CPF: 461.334.022-53
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: RM DO PASTOR 9 - Número: 1368 10 - Complemento: RURAL
11 - Bairro: BENFICA 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.909-710
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (68) 99919-6048

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 00009684 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 ☐ Viúva

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 (vivas)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

RIO BRANCO-AC 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

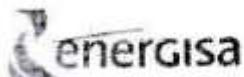
CLIENTE: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000009684-9

Nr. da Autenticação 5D8C17635F2359E1



Faça o cancelamento
com a Energisa
informando o NÚMERO

SEU CÓDIGO

0234253-7

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Manoel Magalhães, 126 - JARDIM - RIO BRANCO - AC
CEP: 69.009-710 - Fone: (16) 3441.0000

Nº da Nota Fiscal 006380343

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	05/12/2019	370	349,20

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO
RN DO PASTOR (RURAL) 1368 BENFICA (RURAL)
CPI: 00046133402253
CEP: 69.009-710 - RIO BRANCO

CONSUMO MÊS	KWh	DATAS DA LEITURA
NOVEMBRO/2019	2468	Atual: 27/11/2019
	2098	Anterior: 25/10/2019
	1.000	Próxima leitura: 24/12/2019
	370	Emissão: 22/11/2019
	370	Assinatura: 27/11/2019

DIAGNÓSTICO DE CONSUMO: FCAH Dias de Consumo: 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Tipologia	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E6014044880		1.1.1.2	305

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
OUT/19	249	CONSUMO 370 A R\$ 0,893930 =	330,75
SET/19	417	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,08
AGO/19	300	MULTA POR ATRASO 10/19-00	4,30
JUL/19	289	JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00	0,07
JUN/19	275	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,05	
MAI/19	261	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 12,43	
ABR/19	297		
MAR/19	317		
FEB/19	295		

OB

S DE CRÉDITO DO BRASIL

ARMÁTICA DO SICOOB

VANTE

DE CONVÊNIO

07:08:22

325/SICOOB CREDISUL

3650/DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

LETROACRE AC

1119008

170438

93330001968

9/11/2019 07:08

9/11/2019

,00

,00

,00

,00

,00

,00

19,20

ESTIMADO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE COM ALTA

Reg. Definitivo....: 90309
Número do CNS.....: 708000310749220
Nome.....: DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 6/02/1971 Idade: 47 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: DEUSDETE PEREIRA DE ARAUJO
Mãe da Mãe.....: MARIA DAS GRACAS DIAS DA SILVA
Endereço.....: AC 40 TRAMAL DO PASTOR 1368
Cidade.....: AC 40 Cep.: 00000-000
Telefone.....: 3225-2844
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA ULTIMA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2554941
Clínica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Voto.....: 999.0132
Data da internacao: 25/05/2018
Hora da Internacao: 14:10
Médico Solicitante: 508.583.512-34 - MAX WEBER MIRANDA DE FREITAS
Médico Solicitado: 03.03.09.020-0
Diagnóstico.....: S92.7
Identif. Operador.: COSMA

INFORMACOES DE SAIDA

Proced. Realizado: 0303090200 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFE
Data de Saída: 29/05/2018 14:10
Especialidade:
Tipo de Saída: Alta
CID Principal: S927 FRATURAS MULTIPLAS DO PE
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Atendimento:



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CHES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CHES			
Identificação do Paciente				5 - Nº DO PRONTUÁRIO			
6 - NOME DO PACIENTE							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
				9 - SEXO			
				10 - RAÇA/COR			
				10.1 - ETNIA			
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO			
				Nº DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO			
				Nº DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - CDD, IEGE MUNICÍPIO			
				18 - UF			
				19 - CEP			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
<i>exposto. Sinais e sintomas</i>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
<i>Sinais e sintomas</i>							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
<i>Exames e exames finais</i>							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL			
<i>Sinais e sintomas</i>							
				25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
<i>Exames e exames</i>							
29 - CLÍNICA				30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
				31 - DOCUMENTO			
				32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
<i>Dr. Vinícius de Macedo Magalhães</i>				35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<i>CRM 1241</i>				<i>Dr. Vinícius de Macedo Magalhães</i>			
36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				37 - Nº DO BOMBA			
38 - CNPJ DA SEGURADORA				39 - CNPJ EMPRESA			
				40 - CNPJ DA EMPRESA			
41 - CUBR				42 - CUBR			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				44 - CUBR			
45 - EMPREGADO				46 - EMPREGADOR			
47 - AUTÔNOMO				48 - DESEMPREGADO			
49 - APOSENTADO				50 - NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO							
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
53 - Nº DOCUMENTO				54 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<i>1-1</i>							



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE



Novo Acre
(Guarani: *Novo Acre*)

UNIDADE:

UNIDADE: _____
NOME: Dezimir Silveira de Araújo IDADE: 27 B.E.: _____

8.E.

