

# 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: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02359-0

CONTA: 00000077547-9

---

Nr. da Autenticação 88B17968B1BF80EE

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180533736

**Nome do(a) Examinado(a):** WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES

**Endereço do(a) Examinado(a):** Avenida Juscelino Kubitschek, 187 - Rio Branco/AC - CEP 69921-030

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 11595876 - SEPC AC

**Data e Local do Acidente :** 10/08/2018

**Data e Local do Exame :** 14/12/2018 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Diagnóstico: Fratura de clavícula e escápula esquerda

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

Tratamento: conservador com imobilização com tipoia e oito, e fisioterapia.

Alta: Dezembro de 2018

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

Exame físico: MSE: deformidade na região do terço distal da clavícula, hipotrofia do deltóide, limitação para abdução do ombro a 120 graus, rotação interna e externa do ombro a 50 graus, e redução da força muscular do membro.

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

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

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

Funcional: limitação funcional do ombro esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal  
membro superior esquerdo  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal  
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal  
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal  
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

*José Luis Silverio Cabanillas*  
**José L. Silverio C.**  
**Médico Ortopedista**  
**CREMERO-1822**

---

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF : RO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180533736      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELLINGTON GABRIEL DA SILVA      **Data do acidente:** 10/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
RODRIGUES

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

**Data da análise:** 12/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180471045      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELLIGTON GABRIEL DA SILVA      **Data do acidente:** 10/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
RODRIGUES

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

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA,  
FRATURA INCOMPLETA DE ESCÁPULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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:** 3180471045      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELLINGTON GABRIEL DA SILVA      **Data do acidente:** 10/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
RODRIGUES

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

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA,  
FRATURA INCOMPLETA DE ESCÁPULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Karla Suely'.





VALIDA EM TUDO  
NOS ESTABELECIMENTOS  
968620804

968620804  
Human Plastisch

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2574340 DATA: 10/08/2018 HORA: 22:14 USUARIO: CONCEICAO  
CNS: 700507754049554 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES DOC...: N.T  
IDADE...: 20 ANOS NASC: 12/11/1997 SEXO...: MASCULIN  
ENDERECO...: RUA JUCELINO KUBISCHKE NUMERO: 193  
COMPLEMENTO...: BAIRRO: RAIMUNDO MELO  
MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000  
NOME PAI/MAE...: EDILSON GOMES RODRIGUES /LEILA MARIA SOUZA DA SILVA  
RESPONSAVEL...: O PAI TEL...: 99929-741  
PROCEDENCIA...: VILA ACRE  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAM.COMPL. [  ] RAIOS X[  ] SANGUE[  ] URINA[  ] TCO<sub>2</sub>[  ] LIQUOR[  ] ECG[  ] ULTRASSONOGRAFI

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

DADOS CLINICOS:

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

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

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

HORA DA SAIDA: :  
[  ] DESISTENCIA

[  ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[  ] EXAMILA [  ] IML [  ] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / MUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2574340 DATA: 10/08/2018 HORA: 22:14 USUARIO: CONCEICAO  
CNS: 700507754049554 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES DOC...: N.T  
 IDADE.....: 20 ANOS NASC: 12/11/1997 SEXO...: MASCULIN  
 ENDERECO....: RUA JUCELINO KUBISCHEK NUMERO: 193  
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: RAIMUNDO MELO  
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000  
 NOME PAI/MAE..: EDILSON GOMES RODRIGUES /LEILA MARIA SOUZA DA SILVA  
 RESPONSAVEL...: O PAI TEL...: 99929-741  
 PROCEDENCIA...: VILA ACRE  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO  
 CASO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[  mmHg] PULSO[  ] TEMP.[  ] PESO[  ] FC[  ] SPO2[  ]EXAM.COMPL. [  ] RAIOS X[  ] SANGUE[  ] URINA[  ] TC[  ] LIQUOR[  ] ECG[  ] ULTRASSONOGRAFISUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [  ] SIM [  ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/18OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [  VERDE ] [  AMARELO ] [  VERMELHO ] [  AZUL ]

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: [  ] DECISAO MEDICA [  ] A PEDIDO[  ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[  ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [  ] ATE 48HS [  ] APOS 48HS [  ] EXMILIA [  ] IML [  ] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUERB

COPIA

CONFORME ORIGINAL

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Willington Gabin de Sálo Rodrigues, 20 anos

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Governo do Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE  
Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas - UPA 24H

**SUS** Sistema Único de Saúde  
SUS-AC

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES UPGARRE!!

