



**VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA**

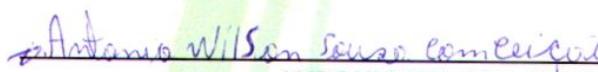
PROCURAÇÃO

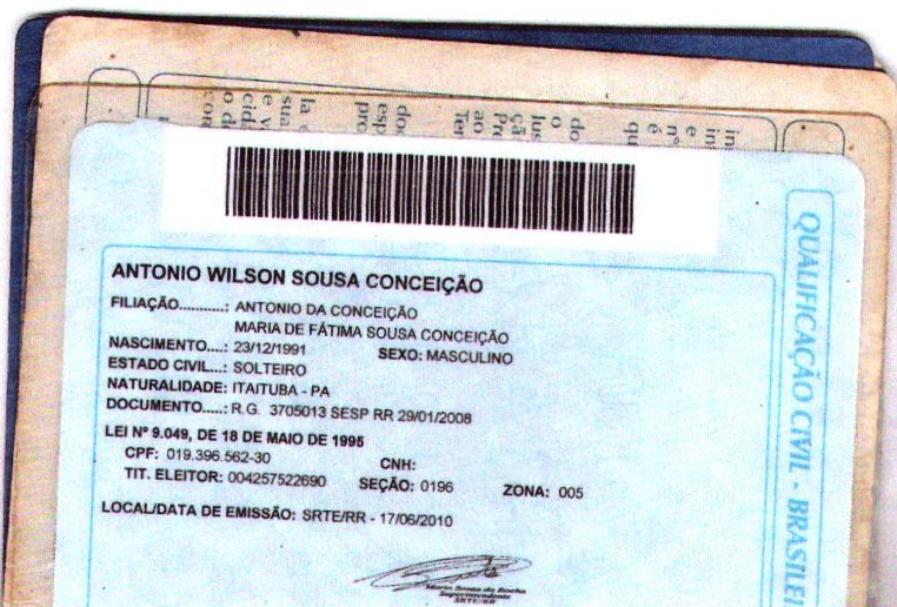
OUTORGANTE: ANTONIO WILSON SOUSA CONCEIÇÃO, brasileiro, solteiro, ajudante de pedreiro, portador Cédula de Identidade RG 3705013 SSP/RR, CPF 019.396.562-30 residente e domiciliada na Rua Jose Ricardo Neto, Nº 121, Bairro Caranã, Município de Boa Vista - RR.

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



Notas Caixa

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

CONTAS

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

DADOS DA LEITURA

	kWh	kVArh
Atual:	20936	
Anterior:	20822	
Constante de Multiplicação:	1.000	
Consumo Médio:	114	FCAM
Consumo Faturado:	114	

DATAS DA LEITURA

Atual:	23/08/2019
Anterior:	24/07/2019
Próxima Leitura:	22/09/2019
Emissão:	21/08/2019
Apresentação:	23/08/2019

ROT: 7.001.15.02.478400

NORMAIS

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	13LDB090280	1523169	1.1.1.2	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
TOTAL EM 12 MESES	3000
0 R 114 - 130,14	

DESCRÍPCAO DA CONTA

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

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007619120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 21/08/2019, não constataram faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 18A0.21B6.8536.5ABC.9A2F.91D9.42D1.B3EF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	22,41
Energia:	47,49
Transmissão:	0,00
Encargos:	2,46
Tributos:	15,73

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:	88,09
Aliquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	14,97
Valor do PIS:	0,13
Valor do COFINS:	0,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
1,00			4,00			0,49

FLORESTA

ROT: 7.001.15.02.478400

19/04/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...

REGISTRO
TAS ELETRÔNICO
SISTEMA DE CADASTRO



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

1ª Classificação
 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	27 A 3 M 27 D	CNS	CPF	Prontuário
ANTONIO WILSON SOUSA CONCEICAO		23/12/1991					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)	PARDA	ITAITUBA - PA	BRASILEIRA
Mãe					Pai		Contato	(95) 99138-1538
MARIA DE FATIMA SOUSA CONCEICAO					ANTONIO DA CONCEICAO		Ocupação	NÃO INFORMADA
Endereço								
RUA - JOSE RICARDO NETO - 121 - CARANA - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.			Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.				Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					LEANDRO		
Queixa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem						GSC	TOTAL	
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Paciente: J. H. Pérez Fx de dor, sobre, torno no MSD Escoriações de membros							
Exame Físico	ÁREA DE MINISTRAÇÃO - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 12 SET 2019							
Hipótese Diagnóstica	G. J. C. 12 SET 2019							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> TURINA	GENTE SEGURADORA S/A An. Consulta: 12/04/2019 - 12h - Boletim: 123456 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :			
Óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família				<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: leandro Data Hora: 19/04/2019 17:26:28				 1901099325				

Vit. Dr. Vitor M.
Pct. Vilema de acidente Transito SK

R. evolução Fx grade distal (D)

EF. escoriação em regiao proxima
(casulo pulpar)
CD. reducao - halo plombe + retor em 100 (P)
gesso tub + recesso A² D

DR. MEDICO HOSPITALAR
DR. MEDICO HOSPITALAR
CRM-MR 1995
Oncopediatra e Reabilitologista





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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 Souza

RECEBIDO

concession.

