

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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000009258-0

Nr. da Autenticação DEF488E8F1976D8B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190311453 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de antebraço esquerda (diafise de ulna)

Descrição do exame físico: cicatriz cirúrgica d 10 cm na borda ulnar do antebraço, hipotrofia do antebraço, limitação na flexão do punho a 70 graus e na extensão do punho a 50 graus, limitação na pronosupinação a 70 graus e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: cirúrgico para osteossíntese com placa e parafusos, e fisioterapia. Alta: Maio de 2019.

Sequelas permanentes: limitação funcional do punho e antebraço esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/05/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM AVALIAÇÃO TÉCNICA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA E EXAME REALIZADO PAGO DANO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO 50%

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

CU

-ALISA-EXTERNA-

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2600913 DATA: 09/12/2018 HORA: 17:00 USUARIO: ERICO
CNS: 702308102999614 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME.....	FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA	DOC...: NT
IDADE.....	33 ANOS NASC: 29/06/1985	SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....	TRAV.SANTA AMELIA	NUMERO: 00172
COMPLEMENTO...	BAIRRO: JOAO EDUARDO II	-
MUNICIPIO.....	RIO BRANCO UF: AC	CEP....: -
NOME PAI/MAE...	FRANCISCO ALVES BARBOSA	/MARIA IVENILDE LUZ DE OLIVEIRA
RESPONSAVEL...	CONDUZIDO PELO SAMU	TEL....: 99211416
PROCEDENCIA...	FLORESTA	
ATENDIMENTO...	ACIDENTE DE TRANSITO	
CASO POLICIAL...	NAO	
ACID. TRABALHO:	NAO	TRAUMA: NAO

PA [126 X 76 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [91] SPO2 [94]

EXAM.COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] ECO [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

5. SUJEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS: *Alcance Tumor B.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *___/___/___*

Shaw, Peabody, St. Clair, Carroll.

Union / Sintering. $\Delta T = 0$. Per vs. Near convergence - Auscultation.

(Faint handwritten notes at bottom)

DES ENFERMAGEM: CLASSIE BISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

DEŞ. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

Dem Dozenten Götzl

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRIZIONE

PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO DA MEDICAÇÃO _____

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

① К. Антон Е. Тонх. ② Сунато ③ Адмирал Олторес

Alman 2nd + 3rd 17. Shesha Prithvi De Cosmo (D).

② 共 10 页 第 18 页

2) Tenth 40y 2m 18:20h / SCIENTE 14h 76h Cancers 0

4) dT Ja! Das ist eine Acetat-Medizin & nicht ein Zink

DATA DA SAÍDA: 1 1 Por fim o Sr. João Gonçalves

DATA DA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): Palacio General Dr. Novato

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☒ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

Dr. B. President

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

51422

Unimed

Pronto Atendimento 24h

www.unimed.org.br
Av. Antônio da Rocha Viana, 1812
69918-490 - Vila Wilde Maciel - Rio Branco - AC
T. (68) 2106-4770

Unimed
Rio Branco

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Paciente:

FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Carteira: **8650001740420008**

Atendimento: **128116**

Data e Hora: **10/12/2018 11:30**



128116

Senha da autorização
do convênio

32067421 / 8491319

UNIMED INTERCAMBIO

SENHA: UE0057

Paciente: **34465 FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA** Sexo: **MASCULINO**

Data do Nascimento: **29/06/1985** Idade: **33 anos** Convênio: **4 UNIMED INTERCAMBIO**

Nome da Mãe: **MARIA IVANILDE LUZ DE OLIVEIRA** Nome do Pai:

Estado Civil: **CASADO** Nome do Médico: **MEDICO PLANTONISTA** CRM:

Endereço: **TRAV TAMARATI** -- **135** Bairro: **JOO EDUARDO II**

Cidade/UF: Usuário Atendimento: **UEMERSON SOUZA**

RG (Identidade): **55526812**

SSP-SP Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): **95757546204**

Fone: **999223229**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:



