



**VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANTONIO WILSON SOUSA CONCEIÇÃO, brasileiro, solteiro, ajudante de pedreiro, portador Cédula de Identidade RG 3705013 SSP/RR, CPF 019.396.562-30 residente e domiciliada na Rua Jose Ricardo Neto, Nº 121, Bairro Caranã, Município de Boa Vista - RR.

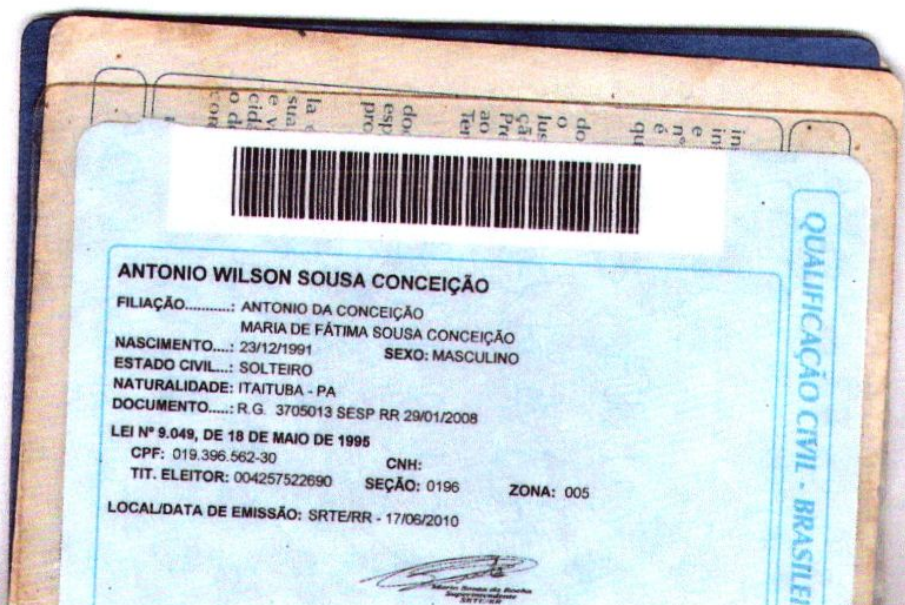
OUTORGADOS: Dr. VALDENOR ALVES GOMES, advogado, casado, inscrito na OAB/RR sob o nº 618; **Drª ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES**, advogada, casada, inscrita na OAB/RR sob o nº 1358, sócios no escritório **VALDENOR GOMES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RR sob o nº 153, com escritório situado na Rua Maria Rodrigues dos Santos, nº 996, Bairro Asa Branca, CEP. 69.312.285, na Cidade de Boa Vista/RR, onde receberão as devidas intimações.

PODERES: Para o foro em geral e os da cláusula ad-judicia, mais os ressalvados no art. 105 do CPC, exceto para receber citação. Para propor, no interesse do outorgante; em qualquer instância, juízo ou tribunal, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo for proposta, acompanhando-se até o final julgamento, interpor medidas cautelares, incidentes ou não, efetivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais para os atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, patrocinar os interesses do outorgante, procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, intimações, acordar, discordar, receber alvará e dar quitação de valores, transigir, desistir, renunciar ao direito, sobre o que se funda a ação, firmar compromisso, requerer a extinção ou suspensão do processo. Podendo ainda, desempenhar suas atividades profissionais junto ao órgão da administração direta e indireta da União, Estados e Municípios. Representar junto ao **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS e SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO EM RORAIMA – SAMP/RR**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 09 de setembro de 2019.

Antonio Wilson Sousa Conceição

ANTONIO WILSON SOUSA CONCEIÇÃO



EU CÓDIGO
091439-8

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003506405
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	114	130,14

HARIA DI FATIMA SOUSA CONCEICAO
R. JOSE RICARDO NETO 121 CARANA
CPF: 00050877739234
CEP: 69.313-622 - BOA VISTA

ROT: 7.001.15.02.478400

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVarh	Atual:	23/08/2019
Atual:	20936	Anterior:	24/07/2019
Anterior:	20822	Próxima Leitura:	22/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	21/08/2019
Consumo Medido:	114	Apresentação:	23/08/2019
Consumo Faturado:	114		30

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.
RESIDENCIAL	BI	13LDB09028 0	1523169	1.1.1.2

Média 12 meses: 270

HISTÓRICO kWh	
Mês/ano consumo	
JUL/19	149
JUN/19	134
MAI/19	321
ABR/19	401
MAR/19	331
FEV/19	275
JAN/19	247
DEZ/18	183
NOV/18	302
OUT/18	300

THELEH SEM PRESENTES:
0 R 114 - 0,50400

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	114 A R\$ 0,772737 = 88,09
ILUMINACAO PUBLICA	42,05