Lara Menna

Atendi em acompanhamento pós-operatório
paciente, médico fixou m 12m-
mítm (C) + escotânia (O). no momento
impossibilidade de remoção da
fixação (azotomia).

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

DATA: 28/09/19

Assinatura à Garantia

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Mota, 600 - Centro-Bento Vista/RN
CEP: 60.001-160 - CNPJ 04.013.400/0001-00

17/09/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site



A PONTOS DE
COMPANHIA SEGURO CENTRO DE
DPVAT ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento) DADOS E SALA DE 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 médica-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



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



(<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)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	019 396 562-30	Antonio Wilson Souza Conceição

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 CONCEIÇÃO	019 396 562-30		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AUXILIAR DE BIBLIOTECA	RUA: José Ricardo Neto	121	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CARAMBÁ	BONFIM	EP	69 313.622
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):	17 - Celular (DDD):	18 - Telefone fixo (DDD):
ronaldo.costa20106@hotmail.com.br	95 99115 0318		95 3212 0000

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"/> RECUZO 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: 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: 4263 CONTA: 51029 Dígito: 7
(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.

DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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):

12 SET 2019

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? teve filhos? nascituro (vai nascer)? teve irmãos? pais/avós vivos? 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 Inspeção digital da vítima ou beneficiário e/ou testemunha 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

40 - Local e Data,

2019-09-07/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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.

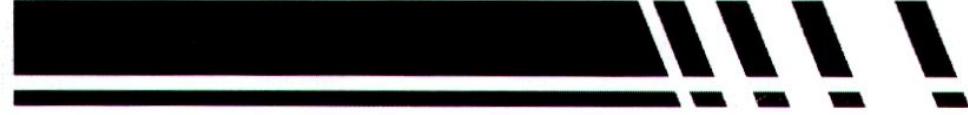
Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

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: N° 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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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
PROTÓCOLO N° 19020639B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 19/04/2019 Hora: 16:15 Municipio: 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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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
Ano fabricação: 2015 Chassi: 9C2JC4820FR585274
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01071651762
Tipo de veículo: Motoneta
Cor: Preta



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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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
PROTÓCOLO N° 19020639B01

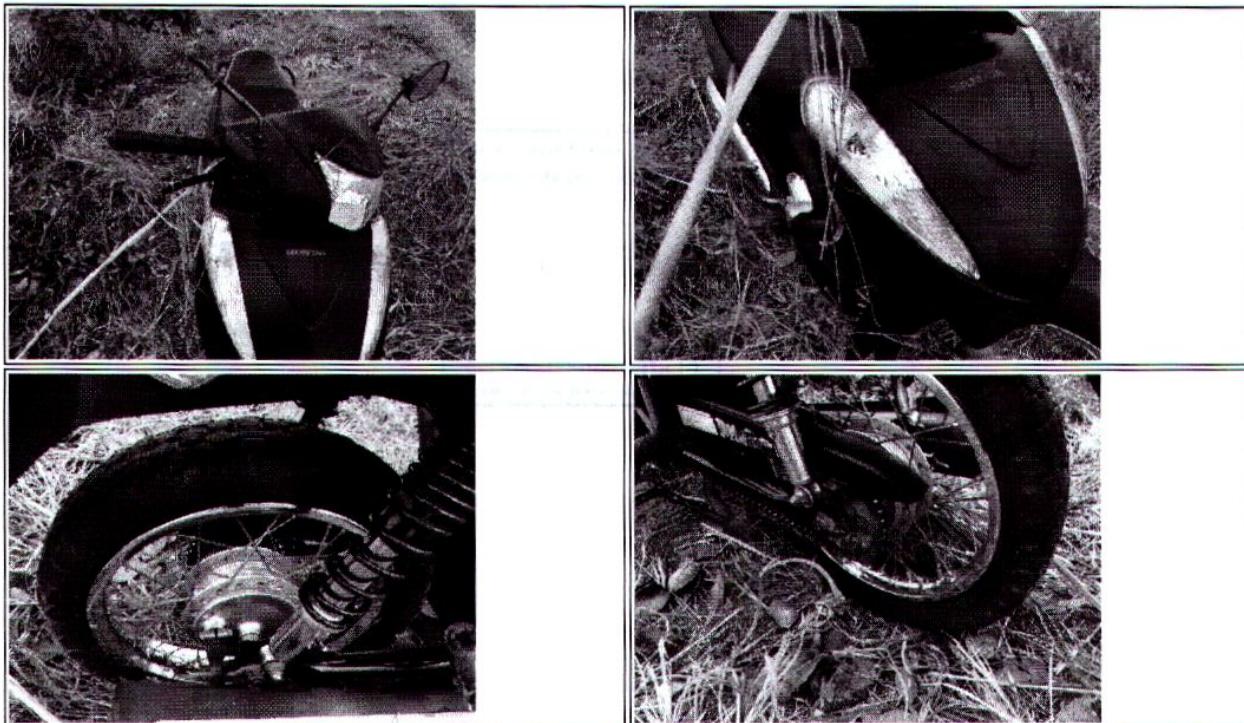
V1 - Encaminhamento

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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, da 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19020639B01