Pronto Atendimento 24h

RX CK
Rex 4200

Francisco Dionato de Oliveira Barbosa
Assinatura do Paciente ou Responsável

coop Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 33787-1

✓



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

RIO BRANCO/ACRE

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

2-No. 1274426

1-Registro ANS 337871	3-No. Guia Principal	4-Data de Autorização 10/12/18	5-Serinha 8491319	6-Data Validade da Serinha 09/02/19	7-Numero da Guia Atribuido pela Operadora 32067421
Dados do Beneficiário					
8-Numero da Carteira 865 0001740420008	9-Validade da Carteira 30/09/2019	10-Nome FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA		11-Numero Cartão Nac Saude	12-Atendimento a RN NAO
Dados do Solicitante					
13-Código na Operadora 20006270	14-Nome do Contratado JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA				
15-Nome do Profissional Solicitante JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA	16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina	17-Numero no Conselho 627	18-UF AC	19-Código CBO S 225225	20-Assinatura do Profissional
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21-Caracter da Solicitação 2	1-Eleiva 2-Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação 10/12/18 13:15	23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		
24-Tabela 22	25-Código do Procedimento 10101039	26-Descrição Consulta em pronto socorro	27-Qt Solicitada 1	28-Qt Autorizada 1	Status AUTORIZADO
Dados do Contratado/Operadora					
29-Cód Operadora 410000014	30-Nome do Contratado PRONTO ATENDIMENTO UNIMED RIO BRANCO	31-CNES 2002019			
32-Tipo Atendimento CONSULTA					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36-Data	37-Hr Inicial	38-Hr Final	39-Tabela	40-Cód Proced	41-Descrição
				42-Cidade	43-Via 44-Tec 45-%Red/At 46-n/Via
46-Seg Ref			45-Gr Part	50-Código na Operadora/CFF	51-Nome do Profissional
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)					
47-Seq Ref			45-Gr Part	52-Conselho Prof	53-Numero Conselho
					54-UF
					55-Cód CBO
56-Data e Assinatura de Realização do Procedimentos em Série					
1-	3-	5-	7-	9-	
2-	4-	6-	8-	10-	
58-Observação / Justificativa					
59-Total Procedimentos R\$ 0,00					
60-Total Taxas e Aluguéis R\$ 0,00		61-Total Materiais R\$ 0,00		62-Total de Medicamentos R\$ 0,00	
63-Total de Casos Medicinais R\$ 0,00		64-Total Casos Medicinais R\$ 0,00		65-Total Geral da Guia R\$ 0,00	
66-Assinatura do Responsável pela Autorização					
67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável					