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 21/08/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 13A0.21B6.8536.5ABC.9A2F.91D9.42D1.B3EF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	22,41	Base de Cálculo:	88,09
Energia:	47,49	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	14,97
Encargos:	2,46	Valor do PIS:	0,13
Tributos:	15,73	Valor do COFINS:	0,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
Índice	Atual	Anterior	Anterior	Anterior	Anterior	Anterior
	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84
	1,00			4,00		0,49

FLORESTA
ROT: 7.001.15.02.478400

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

19/04/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

REGISTRO DE ATENDIMENTO
TAG 01/04/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

1901099325	19/04/2019 17:25:22	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		26					
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	Prontuário				
ANTONIO WILSON SOUSA CONCEICAO		23/12/1991		27 A 3 M 27 D					00067852				
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
IDENTIDADE		3705013		SSP RR		29/01/2008		M	SOLTEIRO(A)	PARDAS	ITAUBA - PA	BRASILEIRA	
Mãe		MARIA DE FATIMA SOUSA CONCEICAO		Pai		ANTONIO DA CONCEICAO		Contato		(95) 99138-1538			
Endereço		RUA - JOSE RICARDO NETO - 121 - CARANA - BOA VISTA - RR		Ocupação		NÃO INFORMADA							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
MOTIVO DO ATENDIMENTO		SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		LEANDRO			
Setor		GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal		SÍNDROME FEBRIL		SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO		SUSPEITA DE DENGUE							
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h)		12 SET 2019											
Exame Físico		12 SET 2019											
Hipótese Diagnóstica		12 SET 2019											
SADT - Exames Complementares		RAIO-X		ULTRA-SON		TC		ECG		OUTROS:			
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO									
Condução		Alta por Decisão Médica		Ambulatório									
Alta a Pedido		Observação (Até 24h)											
Alta a Revelia		Internação											
Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta:											
óbito		Antes do 1º Atendimento?		Destino:									
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico											
Impresso por: leandro		Data Hora: 19/04/2019 17:26:28											
1901099325													

Porta Dr. Valen M.
Set Valen de acidente trânsito BX
R. evidência Fx radiolúcido (D)
EF. Enervado em região ^{at nua} (casulo pulvar)
C.D. redução + foto gsm + rctm em 100 (P)
gsm tub + recibo A & D

Dr. Marcos Aguiar
Medicina
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1985





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19020639B01

Endereço: R JOSE RICARDO NETO, 121, CARANÃ, BOA VISTA-RR

Telefone:

Email:

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Sr. Antônio foi levado ao Hospital Geral de Boa Vista pela equipe do SAMU que compareceu ao local do acidente, para tratar as escoriações decorrentes do acidente.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por J. ALCANTARA, matrícula 2194151, Policial Rodoviário Federal, em 19/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19020639B01 e o número de controle 05f1b0e8d95ea320344c6b8536a6f7.

191



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: ANTÔNIO WILSON SOUSA
conceição

RECEITUÁRIO

Laura Menezes

Atente em acompanhamento físico e
ortopedico devido fratura no 1º e 2º
metacarpo (C) + escápula (C). no momento
impossibilitada de realizar suas
atividades laborais.

DATA 28/09/19

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 630 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 84.013.400/0001-00

17/09/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190528623 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO WILSON SOUSA CONCEICAO
COBERTURA Invalidez

17/09/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO ANTONIO WILSON SOUSA CONCEICAO
CPF/CNPJ: 01939656230

Posição em 17-09-2019 10:05:44

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



([https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)

[l=pt&ls=1&mt=8](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8))



([https://play.google.com/store/apps/details?](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

[id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital))

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	019 396562-30	ANTONIO WILSON SOUSA CONNIBIAO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRais E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	
ANTONIO WILSON SOUSA CONNIBIAO		019 396562-30	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ADJUDANTE PEDREIRO	RUA JOSE RICARDO MATO	121	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CARARA	BOA VISTA	PR	69 313-622
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	
ronaldo.costa2010@bol.com.br		9599115 0318	
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 4263 3		CONTA: 51029 7	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>			
(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 (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> 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, em decorrência da apresentação, 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:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?		31 - Vítima teve irmãos?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Imprimatura digital do usuário ou beneficiário ou representante legal			
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, 30/09/19			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

OUTORGANTE: ANTONIO WILSON SOUSA CONCEIÇÃO, brasileiro, solteiro, ajudante de pedreiro, portador Cédula de Identidade RG 3705013 SSP/RR, CPF 019.396.562-30 residente e domiciliada na Rua Jose Ricardo Neto, Nº 121, Bairro Caranã, Município de Boa Vista - RR.

Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

Por este motivo, suplico a vossa excelência, que se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita, tudo de conformidade com artigo 1º, Lei nº 5478, de 25 de julho de 1968.

Pelo qual firmo a presente declaração ciente de todas as condições legais.

Boa Vista – RR, 09 de setembro de 2019.

Antonio Wilson Sousa Conceição

ANTONIO WILSON SOUSA CONCEIÇÃO



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19020639B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com **MÉDIA** ou **GRANDE MONTA**, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por J. ALCANTARA, matrícula 2194151, Policial Rodoviário Federal, em 19/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19020639B01 e o número de controle 05F1B0E8D95EA320344C6B8536A6F7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19020639B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 19/04/2019 Hora: 16:15 Município: BOA VISTA/RR
BR: 174 KM: 484,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: J. ALCANTARA, 2194151

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Nublado	Fase do dia: Pleno dia



IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 19/04/2019, às 16h20, no km 484 da BR-174, município de Boa Vista - RR, ocorreu um acidente do tipo saída de pista, com vítima (2 pessoas com lesões leves). O veículo envolvido foi: uma motoneta Honda/Biz, de cor preta (V1). A partir da análise dos vestígios materiais e entrevistas com os envolvidos, pôde-se concluir que, no momento imediatamente anterior a saída de pista, V1 seguia fluxo transitando na rodovia em sentido decrescente (Boa Vista - Mucajai), quando o pneu traseiro veio a estourar fazendo o condutor perder a direção e sair do leito carroçável. Em avaliação das constatações registradas nesta narrativa, depreende-se que o fator determinante do acidente entre os veículos foi o problema mecânico (pneu furado) ocorrido com V1.

Observações >- Compareceu ao local uma equipe do Samu na viatura de placa NUJ-9578 tendo como condutor o Sr. Abias e a Técnica Sra. Betânia.- A condutora de V1, Sra Maria de Fátima e o passageiro Sr. Antônio Wilson foram levados ao Hospital Geral de Boa Vista para averiguar/tratar a gravidade das escoriações decorrentes do acidente. - V1 ficou na responsabilidade do Sr. Antônio da Conceição, marido da condutora (Sra. Maria de Fátima), que compareceu ao local do acidente. - A Sra. Maria de Fátima não foi submetida ao teste de alcoolemia por falta de equipamento disponível no momento do atendimento do acidente. - No momento do acidente as condições de visibilidade eram boas e estava nublado. - A sinalização no trecho do local do acidente estava em perfeito estado de conservação.



Documento assinado eletronicamente por J. ALCANTARA, matrícula 2194151, Policial Rodoviário Federal, em 19/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19020639B01 e o número de controle 05F1B0E8D95EA320344C6B8536A6F7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19020639B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	19/04/2019 16:25	19/04/2019 16:51

V1 - VEÍCULO 1 - NUK5178 - MOTONETA

V1 - Informações

Placa: NUK5178 Marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES Renavam: 01071651762
Ano fabricação: 2015 Chassi: 9C2JC4820FR585274 Tipo de veículo: Motoneta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por J. ALCANTARA, matrícula 2194151, Policial Rodoviário Federal, em 19/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19020639B01 e o número de controle 05F1B0E8D95EA320344C6B8536A6F7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19020639B01

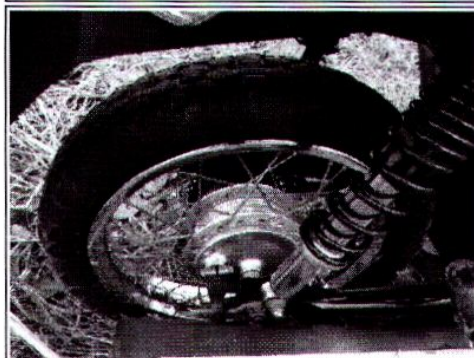
V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Outro

Informações complementares: Veículo ficou na responsabilidade do Sr Antônio da Conceição, CPF nº 205.808.432-20, marido da Sra. Maria de Fátima que era a condutora no momento do acidente.

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por J. ALCANTARA, matrícula 2194151, Policial Rodoviário Federal, em 19/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19020639B01 e o número de controle 05F1B0E8D95EA320344C6B8536A6F7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19020639B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/BIZ 125 ES

Placa: NUK5178

Nº BOAT: 19020639B01

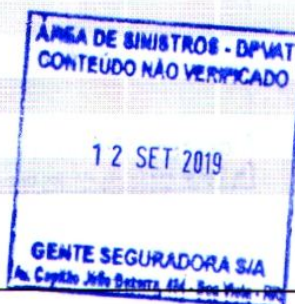
Nome do Agente: J. ALCANTARA

Matrícula do Agente: 2194151

Data: 19/04/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena



V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por J. ALCANTARA, matrícula 2194151, Policial Rodoviário Federal, em 19/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19020639B01 e o número de controle 05F1B0E8D95EA320344C6B8536A6F7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19020639B01