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

Veículo: V1 / HONDA/BIZ 125 ES

Placa: NUK5178

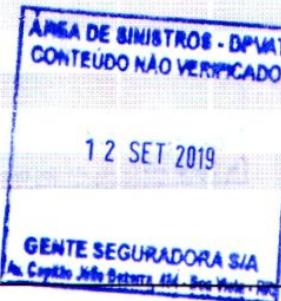
Nº BOAT: 19020639B01

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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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 05F1B0E8D95EA320344C6B8536A6F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19020639B01

V1 - Proprietário

Nome: MARIA DE FATIMA SOUSA CONCEICAO

CPF/CNPJ: 508.777.392-34

Email:

Telefone: 95991381638

Endereço: Rua José Ricardo Neto, 121, Caraná, 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

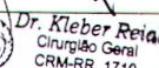
Usava capacete: Sim

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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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 05F1B0E8D95EA320344C6B8536A6F.

191

	PREFEITURA BOA VISTA Instituir o Cidadão nas Pessoas	FICHA DE ATENDIMENTO SAMU ERAVO III		Nº 0748	SAMU 192			
		EQUIPE: Betânia / Abdu						
Paciente: Antônio Wilson Sousa Conceição		Idade: 27	Sexo: m					
Nacionalidade: Brasileiro		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia _____						
Endereço: Br 174 na Rota 174		Bairro						
Nº 6315 DATA 19/04/18		HORA J/9: 16:28	BASE () VIA () () RÁDIO					
Médico (a) Regulador (a): Auto Jefferson		HORA J/10: 16:51	() CELULAR					
MOTIVO INICIAL	Queda 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"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Quelmadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Agressão física – FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Agressão física – FAB <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/>								
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"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro	<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"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Bradicardico <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"/> Taquicardico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausência de pulso <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	<input type="checkbox"/>			
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início	17.09 J21X81	88	20	100%			8	15
Fim	17.20 J21X80	87	20	99			8	15
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
LESÃO IDENTIFICADA		 ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 12 SET 2019 GENTE SEGURADORA SIA Av. Capitão Xisto Belchior, 404 - Boa Vista - RR				ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retrada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta		
AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFFECTAÇÃO CLÍNICA			HISTÓRIA PREGRESSA				
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infecciosa	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros			
GRAVIDADE COMPROVADA	[] Ileso	[] Pequena	[] Média	[] Severa	[] óbito			
 Dr. Kleber Reis Cirurgião Geral CRM-RR 1710 ROE 584 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)								
INCIDENTES	<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento / [] Hospitalização <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote			MÉTOS APLICADOS <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN	<input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> Outros			
RCP	[] Iniciada as: _____ [] Término as: _____			[] 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 - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros			
								

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:		
	Nome do Receptor:	ÁREA DE SINISTROS - DIPMAT	
	Função do Receptor:	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:		
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	12 SET 2019	
	Assinatura do Paciente:	RG:	
	TESTEMUNHA 01:	RG:	
TESTEMUNHA 02:	RG:		
GENTE SEGUROADORA S/A Av. Capitão João Soárez, 404 - Boa Vista - RR			

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 laringea	<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"/> Franha 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 orotracheal	<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							
FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Diprivena 2g	2g	I.V	17:10				
Tenoxicam	40mg	I.V	17:10				

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

As 16:28h, fomos acionados para atendermos ocorrência de colisão entre queda de moto; no local do fato ocorreu, no local encontramos o paciente sentado, apresentando múltiplas escoriações + lesões fechada de punho "D", realizado protocolo de trauma colar cervical, franha jugular, mobilizações de patilhas em curso, adm. medicamentosa conforme orientações do médico regulador, o paciente removido as et. com suspeita.

Resumo
Rec. de Exames/Instrumentos Cirúrgicos
COREN-RR 418571-TEC

materiais utilizados
04 paletes de ferro 1
03 11 11 11 G
01 gelco 18
01 SF9.1.500ml

01 Equipo maior
02 bolas de algodão
03 ataduras 8 cm
02 potes de gaze

10 cm esponjinha
01 seringa 20ml
01 agulha 40x12