UNIBRANCO/ACRE

Nº de protocolo

Status: AUTORIZADA

3. Registro ANS

3378/1

3. No. Guia Principal

3009/2019

4. Data de Autorização

17/12/18

5. Sexo

8503143

6. Data Validade da Saúde

15/02/19

7. Assinatura da Guia emitida pela Operadora

32074369

11. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

12. Acondicionamento a RN

NÃO

8. Valor da Carteira

3009/2019

10. Nome

ALUIZO LOPES DE LIMA

11. Número Cartão NAC Saúde

NÃO

12. Acondicionamento a RN

NÃO

13. Assinatura do Profissional

NÃO

Dados do Beneficiário

9. Valor da Carteira

3009/2019

10. Nome

ALUIZO LOPES DE LIMA

11. Número Cartão NAC Saúde

NÃO

12. Acondicionamento a RN

NÃO

13. Assinatura do Profissional

NÃO

Dados do Contratado

14. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

15. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

16. Conselho Profissional

Conselho Regional de Medicina

17. Número no Conselho

627

18. UF

AC

19. Conselho CBO S

225225

Dados da Sociedade / Procedimento e Exame Solicitado

21. Data de Solicitação

17/12/18 13:33

22. Data de Realização

17/12/18 13:33

23. Indicação Clínica (Obrigatório: se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

24. Data de Realização

17/12/18 13:33

25. Data de Realização

17/12/18 13:33

26. Data de Realização

17/12/18 13:33

27. Data de Realização

17/12/18 13:33

28. Data de Realização

17/12/18 13:33

Dados do Contratado

29. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

30. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

31. Conselho Profissional

Conselho Regional de Medicina

32. Número no Conselho

627

33. UF

AC

34. Conselho CBO S

225225

Dados da Sociedade / Procedimento e Exame Solicitado

35. Data de Solicitação

17/12/18 13:33

36. Data de Realização

17/12/18 13:33

37. Data de Realização

17/12/18 13:33

38. Data de Realização

17/12/18 13:33

39. Data de Realização

17/12/18 13:33

40. Data de Realização

17/12/18 13:33

41. Data de Realização

17/12/18 13:33

Dados do Contratado

42. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

43. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

44. Conselho Profissional

Conselho Regional de Medicina

45. Número no Conselho

627

46. UF

AC

47. Conselho CBO S

225225

Dados da Sociedade / Procedimento e Exame Solicitado

48. Data de Solicitação

17/12/18 13:33

49. Data de Realização

17/12/18 13:33

50. Data de Realização

17/12/18 13:33

51. Data de Realização

17/12/18 13:33

52. Data de Realização

17/12/18 13:33

53. Data de Realização

17/12/18 13:33

54. Data de Realização

17/12/18 13:33

Dados do Contratado

55. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

56. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

57. Conselho Profissional

Conselho Regional de Medicina

58. Número no Conselho

627

59. UF

AC

60. Conselho CBO S

225225

Dados da Sociedade / Procedimento e Exame Solicitado

61. Data de Solicitação

17/12/18 13:33

62. Data de Realização

17/12/18 13:33

63. Data de Realização

17/12/18 13:33

64. Data de Realização

17/12/18 13:33

65. Data de Realização

17/12/18 13:33

66. Data de Realização

17/12/18 13:33

67. Data de Realização

17/12/18 13:33

Dados do Contratado

68. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

69. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

70. Conselho Profissional

Conselho Regional de Medicina

71. Número no Conselho

627

72. UF

AC

73. Conselho CBO S

225225

Dados da Sociedade / Procedimento e Exame Solicitado

74. Data de Solicitação

17/12/18 13:33

75. Data de Realização

17/12/18 13:33

76. Data de Realização

17/12/18 13:33

77. Data de Realização

17/12/18 13:33

78. Data de Realização

17/12/18 13:33

79. Data de Realização

17/12/18 13:33

80. Data de Realização

17/12/18 13:33

Dados do Contratado

81. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

82. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

83. Conselho Profissional

Conselho Regional de Medicina

84. Número no Conselho

627

85. UF

AC

86. Conselho CBO S

225225

Dados da Sociedade / Procedimento e Exame Solicitado

87. Data de Solicitação

17/12/18 13:33

88. Data de Realização

17/12/18 13:33

89. Data de Realização

17/12/18 13:33

90. Data de Realização

17/12/18 13:33

91. Data de Realização

17/12/18 13:33

92. Data de Realização

17/12/18 13:33

93. Data de Realização

17/12/18 13:33

Dados do Contratado

94. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

95. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

96. Conselho Profissional

Conselho Regional de Medicina

97. Número no Conselho

627

98. UF

AC

99. Conselho CBO S

225225

Dados da Sociedade / Procedimento e Exame Solicitado

100. Data de Solicitação

17/12/18 13:33

101. Data de Realização

17/12/18 13:33

102. Data de Realização

17/12/18 13:33

103. Data de Realização

17/12/18 13:33

104. Data de Realização

17/12/18 13:33

105. Data de Realização

17/12/18 13:33

106. Data de Realização

17/12/18 13:33

Dados do Contratado

107. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

108. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

109. Conselho Profissional

Conselho Regional de Medicina

110. Número no Conselho

627

111. UF

AC

112. Conselho CBO S

225225

Dados da Sociedade / Procedimento e Exame Solicitado

113. Data de Solicitação

17/12/18 13:33

114. Data de Realização

17/12/18 13:33

115. Data de Realização

17/12/18 13:33

116. Data de Realização

17/12/18 13:33

117. Data de Realização

17/12/18 13:33

118. Data de Realização

17/12/18 13:33

119. Data de Realização

17/12/18 13:33

Dados do Contratado

120. Nome do Contratado

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

121. Nome do Profissional Solicitante

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA



Prescrição.: 122075 Data: 10/12/2018 11:50 Usuário.: JOSE OLIVEIRA Atendimento: 128116
Paciente.: 34466 - FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA Dt Nasc: 29/06/1985 (33a 5m 12d)
Convênio.: UNIMED INTERCAMBIO Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 10/12/2018 11:30 0 Dias(s) Int
Médico.: JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA - CRM 627
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S501 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO ANTEBRAÇO
Classificação de Risco: P URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCA URGENCIA

PRESCRICAO MED URG

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 PUNHO AP - LAT - OBLIQUAS ; Exame: 11375	1					
2 RX ANTEBRACO ; Exame: 11375	1					


JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA
CRM 627

1-Registro ANS 337871	3-Nº. Guia Principal	4-Data de Autorização 10/12/18	5-Senha 8491385	6-Data Validade da Senha 08/02/19	7-Número da Guia Atribuído pela Operadora 32067476						
Dados do Contratado											
8-Número da Carteira 865 0001740420008	9-Validade da Carteira 30/09/2019	10-Nome FRANCISCO DIONATO DE OLIV		11-Número Cartão Nac Saúde							
Dados do Contratante											
13-Código na Operadora 20006270	14-Nome do Contratado JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA		12-Atendimento a RN NAO								
15-Nome do Profissional Solicitante JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA	16-Conselho Profissional Conselho Regional de Medicina	17-Número no Conselho 627	18-UF AC	19-Código CBO S 225225	20-Assinatura do Profissional						
Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados											
21-Caracter da Solicitação 2	22-Data/Hora da Solicitação 10/12/18 13:49	23-Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)									
24-Tabela 25-Código do Procedimento 28-Descrição	27-Qt. Solicitada 28-Qt. Autorizada										
22 40803112 RX - Punho 1	1										
22 40803104 RX - Antebraço 1	1										
Status AUTORIZADO											
Dados do Contratado Executante											
29-Cód. Operadora 410000014	30-Nome do Contratado PRONTO ATENDIMENTO UNIMED RIO BRANCO		31-CNES 2002019								
Dados do Atendimento											
32-Tipo Atendimento		33-Indicação de Acidente		34-Tipo de Consulta							
		Outros		Retorno							
EXAMES											
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data 10/12/18	37-Hr Inicial 12:02	38-Hr Final 12:12	39-Tabela 22	40-Cód. Proced. 40803112	41-Descrição RX - Punho						
10/12/18	12:02	12:12	22	40803104	RX - Antebraço						
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48-Seq. Ref. 49-Cr. Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof.	53-Número Conselho	54-UF						
					55-Cód. CBO						
50-Data e Assinatura de Realização de Procedimentos em Série											
1- 3- 5- 7- 9- 10	2- 4- 6- 8- 10										
58-Observação / Justificativa											
59-Total Procedimentos R\$ 0,00						60-Total Taxas e Aluguéis R\$ 0,00	61-Total Materiais R\$ 0,00	62-Total de OPMIE R\$ 0,00	63-Total de Medicamentos R\$ 0,00	64-Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65-Total Geral da Guia R\$ 0,00
66-Assinatura do Profissional de Saúde						67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
Unimed Rio Branco						Vinculo					