V1 - Proprietário

Nome: MARIA DE FATIMA SOUSA CONCEICAO

CPF/CNPJ: 508.777.392-34

Email:

Telefone: 95991381638

Endereço: Rua José Ricardo Neto, 121, Caranã, BOA VISTA-RR

V1C - CONDUTOR DE V1 - MARIA DE FATIMA SOUSA CONCEICAO

V1C - Informações

Nome: MARIA DE FATIMA SOUSA CONCEICAO

Data de Nascimento: 08/11/1970

CPF: 508.777.392-34

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim



V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: A

Primeira habilitação: 19/09/2017

Nº Registro: 06918510815

UF: RR

Vencimento da habilitação: 25/04/2022

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: R JOSE RICARDO NETO, 121, CASA, CARANA, BOA VISTA-RR

Telefone: 95991381638

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Sra Maria de Fátima foi levada ao Hospital Geral de Boa Vista pela equipe do SAMU que compareceu ao local do acidente, para tratar as escoriações decorrentes do acidente.

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - ANTONIO WILSON SOUSA CONCEIÇÃO

V1P1 - Informações

Nome: ANTONIO WILSON SOUSA CONCEIÇÃO

Data de Nascimento: 23/12/1991

Nº de Identificação/órgão expedidor: 370501/SSP / PA

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

V1P1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por J. ALCANTARA, matrícula 2194151, Policial Rodoviário Federal, em 19/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19020639B01 e o número de controle 05F1B0E8D95EA320344C6B8536A6F7.

191

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 0748		SAMU 192	
UNIDADE: BRAVO III		EQUIPE: Betânia I Abreu					
Paciente: antonio valson souza concencio		Idade: 27		Sexo: m			
Nacionalidade: Brasileiro		Raça: Branca [] Negra [] Parda [x] Amarela [] Indígena-Etnia					
Endereço: Br 174 na esta 174		Bairro:					
Nº 6315		DATA 19/04/18		HORA J/9: 16:28		BASE (x) VIA () () RÁDIO	
Médico (a) Regulador (a): Paulo Jefferson		HORA J/10: 16:51				() CELULAR	
MOTIVO INICIAL: Quebra de moto							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x]		1 a 3 horas ()		4 a 24 horas ()		Mais de 24 horas () Não sabe ()	
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA							
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Outros							
ACIDENTE DE TRÂNSITO							
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA	
<input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança	
AVALIAÇÃO INICIAL							
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia		<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade		<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	
SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início 17:01	121x81	88	20	100%			8
Fim 17:25	121x80	87	20	99			8
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
LESÃO IDENTIFICADA		ABERTURA OCULAR				RESPOSTA VERBAL	
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalmenho 17 - Outros		4+ Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta				6+ Orientado 4 Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta	
12 SET 2019 GENTE SEGURADORA SIA Sr. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - RJ		4 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retrada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta					
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA			
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso			
GRAVIDADE COMPROVADA		[] Iliso [] Pequeno [x] Média [] Severa [] Óbito					
INCIDENTES		MEIOS APLICADOS					
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento / <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN		<input type="checkbox"/> Bombar <input type="checkbox"/> Outros			
RCP		[] Iniciada as: [] Término às: [] RCP com sucesso [] RCP sem sucesso					
DESTINO		<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento / HGR		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSCA <input type="checkbox"/> HMINSN <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros			

SAMU 192-BV
CONFERE COM
Em ORIGINAL
Em 03/05/19
Stephanie
Rubrica

PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - Maceió

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input checked="" type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 18	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Diprivena 2g	2g	IV	17:10				
Tenoxicam	40mg	IV	17:10				

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

16:28h, fomos acionados para atendermos ocorrência de acidente após queda de moto; no local do fato ocorreu, no local encontramos o paciente ferido, apresentando múltiplas escoriações + postura fechada de punho "D", realizando protocolo de trauma para cervical, prancha rígida, mobilização de patilhas, avP em curso, adm medicação conforme orientação do médico regulador, após paciente removido ao CT sem vida.

[Assinatura]
Pia. de Especialidade Instrumentadora Cirúrgica
COREN-RR 418571-TEC

materiais utilizados

04 pares de luvas P
03 " " " " G
01 flco 8
01 SF 91.500 ul

10 cm esquadro
01 seringa 20ul
01 agulha 40x12

01 equipamento
02 bolas de algodão
03 ataduras 8 cm
02 pots de gaze

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 03/05/19
Stephanie
FURCA

Assinatura e carimbo do profissional