De: Tiromo

Para: HUERB (ortopédio)

Hipótese diagnóstica: Fratura de clavicula e escapulo (C)

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

P

Fratura entro de grande de metade carn

Fratura de clavicula e escapulo (C)

# Tórax 20 ny a

# Dípino 2nd (S)

# Dímenção não seg a

# Cromel 100 ny a

DATA: 10 / 08 / 19

Dr. Erisson L Cavalcante  
P. G. G. Co  
ASSINATURA: 1508

U.P.A. T.M.C.

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

### Figure 2

### SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilson Gomes Rodrigues,  
RG nº 0366740, data de expedição 14/08/18,  
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 339.397.862-20, com  
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de  
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Juscelino Kubitschek, nº 187,  
complemento lara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítiWellington Gabriel da Silva Rodrigues, cujo o condutor era  
Wellington Gabriel da Silva Rodrigues.

Veículo: Motocicleta

115.011.2710

Modelo: Honda/CG 160 START

Ano: 2016

Placa: 0XP-6537

Chassi: 9C9KC2500GR019256

Data do Acidente: 10/08/2018

Local e Data:



Edilson Gomes Rodrigues

Assinatura do Declarante

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



1º TABELLÃO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE REGISTRO CÍVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE

Tabelião Mamedes das Santas - Tabelião/Oficial de Registro Civil

Rua 04, nº 2512, bairro 04, Bairro Dom Gaspar - CEP: 69.900-300 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3254-9112

Selo Digital nº AG591214-30 - Cod. Valid.: 029E-299B-2FE3-9283

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

Reconhecido por VERDADEIRA (sua) assinatura de

JOSE EDSON CATARIN

Do que dou fé. Rio Branco - AC, 04 de outubro de 2018. Cuscas e Emolumentos R\$ 3,30.

WELLINGTON MARCELO LIMA COSTA JUNIOR DE FRETEVENTE

VALOR SONORO E SEM DEDUÇÃO DE PAGAMENTO

SAMU

192

## FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192

Data Emissão: 23/08/2018

Hora emissão: 09:07

Operador:

Nº da Ocorrência  
1808100088Cld. Vítimas  
1DU/Hr Início: 10/08/2018 20:11  
DU/Hr Término: 10/08/2018 21:04Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO)  
Tipo Ocorr: CAUSAS EXTERNAS  
Motivo Ocorr: QUITADA DE MOTO

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: JANDERSON

End: R RODV AC 40 KM 9 RAMAL CASTANHEIRA 1KM E MEIO

Bairro: VILA ACRE

Cidade: RIO BRANCO

C/IPI:

Ponto de Referência: NUMA CURVA

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS

Telefone do Solicitante: (68) 999764441

Quintal: QUITADA DE MOTO

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

## VÍTIMAS

Vítima	Nome: Paciente 1 WELLITON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES Classificação: Endereço:	Idade: 20 ANO(s) CNS: Documento:
1		



05/08/2018

FACTOLOGY

## ...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima <b>1</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO REFERINDO LOMBALGIA, ALGIA EM ARCO COSTAL E ALGIA EM OMBRO DIREITO PA 130/85 MM 92 BPM, SPO2 99%	Data/Hora: 10/08/2018 20:55
Vítima <b>1</b>	Profissional: JOSIELSON DOS SANTOS Avaliação: vítima de queda de moto ao solo com dor lombar, paroxísmo de náusea	Data/Hora: 10/08/2018 20:14
Vítima <b>2</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO GARUPA SOMENTE COM ESCORNIOS SEM OSTEOMIÍTIDES E FRATURAS PA 110/70 MMH 93 BPM, SPO2 99%	Data/Hora: 10/08/2018 20:58

## AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

P5 OUT 2018

### DECISÃO TÉCNICA

Vítima <b>1</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino: UPA 24 HORAS DO 2 DISTRITO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Intercorrência:	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Observação:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
Vítima <b>2</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 10/08/2018 20:59	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino: UPA 24 HORAS DO 2 DISTRITO	Data/Hora: 10/08/2018 20:59	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Intercorrência:	Data/Hora: 10/08/2018 20:59	Situação: F
	Observação:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Decisão:	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino:	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
Vítima <b>3</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino:	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Intercorrência:	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Observação:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Decisão:	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino:	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F

**CONCLUSÃO****MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO**

SEQ <b>1</b>	Vídeo: USB 03 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 10/08/2018 20:16
	Dt/Hr. Saída Base: 10/08/2018 20:16	Dt/Hr. Chegada Local: 10/08/2018 20:32
	Dt/Hr. Saída Local: 10/08/2018 20:53	Dt/Hr. Chegada Destino: 10/08/2018 21:00
	Dt/Hr. Saída Destino: 10/08/2018 21:00	Dt/Hr. Chegada Base: 10/08/2018 21:11

**MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA**

Efetuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	10/08/2018 20:11		WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	10/08/2018 20:13	WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	EM FILA
JOSLEI SON DOS SANTOS	10/08/2018 20:14	JOSLEI SON DOS SANTOS	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	10/08/2018 20:47	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	10/08/2018 20:56		JANINE DA SILVA LIMA DELILO
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	10/08/2018 20:59	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	10/08/2018 20:59	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029696/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/10/2018 14:29 Data/Hora Fim: 04/10/2018 14:33

Origem: Polícia Judiciária Data: 04/10/2018

Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alfarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 10/08/2018 20:11

**Local do Fato**

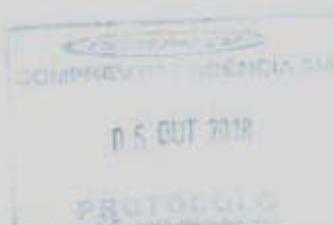
Município: Rio Branco (AC)

Logradouro: RAMAL CASTANHEIRA

Complemento: RODOVIA AC 40 KM 09

Bairro: Vila Acre

Tipo do Local: Via Pública



**Natureza**

**Méio(s) Empregado(s)**

1223 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB) Veículo

EN VOLVIDO(S)

**Nome Civil: RAIANA FREITAS LIMA (TESTEMUNHA , VITIMA )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 20

Estado Civil: Solteiro(a)

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RAMAL DA GARAPEIRA

Bairro: VILA ACRE

**Nome Civil: WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES (COMUNICANTE , VITIMA )**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 12/11/1997

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lelia Maria Souza de Silva

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 018 175 612-94

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA JUSCELINO KUBITSCHEK

Nº: 157

Bairro: RAIMUNDO MELO

**Razão Social: DERACRE (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Ramo de Atuação: Órgão público

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029696/2018-A01

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0109713617	Placa OXP6597
Número do Chassi 9G2KC2500GR019255	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor Preta	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA CG 100 START
Modelo HONDA CG 100 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Wellington Gabriel da Silva Rodrigues	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

A VITIMA INFORMA QUE VINHA EM UM RAMAL SENTIDO BR NA SUA MÃO CERTA. AO FAZER UMA CURVA TINHA UM BURACO NO QUAL O MESMO CONSEGUIU DESVIAR, MAS POR EXISTIR MAIS DE UM BURACO A VITIMA NÃO CONSEGUIU MAIS DESVIAR DOS BURACOS E PARA EVITAR EM CAIR NO BARRANCO TEVE QUE ESCOLHER EM CAIR EM UM BURACO QUE O GUIDOM VIROU ARREMESSANDO A VITIMA NO QUAL CAIU LESIONANDO SUA CLAVÍCULA VINDO A QUEBRAR, E SUA ESCAPULA, E SUA NAMORADA ESTAVA JUNTO NA HORA DO ACIDENTE ONDE ELA TEVE ESCORIAÇÕES LEVES (ARRANHÕES).

## ASSINATURAS

Francisco Alberto da Costa Mendes  
Responsável pelo Atendimento

*Wellington Gabriel da S. Matheus*  
Wellington Gabriel da Silva Rodrigues  
Comerciante Venda