Atendimento: 128116

Paciente: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Data de Nascimento: 29/06/1985

Médico Assistente: JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

Prestador Responsável: FELIPE DA SILVA BASTOS

Conselho / Número COREN - AC - 483897

Idade: 33 Anos 5 Meses

Leito Atual:

Setor: P.A - URGENCIA E EMERGENCIA

Função: ENFERMEIRO(A)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 10/12/2018

Data anotação: 10/12/2018

Hora anotação: 14:05

Responsável: FELIPE DA SILVA BASTOS

Leito:

Anotação

14h Paciente deu entrada nesta unidade com queixa de dor no braço após queda de motocicleta. Realizou RX e foi reavaliado pelo médico plantonista, que solicitou sobreaviso da ortopedia. Realizado contato entre plantonista da unidade e médico de sobreaviso (Dr Rodrigo Vick), que solicitou que o paciente fosse encaminhado via ambulância para seu consultório, sendo assim realizado.

Felipe da Silva Bastos
Enfermeiro COREN/AC 000.483.8997
Unimed Rio Branco

FELIPE DA SILVA BASTOS
COREN - AC - 483897

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Página 10/1

1 - Registro ANS 337871
2 - Número da Guia Referenciada 32067421

Dados do Contratado e Contratante

3 - Código na Operadora 410000014
4 - Nome do Contratado UNIMED RIO BRANCO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA

5 - Código CYES 9999999

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hr Inicial	9 - Hr Final	10 - Tabexa	11 - Código do Item	12 - Qtd	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red / Acresc	15 - Valor Unitário R\$	16 - Valor Total R\$
17 - Registro ANS/ISA do Material	18 - Referência do material no laboratório	19 - Referência do material no laboratório	20 - Descrição	TAXA DE CHAMADA DE APLIANCIA POR USO						
1	07	1012301E	11:30:08	11:30:08	18	6302191	1	0.95	1.00	100.00

21 - Total Gastos Médicos R\$	22 - Total de Medicamentos R\$	23 - Total de Materiais R\$	24 - Total de GCM R\$	25 - Total Taxas e Auspícios R\$	26 - Total de Deslhos R\$	27 - Total Gastos R\$
0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	100.00

Impresso por: DEANE PEREIRA Data Hora: 12/12/2018 14:41:26

Contatador: 13.8119

Acreditação: 1.28116

Contratado: 4.1111111111111111

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO REGISTRO CIVIL

FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / SE
55526913 887 SP

CPF
957.575.452-04

DATA NASCIMENTO
29/06/1985

FILIAÇÃO
**FRANCISCO ALVES
BARBOSA
MARIA IVANILDO LUIZ DE
OLIVEIRA**

PERMISSÃO
ENTRADA

ACC
AC

CAT. RAB
20

Nº REGISTRO
55605973936

VALIDADEZ
08/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
28/09/2012

OBSERVAÇÕES

Francisco Dionato Barbosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
17/01/2017

Pedro Augusto
Poderes: RAB - Cópia
Data: 17/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

ACRE

84231570108
AC407267522

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1417227718

PROIBIDO PLASTIFICAR
1417227718



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO / INIC

PROIBIDO PLASTIFICAR

8230-5

POLEGAR DIREITO

Francisco D. Oliveira Barbosa

80407804

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 55.526.812-3

DATA DE EMISSÃO 30/SEP/2011

FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

FRANCISCO ALVES BARBOSA

E MARIA IVANILDE LUZ DE OLIVEIRA

TARAUACÁ -AC

29/JUN/1985

TARAUACÁ-AC

TARAUACÁ

CN: IV.A019/FLS.0077/N.017356

CPF 957575462/04

PIS 20643009153

100 Orogado Distrito de Tarauacá

100 Orogado Distrito de Tarauacá

100 Orogado Distrito de Tarauacá

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR 2019

PROTOCOLO

AS. RICH BRANCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / IS
55526913 887 SP

CPF
957.575.452-04

DATA NASCIM.
29/06/1985

FILIAÇÃO
**FRANCISCO ALVES
BARBOSA
MARIA IVANILDO LUIZ DE
OLIVEIRA**

PERMISSÃO
INDEFINIDA

ACC
INDEFINIDA

CAT. RES.
20

Nº REGISTRO
85605973936

VALIDADEZ
08/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
28/09/2012

OBSERVAÇÕES

Francisco Dionato Barbosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
17/01/2017

Pedro Augusto
Pedro Augusto
Diretor Geral
Diretor Geral

ASSINATURA DO TITULAR

**84231570108
AC407267523**

ACRE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1417227718

PROIBIDO PLASTIFICAR
1417227718



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO / INIC - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

8230-5

POLEGAR DIREITO

Francisco D. Oliveira Barbosa

80407804

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 55.526.812-3 DATA 30/SEP/2011

FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

PLAÇÃO FRANCISCO ALVES BARBOSA

E MARIA IVANILDE LUZ DE OLIVEIRA

TARAUACÁ -AC 29/JUN/1985

TARAUACÁ-AC

TARAUACÁ

CN: IV.A019/FLS.0077/N.017356

CPF 957575462/04 PIS 20643009153

100 Cartão de Identificação

100 Cartão de Identificação

100 Cartão de Identificação

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR 2019

PROTOCOLO

AS. RICH BRANCO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190311453

Vítima: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190311453

Vítima: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 000009258-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **957.575.462-04** Nome completo da vítima: **Francisco Diamante de Oliveira Barbosa**

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

Nome completo: **Francisco Diamante de Oliveira Barbosa** CPF: **957.575.462-04**

Profissão: **Reparador** Endereço: **TV. Stenarati** Número: **135** Complemento: **6ra**

Bairro: **João Eduardo 11** Cidade: **Rio Branco** Estado: **Acre** CEP: **69.911-528**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(68) 98417-9815**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONDIÇÃO S/A

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0534** CONTA: **9238** **0**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhas, informar quantas: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: **Rio Branco-Acre, 23/04/2019.**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Francisco D. Oliveira Barbosa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012947/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/04/2019 16:18 Data/Hora Fim: 10/04/2019 16:33

Delegado de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 3ª Regional

Data/Hora do Fato: 09/12/2018 16:20

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Floresta Sul

Logradouro: ESTRADA DA FLORESTA

Complemento: PRÓXIMO A ELITE ENGENHARIA

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Tarauacá

Sexo: Masculino

Nasc: 29/06/1985

Profissão: Repositor de Perecíveis

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Ivanilde Luz de Oliveira

Nome do Pai: Francisco Alves Barbosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 957.575.462-04

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: TRAVESSA ITAMARATI

Bairro: JOÃO EDUARDO II

Telefone: (68) 99922-3229 (Celular)

Nº: 135



Nome Civil: FRANCISCO CLAUDINER FERREIRA DE SOUZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 17/06/1974

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA SÃO PEDRO

Bairro: BAHIA NOVA

Nº: 255

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 957.575.462-04	Placa NXT7673
Renavam 01146117237	Número do Motor G3G2E-054699
Número do Chassi 9C6RG3140J0010702	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor PRETA	UF Veículo Acre



Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespoli Rodrigues
Impresso por: Ana Claudia Martins da Silva
Data de Impressão: 10/04/2019 16:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012947/2019

Município Veículo	Rio Branco	Marca/Modelo	YAMAHA/YBR150 FACTOR ED
Modelo	YAMAHA/YBR150 FACTOR ED	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	14/03/2018	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Francisco Dionato de Oliveira Barbosa		Proprietário	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	443.760.222-68	Placa	QLX0158
Renavam	01170289646	Número do Motor	G3C5E-086026
Número do Chassi	9C6DG2540J0008819	Ano/Modelo Fabricação	2018/2018
Cor	AZUL	UF Veículo	Acre
Município Veículo	Rio Branco	Marca/Modelo	YAMAHA/XTZ150 CROSSER Z
Modelo	YAMAHA/XTZ150 CROSSER Z	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	31/10/2018	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Francisco Claudinei Ferreira de Souza		Proprietário	

RELATO/HISTÓRICO


O COMUNICANTE VITIMA VEIO A ESTA DEPOL PARA RELATAR QUE TRAFEGAVA A RUA QUANDO SINALIZOU PARA ENTRAR PARA ESQUERDA NA ROTATÓRIA FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO E TENTOU ULTRAPASSA NO MOMENTO EM QUE A VITIMA VAZIA A CONVERSÃO. DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAS.

ASSINATURAS


Ana Claudia Martins da Silva
Responsável pelo Atendimento


Francisco Dionato de Oliveira Barbosa
(Comunicante / Vitima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


Karlesso Nespoli Rodrigues
Delegado(a) de Polícia

Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespoli Rodrigues
Impresso por: Ana Claudia Martins da Silva
Data de Impressão: 10/04/2019 16:33
Protocolo nº: Não disponível



**DETRAN
ACRE**

**Povo
do Acre**

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

02547

NÚMERO FOLHA

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

03 MUNICÍPIO

04 UF

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC

06 HORA DA OCORRÊNCIA

07 ZONA RURAL/URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

11 TIPO DE PAVIMENTO

12 CONDIÇÕES DA VIA

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

14 Nº DE VEÍCULOS

ATROPELAMENTO

☐ 1

ASFALTO

☒ 1

SECA

☒ 1

BOM

☒ 1

02

COLISÃO

☒ 3

CONCRETO

☐ 3

MOLHADO

☐ 3

CHUVA

☐ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

PARALELEPÍEDO

☐ 5

OLEOSA

☐ 5

NEBLINA

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

CASCALHO

☐ 7

ENLAMEADA

☐ 7

GARÇA

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

TERRA

☐ 9

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

15 Nº DE VÍTIMAS

04

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

25 USAVA CINTO

26 USAVA CAPACETE

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

36 AVÁRIAS

COMP. PREV. PREVIDÊNCIA S/A

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

23 ABR 7119

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PROTOCOLO

42 NOME CONDUTOR

43 SEXO

44 NASCIMENTO

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

51 USAVA CINTO

52 USAVA CAPACETE

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

62 AVÁRIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

68 NOME

CONFERE COM O ORIGINAL

69 SEXO

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

EM: 10/04/19

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

75 NOME

69 SEXO

77 NASCIMENTO

82 NOME Francisco Claudimir Ferreira de Souza		83 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 11/10/67
85 ENDEREÇO R. São Pedro B. Bahia N. 255		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO N. <input type="checkbox"/>
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG. <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>		89 CONDUZIDA PARA Presto Socorro	
91 NOME Francisco Diomário de Oliveira Barbosa		92 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO 21/06/1975
94 ENDEREÇO R. Almirante N. 135 B. F. Eduardo II		95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO N. <input type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG. <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>		99 CONDUZIDA PARA Presto Socorro	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 10/01/18