OBSERVAÇÃO

LETO: 1976

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
26/05/16	# episódio de tuss - Longo prazo (6)	1) Glicia 10ml 2) 500 mg amox (60) 8/10h 500 3) Cefazolin (60) 8/10h 4) Paracetamol 1000 5/14h 5) Clonazepam 1mg (60) 12/10h 6) Paracetamol 1000 (60) 8/10h 7) Clarit 1000 (60) 8/10h (60) 8) Paracetamol 1000 9) Contorno 200mg (60) 10) 1000	04150 04122 041014 16 5N 10 16	0150 Paciente - minutos depois de adquirir o paciente com PCP LC + rinite com FE em tibia crônica + rinite de formação. Paciente com HVE e Enfermidade COREN-AL 38.999
	Obs. Nota de 2007 emissão (6) Solicitação de avaliação	10050000 7		05.02.10h - paciente ad- mitido para continuidade do tto. Vgma - 7-15-16
		Dr. Vinícius de Moura Magalhães Otorrinolaringologista CRM IAC 1241		

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLINICA

LEITO

DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI 25/05/18 DT 25/05/18</p> <p>FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL DIREITA</p> <p>FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO</p> <p>LAC 3 ESQUERDO</p> <p>CD LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE EM REGULAR ESTADO GERAL</p> <p>REFERE DOR EM PERNA DIREITA E OMBRO ESQUERDO</p> <p>AO EXAME FISICO APRESENTA EDEMA 1+/4+ EM PERNA DIREITA</p> <p>ESCORIAÇÕES EM MIE DIREITO</p> <p>PULSO E NEUROLOGICO PRESERVADO</p> <p>SOLICITO LABORATORIO E RX CONTROLE</p>	<p>1. DIETA VOLVIRE 507</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H</p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 H</p> <p>6. RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>10. CEFAZOLINA 1GR EV 8/8H</p> <p>11. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9 % 250 ML EV 24/24 HR PASAR LENTO</p> <p>12. CURATIVO</p>		<p>As 07:00 iniciado Rot-estável, com comunicação, afecção, mantendo o curso sendo acitua com a dieta oferecida, fungos biológicos - frutificação - man dentro coram, xile de familiar, tratado venoso e ven. A-privativa, realizado curativo C/SF 0,9% do vedding, ap. de sangue, de 10-15-18</p> <p>As 07:00 Rot-estável, afecção moderada - man</p> <p>Curativo Rot-estável</p>

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESSÃO

131-2018

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

SEXO

LEITO

DEUZIIMAR SILVA DE ARAUJO

47

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

119

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI 25/05/18 OT 25/05/18</p> <p>FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL DIREITA FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO LAC 3 ESQUERDO</p> <p>CD LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO</p> <p>PACIENTE EM REGULAR ESTADO GERAL</p> <p>REFERE DOR EM PERNA DIREIRA E OMBRO ESQUERDO</p> <p>AO EXAME FISICO APRESENTA EDEMA 2+4+ EM PERNA DIREITA ESCORACOES EM MIE DIREITO PULSO E NEUROLOGICO PRESERVADO</p> <p>RX CONTROLE OK</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/24H</p> <p>3. DIFERONIA 1GR EV DILUIDO 6/8H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H</p> <p>5. PLASIV 10MG EV DILUIDO 12/12H</p> <p>6. RANTIDINA 50 MG EV 8/8 HRS</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>10. CEFAZOLINA 1GR EV 8/8H</p> <p>11. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 250 ML EV 24/24 HR PASAR LENTO</p> <p>12. CURATIVO</p>		<p>At 07:00 recebendo Folha de medicação com entrega comunicativa após o atendimento, Núcleo de enfermagem mantendo o acesso venoso acessível e bem cuidado. Observando a função de fisiológica e fisiológica, avaliando o estado de ligado com SPO2=91 Clareza da respiração deglutir e deglutar sem dificuldade 28/05/2018 SIC 2018 Paciente de Família de Saúde Núcleo de Enfermagem Núcleo de Enfermagem</p>