Eng.º Civil
E.A. 049.80/AC
FRANCA

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: Que OUV ficou sob a responsabilidade do senhor. Sobre não de Bruno Gomes, CNH N. 0142353701, que foi informado pelo condutor do veículo que o veículo estava na mesma direção de que se pedia da direita e que de forma repentina houve uma manobra de viragem para a esquerda, tendo a colisão contra o VI. Que este foi encaminhado ao posto do Polígrafo para ser submetido a exame de sangue para fazer responsável pelo acidente. Que o condutor do VI se tornou a testemunha do fato do acidente. Que o condutor do veículo alegou não mais anterior. Que o 5490 expõe o fato de o condutor do veículo não ter sido informado. Que a vítima não possui nenhuma informação e não sabe informar os seus dados pessoais, a mesma estava habilitada.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA UI 01X0158	103 MOTORISTA VII NXT 7673	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO CB PM
105 NOME Francisco Claudimir F. de Souza	106 NOME Francisco Diomário de Oliveira Barbosa	107 NOME + RG 3845 PMAC
108 ASSINATURA Impossibilidade	109 ASSINATURA Impossibilidade	110 ASSINATURA Luciano
111 LOCAL P. Branco. AC		112 DATA 05/12/18

DETRAN
ACRE

Departamento Estadual de Trânsito

GOVERNADOR
Povo
do Acre

SECRETARIA DE ESTADO DE TRANSPORTES

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

02943

NÚMERO FOLHA

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

03 MUNICÍPIO

04 UF

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

06 HORA DA
OCORRÊNCIA

07 ZONA
RURAL URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☐ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍPEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☐ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

15 Nº DE VÍTIMAS

SIM ☐ NÃO ☐

SIM ☐ NÃO ☐

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVARIAS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

42 NOME CONDUTOR

43 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 10/04/12

Judeilson Ferreira de Oliveira
Engenheiro Civil
CREA 94940/AC
DETRAN/AC

82 NOME Jeliana Nascimento de Souza		83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 26/07/95
85 ENDEREÇO O. Calina N.º 255 R. São Paulo		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO N.º <input type="checkbox"/> 1
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		89 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
90 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro		91 NOME Dulce	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
93 ENDEREÇO		94 NASCIMENTO	95 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
96 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		97 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 10/11/19

Judson Perreira de Oliveira
Engenheiro Civil
CREA 94840-AC
DETRAN/AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: Mente embriagada e imobilizada sobre a maca. Que a polícia técnica se fez presente no local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V. Alx 0158	103 MOTORISTA VII Nxt 7673	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO C. P. M.
105 NOME Ferreira Claudimir de Souza	106 NOME Francisco Dias de Oliveira	107 NOME P. M. A. C.
108 ASSINATURA Impossibilitado	109 ASSINATURA Impossibilitado	110 ASSINATURA Claudio
111 LOCAL R. Branco. AC		112 DATA 09/12/18



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012947/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/04/2019 16:18 Data/Hora Fim: 10/04/2019 16:33
Delegado de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 3ª Regional

Data/Hora do Fato: 09/12/2018 16:20

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Floresta Sul

Logradouro: ESTRADA DA FLORESTA

Complemento: PRÓXIMO A ELITE ENGENHARIA

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Tarauacá

Sexo: Masculino

Nasc: 29/06/1985

Profissão: Repositor de Perecíveis

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Ivanilde Luz de Oliveira

Nome do Pai: Francisco Alves Barbosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 957.575.462-04

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: TRAVESSA ITAMARATI

Bairro: JOÃO EDUARDO II

Telefone: (68) 99922-3229 (Celular)

Nº: 135



Nome Civil: FRANCISCO CLAUDINER FERREIRA DE SOUZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 17/06/1974

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA SÃO PEDRO

Bairro: BAHIA NOVA

Nº: 255

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 957.575.462-04

Placa NXT7673

Renavam 01146117237

Número do Motor G3G2E-054699

Número do Chassi 9C6RG3140J0010702

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor PRETA

UF Veículo Acre



Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespoli Rodrigues
Impresso por: Ana Claudia Martins da Silva
Data de Impressão: 10/04/2019 16:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012947/2019

Município Veículo	Rio Branco	Marca/Modelo	YAMAHA/YBR150 FACTOR ED
Modelo	YAMAHA/YBR150 FACTOR ED	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	14/03/2018	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Francisco Dionato de Oliveira Barbosa	Proprietário		
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta		
CPF/CNPJ do Proprietário	443.760.222-68	Placa	QLX0158
Renavam	01170289646	Número do Motor	G3C5E-086026
Número do Chassi	9C6DG2540J0008819	Ano/Modelo Fabricação	2018/2018
Cor	AZUL	UF Veículo	Acre
Município Veículo	Rio Branco	Marca/Modelo	YAMAHA/XTZ150 CROSSER Z
Modelo	YAMAHA/XTZ150 CROSSER Z	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	31/10/2018	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Francisco Claudinei Ferreira de Souza	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO


O COMUNICANTE VITIMA VEIO A ESTA DEPOL PARA RELATAR QUE TRAFEGAVA A RUA QUANDO SINALIZOU PARA ENTRAR PARA ESQUERDA NA ROTATÓRIA FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO E TENTOU ULTRAPASSA NO MOMENTO EM QUE A VITIMA VAZIA A CONVERSÃO. DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAS.

ASSINATURAS


Ana Claudia Martins da Silva
Responsável pelo Atendimento


Francisco Dionato de Oliveira Barbosa
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


Karlesso Nespoli Rodrigues
Delegado(a) de Polícia

Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespoli Rodrigues
Impresso por: Ana Claudia Martins da Silva
Data de Impressão: 10/04/2019 16:33
Protocolo nº: Não disponível



Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

82 NOME Francisco Claudimir Ferreira de Souza		83 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 11/10/1974
85 ENDEREÇO R. São Pedro B. Bahia N. 255		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO N.º <input type="checkbox"/>
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG. <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>		89 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	
91 NOME Francisco Diomário de Oliveira Barbosa		92 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO 21/06/1975
94 ENDEREÇO R. Almirante N.º 135 B. F.º Eduardo II		95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO N.º <input type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG. <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>		99 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 10/01/18

Eng.º Civil
E.A. 049.80/AC
FRANCA

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: Que OUV ficou sob a responsabilidade do senhor. Sobre não de Bruno Gomes, CNH N.º 01423537301, que foi informado pelo condutor do veículo que o veículo estava na mesma direção de que se pedia da direita e que de forma repentina houve uma manobra de viragem para a esquerda, tendo a colisão contra o VI. Que este foi encaminhado ao posto do Policiamento de trânsito para ser encaminhado para o pronto socorro. Que o condutor do VI se tornou a testemunha do fato do acidente, afirmando ter esquecido de avisar a polícia no momento anterior. Que o 5490, após o fato, foi encaminhado ao posto do pronto socorro. Que a vítima vítima não possui nenhuma CNH (DUI) e a mesma não possui nenhuma documentação e não sabe informar os seus dados pessoais, a mesma estava alcoolizada.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA UI 01X0158	103 MOTORISTA VII NXT 7673	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO CS PM
105 NOME Francisco Claudimir F. de Souza	106 NOME Francisco Diomário de Oliveira Barbosa	107 NOME + RG 3845 PMAC
108 ASSINATURA Impossibilidade	109 ASSINATURA Impossibilidade	110 ASSINATURA Luciano
111 LOCAL P.º Branco. AC		112 DATA 05/12/18

DETRAN
ACRE

Departamento Estadual de Trânsito

GOVERNADOR
Povo
do Acre

SECRETARIA DE ESTADO DE TRANSPORTES

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

02943

NÚMERO FOLHA

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

03 MUNICÍPIO

04 UF

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

06 HORA DA
OCORRÊNCIA

07 ZONA
RURAL URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☐ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍPEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☐ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

15 Nº DE VÍTIMAS

SIM ☐ NÃO ☐

SIM ☐ NÃO ☐

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVARIAS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS

37 CARRO



39 MOTO



EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

42 NOME CONDUTOR

43 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS

63 CARRO



65 MOTO



EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

EM 10/10/12

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL

Judeilson Ferreira de Oliveira
Engenheiro Civil
CREA 94940/AC
DETRAN/AC

82 NOME Jeliana Nascimento de Souza		83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 26/07/95
85 ENDEREÇO O. Calina Rock nº 255 R. São Paulo		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº <input type="checkbox"/> 1
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		89 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
90 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro		91 NOME Dulce	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
93 ENDEREÇO		94 NASCIMENTO	95 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
96 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		97 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 10/11/19

Judson Perreira de Oliveira
Engenheiro Civil
CREA 94840-AC
DETRAN/AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: Mente embriagada e imobilizada sobre a maca. Que a polícia técnica se fez presente no local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V. Alx 0158	103 MOTORISTA VII Nxt 7673	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO C5 PM
105 NOME Ferreira Claudimir de Souza	106 NOME Francisco Dias de Oliveira	107 NOME 3845 Pma C
108 ASSINATURA Impossibilitado	109 ASSINATURA Impossibilitado	110 ASSINATURA Claudio
111 LOCAL R. Branco. AC		112 DATA 09/12/18

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 28/01/2019 Hora emissão: 14:02 Operador:	
Nº da Ocorrência 1812890069	Ord. Vítimas 1	Dth Início: 08/12/2018 15:53 Dth Término: 09/12/2018 17:34	Classificação de Risco: VERDE BAIXO RISCO Tipo de Caso: CAUSAS EXTERNAS Evento Causa: COLISÃO MOTO X MOTO		