0007-1226/94/0005-0000\$05.00/0

REGISTRO

PACIENTE

340

CLINICAL

DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO

47

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - E

179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 25/05/18 DT 25/05/18 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL DIREITA FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO LAC 3 ESQUERDO CD LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO PACIENTE EM REGULAR ESTADO GERAL REFERE DOR EM PERNA DIREITA E OMBRO ESQUERDO AO EXAME FISICO APRESENTA EDEMA 2+/4+ EM PERNA DIREITA ESCORIAÇÕES EM ME DIREITO PULSO E NEUROLÓGICO PRESERVADO RX CONTROLE OK	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML N 12/24 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% EV 12/12H 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 H 6. RANTIDINA 50 MG EV 8/8 HRS 8. CUIDADOS GERAIS 10. CEFAZOLINA 1GR EV 8/8H 11. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9 % 250 ML EV 24/24 HR. PASAR LENTO 12. CURATIVO	—	DO 04 05 19. MANA FE adubo de 300g e me fe -Tudo de 300g de 400g modificado. a 400g de 400g me 400g. 400g 400g 400g 400g 400g 400g 400g 400g 400g 400g 400g



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 21:53 SALA 15 DATA 25/05/18

NOME DO PACIENTE Simone da Silva ID 1011

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA ☒ AMBULATÓRIO () OUTROS ()

ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA ☒ LOCAL () OUTROS ()

INÍCIO DA ANESTESIA 22:40 TÉRMINO DA ANESTESIA 23:00

PROCEDIMENTO REALIZADO h.c. + fixador externo em m.c.

INÍCIO DA CIRÚRGIA 22:50 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 01:30

CIRURGIÃO Vinicius de Aguiar AUXILIAR(ES) 1

ANESTESISTA Rony INSTRUMENTADOR Carla

CIRCULANTE Thamires + Gizele ENF 1

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº <u>40x12L</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>200ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE <u>27</u>	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA <u>20x12</u>
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>500</u>
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>15</u>	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 <u>N</u>
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 <u>N</u>
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 <u>N</u>
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>N</u>
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>20</u>
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>20 + 20</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE <u>20</u>
PAVULON	ELETRODOS <u>5</u>	POVIDINE TINTURA <u>200</u>
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <u>3</u>	PROPÉ <u>14</u>
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO <u>150</u>	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P. ()	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO <u>300</u>	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO <u>1</u>	FRA. DA	SERINGA DE 5 ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>2-0 N</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

[Handwritten signature]



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEBR

FICHA DE ANESTESIA

Paciente	Idade	Sexo	Cor	Registro / BE				
Juliano Silva de Araujo	47	F						
Sector proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input checked="" type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo.	Fator Rh
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT/BD/BI	TGO/TGP
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta de perna direita								
M. Respir.	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	Complacência:				
ECG: 75	Alegrias: não							
Ap. Dentado/Dentes	Pescoco				Peças Dent.			
Ap. Dentado:	Drogas em Uso:							
Exame Mental:								
Anestésicos Anteriores:	ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				Risco			
Medicação: Pré-anestésica:	Hora:				Efeito:			
IGRA	27	01	23	00	01	02		
O ₂								
NO ₂								
HALOG								
(RL 1000)	(SF 1000)							
SpO ₂	99 - 99 - 99 - 99 - 99 - 99 - 99 - 99							
240								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								
40								
20								
DROGAS ADMINISTRADAS	Técnica:				Monitorização:			
Propofol + 50 mg morfina	Laríngea				Respirometria / oximetria			
	Cirurgia: Limpeza cirúrgica + fixador externo				Ap. Resp: N/A			
	Cirurgião/Auxiliar: CNr Vences				Ap. CV: N/A			
OBS:								
Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo)								

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO (EME)
Requisição: 18.PC.2.006784
Num. do BE: 02554941

Idade.: 47A
Requis.: 27/05/2018

US. Origem.: HUERB/PSCCB
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Sector.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões).....	4,27	mm3	VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina.....	11,80	g/dL	VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito.....	36,00	%	VR: H: 42 a 52 M: 37 a 49 %
Índice.....	83,60	f1	VR: 78 a 98 f1
H.M.C.....	27,60	pg	VR: 26 a 34 pg
M.C.M.....	33,00	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucócitos Globais.....	9.100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Linfócitos.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	273	mm3	
Monócitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Eosinófilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Bastões.....	7	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	637	mm3	
Granulócitos.....	80	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	7.280	mm3	
Plaquetas.....	8	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto.....	728	mm3	
Basófilos.....	2	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	182	mm3	
Plaquetas.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Elaborado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 27/05/18 às 09:15 Coleta: 27/05/18 às 06:23-1a. Via Impressa: 27/05/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	1 MINUTO E 45 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação.....	6 MINUTOS E 30 SEGUNDOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas.....	108.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Elaborado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 27/05/18 às 09:15 Coleta: 27/05/18 às 06:23-1a. Via Impressa: 27/05/18

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Microscopista
CRF RO/AC 4109

HUER8

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO

ID paciente:

ID amost: 5

Data nascimento:

Idade:

Cod barra: 2006784

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 27/05/2018

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	113	mg/dL		
URE	31	mg/dL		
CRF	1.2	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 27/05/2018

Data/Hora teste: 27/05/2018

Data/Hora impr.: 27/05/2018 07:38:04

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: _____

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO



VianaClin

Receituário

Luís de Medeiros

Atento para os dentes finos, que
aparente Deuzimar Silva de Albuquerque
44 anos de idade. O mesmo refere de
sintomas de dor; apresentando, os
seguintes diagnósticos:

- Fratura Exposta do Tubo
região distal direita
- Fratura Exposta do Fíbula direita
- Fratura 2º Met. Costal Esquerda
- Ruptura Intercostal de L4 e L5
- Luxação Ombro Direito Torção
Esquerda

CID10: S43 + S52 + M512 + S223 + X570

Assinatura

20 DEZ 2019

Agendamento (68)3223-3795/99962 7867/ 99244 2686

Rua Piauí Nº 208 - Dom Giocendo Rio Branco - Acre



INTOACRE
INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEdia DO ACRE

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Ident. 174466

Médico (Solicitante): Dr.(a) VINICIUS DE MACEDO MAGALHAES

Data: 28/03/2019

Sexo: Masculino

Idade: 43a, 10m, 11d

Convênio: SUS SESACRE

RX-TORAX AP-P

RELATÓRIO:

Transparência pulmonar normal.

Seios cardio e costo-frênicos livres.

Área cardíaca normal.

Fratura em consolidada interessando o 2º arco costal anterior à esquerda.

Partes moles adjacentes preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- FRATURA EM CONSOLIDADA INTERESSANDO O 2º ARCO COSTAL ANTERIOR À ESQUERDA.

RIO BRANCO – AC, 16 de abril de 2019

DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia

Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO
Idade: 44 A
Data: 13/12/2019
Atendimento: 83142

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO


RELATÓRIO:

Espaço articular acromio-clavicular aumentado com sinais de erosão das superfícies articulares.

Não identificamos calcificações peritendíneas nas inserções musculares radiografadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Espaço articular acromio-clavicular aumentado com sinais de erosão das superfícies articulares.



DRA. MÁIRA S. P. PARENTE
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO
Idade: 44 A
Data: 13/12/2019
Atendimento: 83142

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

RELATÓRIO:

Fratura consolidada interessando a diáfise distal da tibia e da fibula.
Osteossíntese cirúrgica interessando a fibula distal.
Relações osteo-articulares preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura consolidada interessando a diáfise distal da tibia e da fibula.
- Osteossíntese cirúrgica interessando a fibula distal.



DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM-AC 1502 RQE-AC 611
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO
Idade: 44 A
Data: 13/12/2019
Atendimento: 83142

RADIOGRAFIA COLUNA LOMBAR AP E PERFIL:

RELATÓRIO:

- Eixo lombar mantido.
- Osteófitos incipientes.
- Presença de vértebra de transição lombo-sacra (VT).
- Redução do espaço interdiscal de L4-L5.
- Densidade óssea normal.
- Lâminas, apófises, pedículos e corpos vertebrais conservados.
- Não há evidência de espondilólise ou espondilolistese.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Espondilopatia degenerativa lombar incipiente.
- Vértebra de transição lombo-sacra (VT).
- Redução do espaço interdiscal de L4-L5.



DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM-AC 1502 RQE-AC 611
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2554941 DATA: 25/05/2018 HORA: 15:39 USUARIO: KHERLLY
CNS: 708000310749220 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO DOC...: NT
IDADE...: 47 ANOS NASC: 06/02/1971 SEXO...: MASCULINO
ENDereco...: AC 40 TRAMAL DO PASTOR NUMERO: 1368
COMPLEMENTO...: BAIRRO: AC 40
MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...: -
NOME PAI/MAE...: DEUSDETE PEREIRA DE ARAUJO /MARIA DAS GRACAS DIAS DA SILVA
RESPONSAVEL...: VEIO NO SAMU TEL...: 3225-2844
PROCEDENCIA...: RODOVIA - AC 40
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[150]X[78]mmHg PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[76] SPO2[100%]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

1. Acidente de trânsito pelo SAMU realizado no local de ocorrência.
2. Lesões superficiais no tórax, abdômen e membros inferiores.
3. Hematomas e contusões no tórax e abdômen.
4. Dor abdominal no quadrante superior direito.
5. Náuseas e vômitos.
6. Estado geral satisfatório.
7. Escala de dor: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]
8. Diagnóstico: lesão de fígado, contusão, hematomas, contusões.

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Dorso 2m (100 mg)
2) Fentanyl 70mg (10)
3) 1000 curados no fígado

16:10

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

- LAC III (E)
FRA 5.

TIBIÆ/FIBULÆ - D.

FAST:

16.55

Sem líquido livre no
abdome no momento

~~Atendimento de Prévius~~
Médico
Cirurgião Geral
CRM 1816 - AC

Santa Cruz
C. L. L.
C. L. L.

Novo Acre
Sovereign people and environment

LEITO:

LEITO:

[illegible]

25/05/16

22.10.16. For a while now, I have been
very busy, with a lot of work, and
I am not able to do much more.
I am not able to do much more.
I am not able to do much more.

22.10.16. For a while now, I have been

very busy, with a lot of work, and

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

I am not able to do much more.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade: _____

RELATORIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Jorginho Silva de Araújo

IDADE: _____ OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Exstirpação de fibroma + linfonodo (L)

CIRURGIA PROPOSTA: Lesão extirpadora

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Não realizado

CIRURGIA REALIZADA: Não realizada

DATA: _____

25/05/08

CIRURGIÃO: _____

Dr. Vinícius Magalhães

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR (A) _____

Magalhães

ANESTESISTA: _____

Dr. Tony

ANESTESIA: _____

Local

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO () SIM (☒) NÃO

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM (☒) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(☒) ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Q. Ret. de H. sob anestesia
Q. Ascessão, anti-sepsia + curativos

- (1) Anestesia do fêmur do filhote, limpeza
cirúrgica extensa e RF
- (2) Redução cruenta + fixação externa e grade
300 mm
- (3) Anestesia do fêmur do tornozelo, limpeza
por planos do joelho
- (4) Limpeza e RF, redução + ortossintese
el. Bloco 113 de esp. 35mm 2 furos + 6 parafusos
corticais 15-20mm
- (5) Controle radioscópico em
- (6) Limpeza do FO
- (7) Sutura por planos + curativo estéril

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1241

Idade: 044Y
19750517

Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

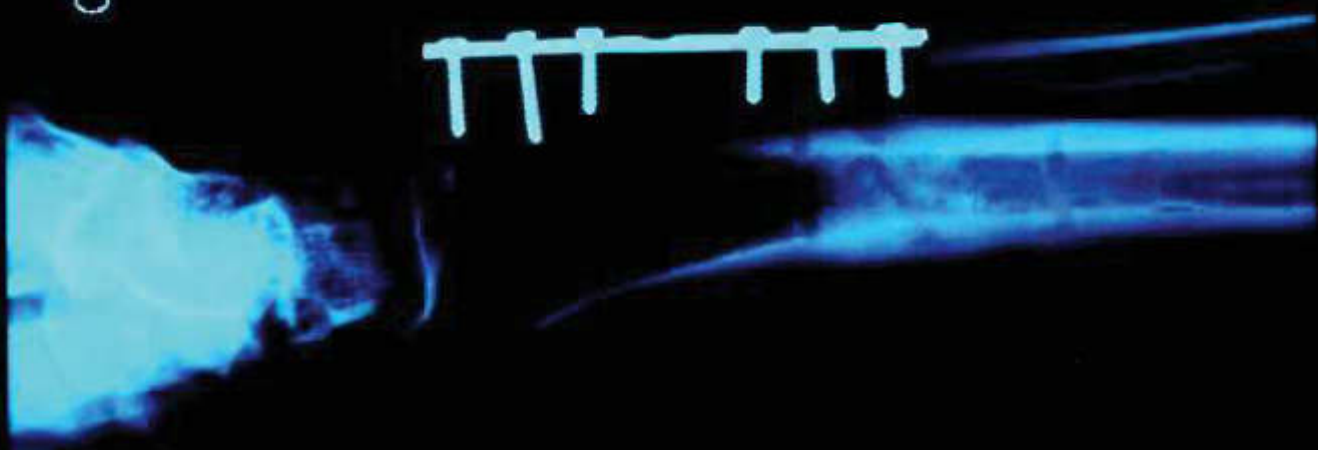
ID: 61865

83145

ROT EXT-E





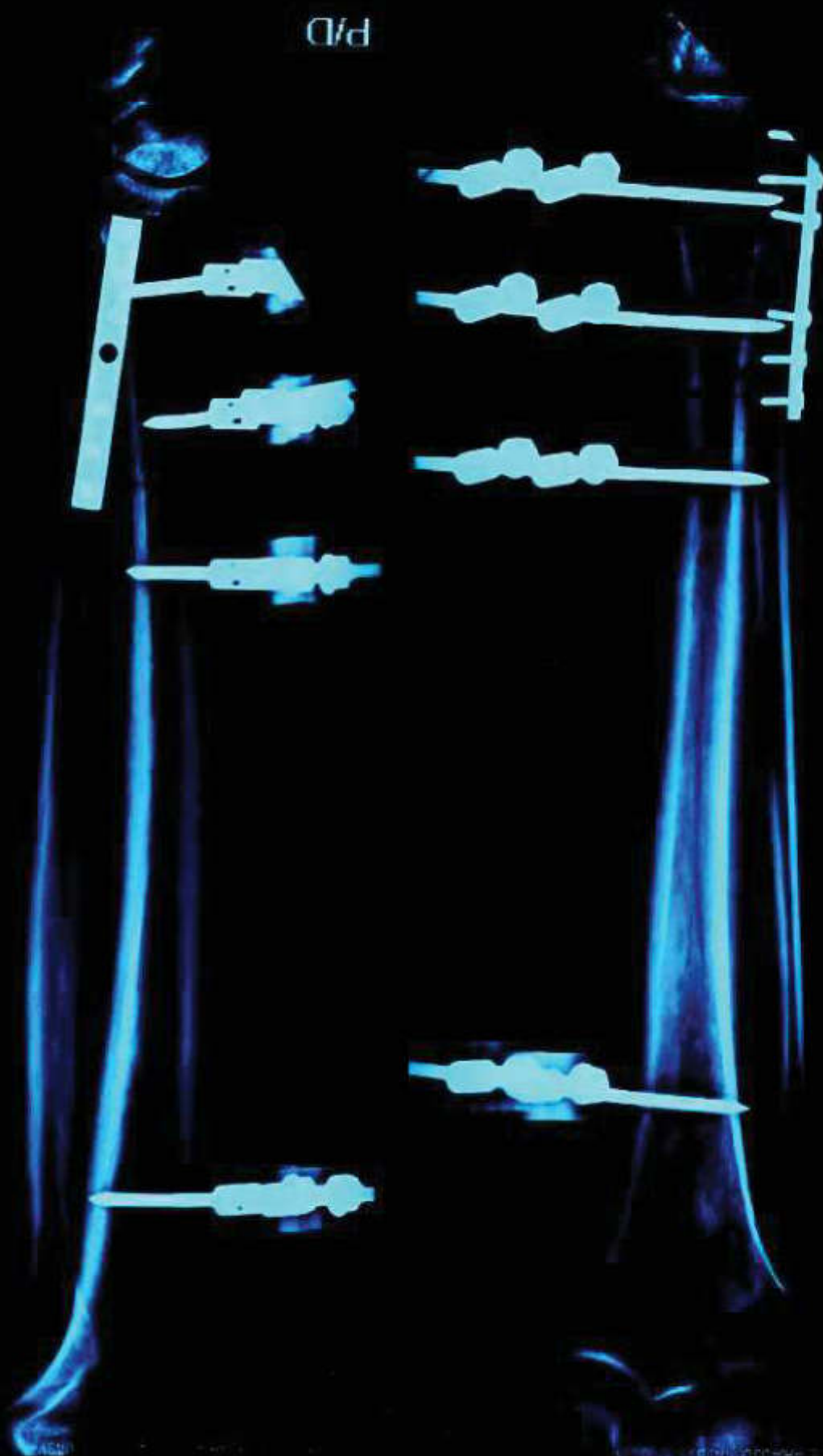


AP-D



AP/D

P/D



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAMUNDO HERMENO DE ARAUJO

Ramundo Cesar de Araujo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0239029 DATA DE EMISSÃO 26/04/1994

NOME DEUFEMAR SILVA DE ARAUJO

FILIAÇÃO RAMUNDO CESAR DE ARAUJO
CRISPINA SILVA DE ARAUJO

NATURALIDADE RIO BRANCO-AC DATA DE NASCIMENTO 17/05/1973

DOCUMENTO CERT. NASC. 22.84 LIV 038 FLS 0
PZ CART. RIO BRANCO-AC

Ramundo Cesar de Araujo
Diretor de Identificação

ASSINATURA DO DIRETOR

EST. N.º 7.146.116 29/08/93

CPF - Comprovante de Inscrição



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

461.334.022-53

Nome

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Nascimento

17/05/1975

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

6E81.621E.96AC.3FA3

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:11:37 do dia 10/06/2014 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468423/19

Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

CPF: 461.334.022-53

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO : 461.334.022-53

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 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: 26/12/2019
Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO
CPF: 461.334.022-53

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719659 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR GRAU III À ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA DA FÍBULA DIREITA
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL ANTERIOR À ESQUERDA P14
FRATURA EXPOSTA DISTAL DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSO) P9 22 23
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @13
IMAGEM: P25 À 28

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468423/19

Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

CPF: 461.334.022-53

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO : 461.334.022-53

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 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: 26/12/2019
Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO
CPF: 461.334.022-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719659

Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719659

Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 000009684-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 461.334.022-53 4 - Nome completo da vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO 6 - CPF: 461.334.022-53
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: RM DO PASTOR 9 - Número: 1368 10 - Complemento: RURAL
11 - Bairro: BENFICA 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.909-710
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (68) 99919-6048

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 2278 013 CONTA: 00009684 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 ☐ Viúva

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 (vivas)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RIO BRANCO-AC 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

13455

NÚMERO FOLHA

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

RODOVIA AC 40

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

EM FRENTE AO COMERCIAL MARANO

06 HORA DA OCORRÊNCIA

16:42

07 ZONA RURAL / URBANA

URBANA

08 DATA

25/05/18

09 DIA DA SEMANA

SEXTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

02

15 N° DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

PAIMUNDO NOBUEIRA DE SOUZA

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

10/05/1975

19 ENDEREÇO

BR 364 KM 105 - RODOVIA DO CARLOS KMO 2 / FAZENDA N° EDUARDINA

20 1ª HABILITAÇÃO

15/03/10

21 CATEGORIA

AD

22 PRONTUÁRIO

1990552685

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

FORD/F4000 4x4

28 ESPÉCIE

CARRO/CHAMINHO

29 PLACA

NAB 511

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

ATACADO DE MAT. RIO BRANCO IND. COM. LTDA

33 ENDEREÇO

— / — / —

34 CHASSIS

9BFLF499435096751

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVÁRIAS

SETO LATERAL ESQUERDO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

PONTOS

37 CARRO 

39 MOTO 

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☒ NÃO ☐

BAF 0,00

42 NOME CONDUTOR

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

17/05/1975

45 ENDEREÇO

AV. JK N° 477 - VILA JORGE KALUKE - TEL.: 999316406

46 1ª HABILITAÇÃO

01/02/2001

47 CATEGORIA

AD

48 PRONTUÁRIO

064779402

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

ITA/HUZUKI PN 125

54 ESPÉCIE

125 / MOTOCICLO

55 PLACA

NAC 1926

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

59 ENDEREÇO

— / — / —

60 CHASSIS

9C0NF412JBM334971

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVÁRIAS

SETO FRONTAL, SETO LATERAL ESQUERDO E DIREITO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONVIZADO PELA SAMU AO PS.

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: 06/06/18

72 IDENTIDADE N°

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

77 NASCIMENTO

— / — / —

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE N°

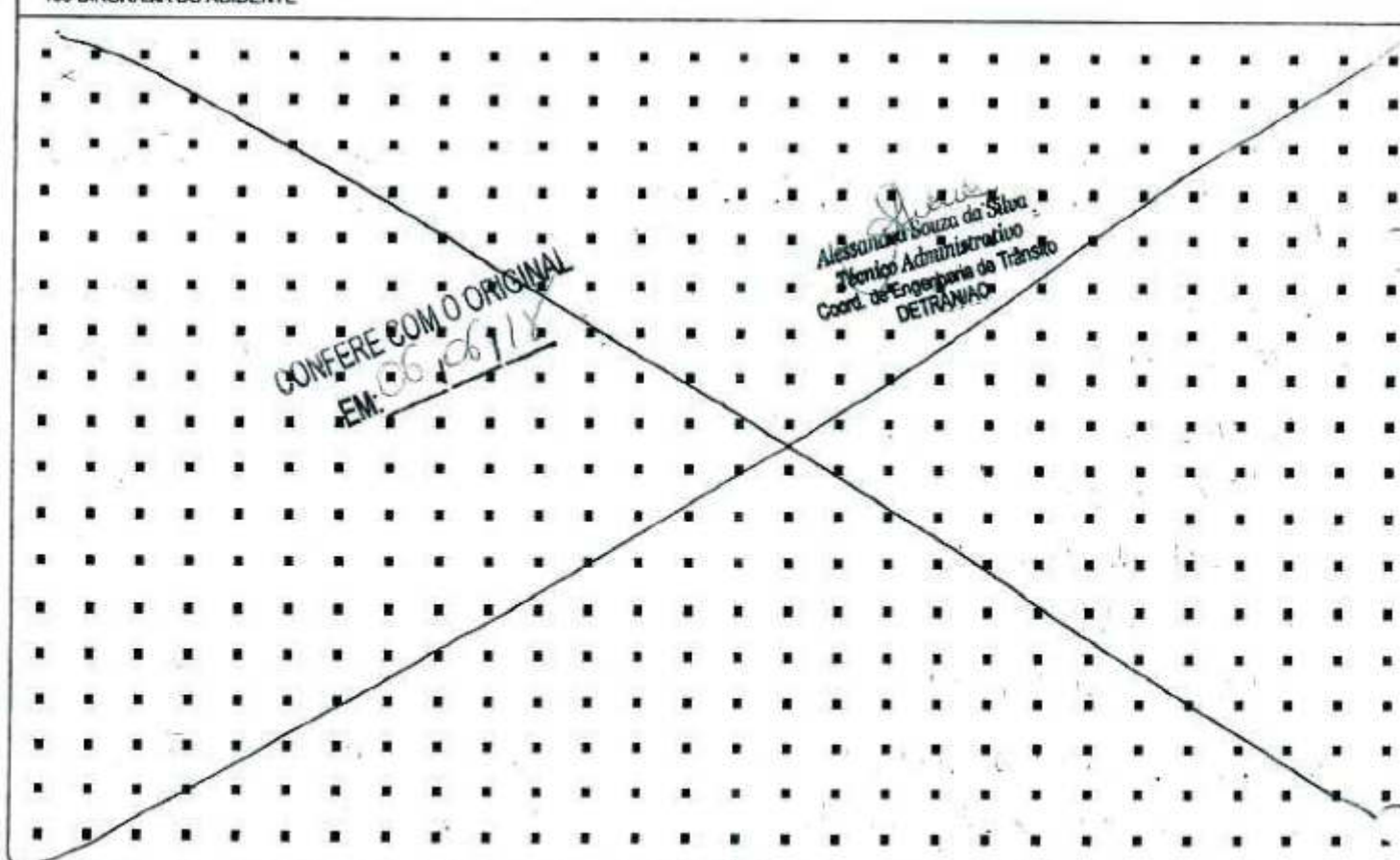
80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

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

82 NOME DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO		83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 17/05/1977
85 ENDEREÇO AV. JK N.º 477 - VILA JOSE KALUMÉ		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVO NO VEÍCULO N.º 02
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		89 CONDUZIDA PARA O MONTO SOLOMO VELA SAMU.	
91 NOME		92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO
94 ENDEREÇO		95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVO NO VEÍCULO N.º <input type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		99 CONDUZIDA PARA	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

QUE O V1 TRANSITAVA NO SENTIDO BARRIO - CENTRO, QUE AO CHEGAR NAS PROXIMIDADES DO COMERCIAL PARANA, SEGUNDO MESMO, EM POSTO NA AVENIDA LOBO EM SEGUINTE REALIZOU A CONVERSÃO PARA ADENTRAR AO COMERCIAL PARANA, AVISTANDO ATRÁS O V2, QUE LOGO EM SEGUINTE COLIDIU NO SETOR LATERAL ESQUERDO DO V1. V1 REALIZOU O TESTE DO SOFONEIRO, COM RESULTADO 0,00 PARA PRESENÇA DE ALCOOL. PEDINDO COMPARECER AO LOCAL PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS CABÍVEIS. QUE O V2 TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO. VEÍCULO DO V2 LIGANDO O SR. CLÉIDE MORAIS ARAÚJO DA SILVA JUNIOR, COM REG.: 06469740766, CAT.: B (VEÍCULO FICOU NA RESIDÊNCIA DO MESMO).

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO BISTON / PMA C
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG MAYCON / 4646
108 ASSINATURA <i>Deusimar Silva de Araujo</i>	109 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	110 ASSINATURA <i>Agente Autoridade de Trânsito</i>
111 LOCAL RUA BRANCO, ACRE	112 DATA 25/05/18	