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante
End: R. ESTRADA DA FLORESTA
Bairro: SELEÇÃO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE A ELITE ENGENHARIA, PROX EQUADOR

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO
Telefone do Solicitante: (68) 981039171
Gênero:

Origem da Ligação: COMÉLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA SÁRROSA	Idade: 33 ANOS	Sexo: MASCULINO
Classificação:			



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:26 Avaliação: VTR NO LOCAL REFERE VÍTIMA UTILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMSS ESQUERDO E ANTEBRAÇO COM PROVAVEL FRATURA SEM EXPOSIÇÃO, COM DEFORMIDADE E CRETAÇÕES
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:55 Avaliação: SOLICITANTE REFERE 4 VÍTIMAS, UM DELAS COM O BRAÇO QUEBRADO MAS SEM FRATURA EXPOSTA E OUTRA DEITADA AO SOLO
Vítima 2	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:26 Avaliação: VTR NO LOCAL REFERE VÍTIMA UTILIZADA RELATA CERVICALGIA
Vítima 3	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:30 Avaliação: VTR NO LOCAL RELATA VÍTIMA NÃO UTILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMSS DIREITO E REFERINDO ALGIA NA REGIÃO DO QUADRIL DIREITO
Vítima 4	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:31 Avaliação: VTR NO LOCAL RELATA VÍTIMA NÃO UTILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMSS DIREITO E DORSO DA MÃO, ESTÁVEL E DEAMBULANDO

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 17:34 Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 17:34 Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RISO - HUERS Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 17:34 Interconectividade: Observação:	Situação: F
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:38 Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:38 Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:38 Interconectividade: Observação:	Situação: C
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:32 Decisão: ENVIAR DE VEÍCULO Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:32 Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:32 Interconectividade: Observação:	Situação: F

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USU 07 UPA SOBRAL Dt/H: Saída Base: 09/12/2018 16:00 Dt/H: Saída Local: 09/12/2018 16:24 Dt/H: Saída Destino: 09/12/2018 16:38	Data/Hora Entri: 09/12/2018 15:57 Dt/H: Chegada Local: 09/12/2018 16:24 Dt/H: Chegada Destino: 09/12/2018 16:38 Dt/H: Chegada Base: 09/12/2018 16:58
----------	--	---

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 28/01/2019 Hora emissão: 14:02 Operador:	
Nº da Ocorrência 1812890069	Ord. Vítimas 1	D-H Início: 08/12/2018 15:53 D-H Término: 09/12/2018 17:34	Classificação de Risco: VERDE BAIXO RISCO Tipo de Caso: CAUSAS EXTERNAS Evento Causa: COLISÃO MOTO X MOTO		

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante
End: R. ESTRADA DA FLORESTA
Bairro: SELEÇÃO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE A ELITE ENGENHARIA, PROX EQUADOR

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO
Telefone do Solicitante: (68) 981039171
Gênero:

Origem da Ligação: COMÉLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA SÁRROSA	Idade: 33 ANOS	Sexo: MASCULINO
Classificação:			



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:26 Avaliação: VTR NO LOCAL REFERE VÍTIMA UTILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMSS ESQUERDO E ANTEBRAÇO COM PROVÁVEL FRATURA SEM EXPOSIÇÃO, COM DEFORMIDADE E CRETAÇÕES
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:55 Avaliação: SOLICITANTE REFERE 4 VÍTIMAS, UM DELAS COM O BRAÇO QUEBRADO MAS SEM FRATURA EXPOSTA E OUTRA DEITADA AO SOLO
Vítima 2	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:26 Avaliação: VTR NO LOCAL REFERE VÍTIMA UTILIZADA RELATA CERVICALGIA
Vítima 3	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:30 Avaliação: VTR NO LOCAL RELATA VÍTIMA NÃO UTILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMSS DIREITO E REFERINDO ALGIA NA REGIÃO DO QUADRIL DIREITO
Vítima 4	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:31 Avaliação: VTR NO LOCAL RELATA VÍTIMA NÃO UTILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMSS DIREITO E DORSO DA MÃO, ESTÁVEL E DEAMBULANDO

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 17:34 Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 17:34 Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RISO - HUERS Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 17:34 Interconectividade: Observação:	Situação: F
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:38 Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:38 Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:38 Interconectividade: Observação:	Situação: C
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:32 Decisão: ENVIAR DE VEÍCULO Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:32 Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA Profissional: GIOVANNI BADO CASSEB Data/Hora: 09/12/2018 16:32 Interconectividade: Observação:	Situação: F

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USU 07 UPA SOBRAL Dt/H: Saída Base: 09/12/2018 16:00 Dt/H: Saída Local: 09/12/2018 16:24 Dt/H: Saída Destino: 09/12/2018 16:38	Data/Hora Entri: 09/12/2018 15:57 Dt/H: Chegada Local: 09/12/2018 16:24 Dt/H: Chegada Destino: 09/12/2018 16:38 Dt/H: Chegada Base: 09/12/2018 16:58
----------	--	---

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA