



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG 133645 SSP/SP e CPF 618.348.402-44, sendo estes residentes e domiciliados na Av. Rui Baraunás, 97, Bairro Carana, 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 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**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 04 de dezembro de 2019.

RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1540669617

PROIBIDO PLASTIFICAR
1540669617

NOME
RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
133645 SSP RR

CPF
618.348.402-44

DATA NASCIMENTO
21/01/1978

FILIAÇÃO
ROMILDO DA ROCHA
SAMPALIO
MARIA CRUZEIRA DOS
SANTOS SAMPAIO

PERMISSÃO
ACB

ACC
AB

CAT. HABILITAÇÃO
AB

IP REGISTRO
03859516800

VALIDADE
04/12/2020

P. HABILITAÇÃO
12/05/2006

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
09/11/2017

ANTONIO FRANCISCO BERNARDO MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

60404444891
RR209187999

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

CAERR
CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.206-610

Matrícula: **255009** Novembro/2019

Endereço para entrega: **AV RUI BARAUNA, 97 - CARANA BOA VISTA RR**

Dados do Cliente:
MARIA CREUZA DOS SANTOS SAMPAIO

Inscrição: **001015.236.0122.0001** Rota: **Sec 0488** Quantidade de Economias: **1**

Instalação: **42** Situação: **RESIDENCIAL** Situação Esgoto: **1**

NÃO MEDIDO **CORTADO** **LIGADO**
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM DE DIAS

LEITURA FAT. **10**
LEITURA INF. **0**
DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
201910	10-0				
201909	10-0				
201908	10-0				
201907	10-0				
201906	10-0				
201905	10-0				
MEDIA	10				

EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	215	215	215	215	215
CONFORMES	215	215	215	215	215

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA **10 M3** **23,83**

ESGOTO **80.0 % DO VALOR DE ÁGUA** **19,06**

TOTAL A PAGAR **42,89**

VENCIMENTO: **15/12/2019**

AVISO: EM 31/10/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

CAERR

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
255009	11/2019	15/12/2019	42,89

82610000000- 7 42890004001- 8 00025500901- 1 11201950003- 5

826100000000-742890004001-800025500901-111201950003-5

Via do Cliente

Via do CAER

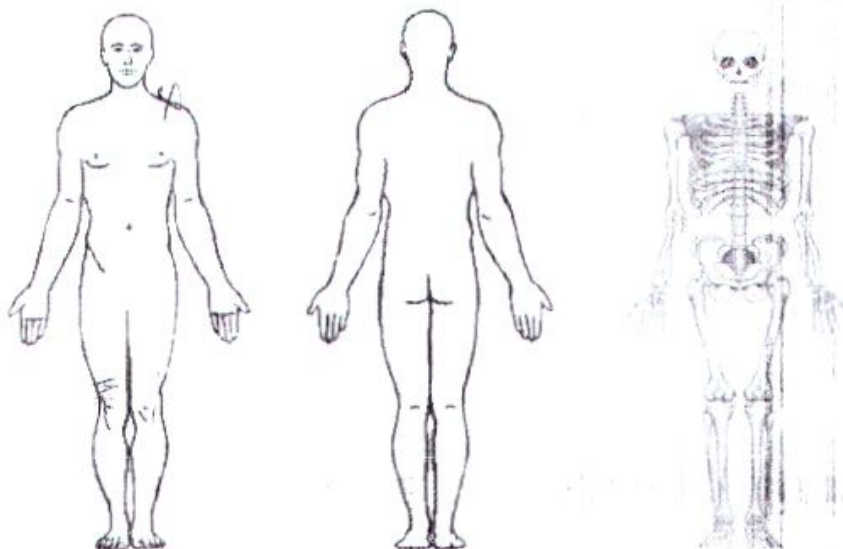
ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR		Nº DE AVISO:	4989-19			
		Nº DE VÍTIMAS:	02			
		OCORRÊNCIA:	T-04			
		DATA:	29.10.19			
OBM DE ATUAÇÃO ☒ 1º BPABM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1º CIA ☐ 2º CIA ☐ 3º CIA		ÁREA DE ATUAÇÃO ☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		VTR UR-0118	KMI 33.342	KMF 33.852
H/SAIDA 13:28	H/NO LOCAL 13:31	SAIDA DO LOCAL 13:50	NO DESTINO 13:52	H/NA OBM OU B-01 14:15		
1. DADOS DA OCORRÊNCIA						
CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:						
ENDEREÇO: João Magalhães		Nº	BAIRRO: Acreporto			
CIDADE:		PONTO DE REFERÊNCIA:				
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:						
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA						
NOME: Remilson dos Santos Gouveia		RG/CPF: 618.348-402-44				
D.N.:	IDADE:	SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino	PNS: ☐ Sim ☐ Não			
ENDEREÇO:		Nº	BAIRRO:			
CIDADE: Boa Vista		NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro:		TEL.:		
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual:						
Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual ☐ Outro:			Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual ☐ Travesti ☐ Outro:			
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO						
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.						
☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.						
Assinatura do paciente/vítima:		RG Nº	SSP/			
Testemunha:		RG Nº:	SSP/			
Testemunha:		RG Nº:	SSP/			
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)						
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora		Total		
☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma		15 Pontos		
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)						
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora		Total		
☐ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras sem sentido/ olhar acompanhando ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado ☐ 3. Irritabilidade persistente ☐ 2. Agitação ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso ☐ 4. Sente dor, mas não retira ☐ 3. Flexão a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma		Pontos		
6. SINAIS VITAIS						
PA:	FR:	FC: 97	SpO2: 98	Temperatura:		
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA						
ALERGIA: ☐ SIM ☐ NÃO QUAL (is): Não sabe						
USO DE MEDICAMENTOS: ☒ SIM ☐ NÃO QUAL (is): para distúrbios						
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO						

172.014.019.028

8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima ejetada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento lacerante
- 06- Ferimento corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Suspeita de fratura na clavícula e, desastre -
excoriações no joelho direito, a vítima estava em
decúbito dorsal horizontal, sem capacete quando chegamos
ao local, foi colocado collar cervical, imobilização dos
membros inferiores e superiores junto ao corpo, eleva-
ção a cavalete, com auxílio do SDA e PMD que já esta-
va no local realizando os primeiros socorros, quanto a
negate chegou, deslocamento para o PS.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ☐ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☒ CNH ☐ Cheque ☐ Fls ☐ Calçado ☐ _____
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ ☐ Óculos ☐ _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio ☐ _____



Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A Ailton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☐ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe: 2º Srt M. Norberto Socorrista(s): SD Edilson Conductor da VTR: _____ Resp. pelo preenchimento: 2º Srt M. Norberto

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____ Documento de identidade: _____ Registro de conselho (CRM, COREN): _____
Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 2687

9/10/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima (HGR) PSFE
Av. Bns. Eduardo Gomes, 3308

RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA DIURNO 07-19 153

Paciente: **RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO** Data Nascimento: **21/01/1978** Idade: **41 A 9 M 8 D** CNS: **705000453465752** CPF: **61834840244** Prontuário: **00068643**

Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **133645** Órgão Emissor: **SSP/RR** Data Emissão: **08/02/2004** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO** Raça/Cor: **BRANCA** Naturalidade: **SANTAREM - PA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **MARIA CREUZA DOS SANTOS SAMPAIO** Pai: **ROMILDO DA ROCHA SAMPAIO** Contato: **(95) 99137-0570**

Endereço: **AVENIDA - RUI BARAUNA - 97 - CARANA - BOA VISTA - RR** Ocupação: **PEDREIRO**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: Registrado por: **AURELIANO.ALEXANDR**

Queixa Principal: **acidente automobilístico (moto x carro)**

Anamnese de Enfermagem: **GSC** TOTAL: **14**
AO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14:19h) **NEGA ALERGIAS**
acompanhante refere que paciente batou sua moto em um carro.
Fiz uso de remédios controlados (não soube dizer qual) - Apine na pt neurológica, nega convulsões.

Exame Físico: **paciente ECG, algo confuso e ansioso e choroso, LOTE, dige ADA.**
Der a palpção em ambos os clavículos. batou em região occipital e em falha d'outro.

Hipótese Diagnóstica: **TCE leve / acidente automobilístico**

SADT - Exames Complementares: **(X) RAO - X () ULTRA-SON (X) TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:**

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**

(1) apine 1500
(2) tital 40mg IV + AZL - 1
(3) Divisipon 10mg IV
AZL - 1 / 1500

Condução
() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
(X) Transferência para: Pronto Socorro
() Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **/ /**

óbito:

Antes do 1º Atendimento? **() Sim () Não** Destino: **() Família**

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: **Dr. José Henrique R. da Silva**

Impresso por: aureliano.alexandre
Data Hora: 29/10/2019 14:07:08

Ass. GOCON - Médico
000458 1633

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bns. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto - Tel: (95) 211-0020
AUTENTICAÇÃO

901179875

Ortopedia Dr. Elder
Paciente com fratura de maxila E por
mecanismo de moto e. Curvo
c.) Análise + Imagem + Tratamento
Realização da cirurgia
Bulbo maxilo facial.

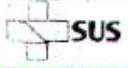
Dr. Odinachi Okamoto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1861/RR

Henrique R. da Silva
CRM: 18032
Médico

Paciente vítima de acidente motociclistas.
Apresenta fratura do complexo zigoma/abito. (T.C / Alentejo)
Dor e inchaço, edema região D do foc.
c.) Intussuscepção aos cuidados CTB/AF

Dra. Julienne Monquer
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO/RR 1273

LAUD 08.11.19

 Sistema Ministério Único de da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		BLOCO A	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HGR		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HGR		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 68643	
5 - NOME DO PACIENTE RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO		7 - DATA DE NASCIMENTO 21/01/1978	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 2 05000493465752		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
11 - NOME DA MÃE maria Cruz dos Santos Sampaio		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 000	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 95991370570	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) AVENIDA - RUI BARAUNA - 97 - CARANA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA - RR		18 - UF	
19 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR EDEMA			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO PROCEDIMENTO CIRURGICO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EX CLÍNICO + EXAMES DE IMAGENS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FX DE CZO		24 - CID 10 PRINCIPAL	
		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO HOSPITALAR		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dra Juliene Monauer		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/10/2019	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dra. Juliene Monauer CRM 1277			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO		40 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO OUTRO		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/11		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) V99	
		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 03080100157020	
		Marcos Roberto B. de Santana Diretor Técnico HGR CRM 1285 RR	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

PEDIDO DE PARECER

PACIENTE: RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO
DE: BUCOMAXILOFACIAL

BLOCO: A 112-2
PARA: CARDIOLOGIA

Paciente sexo masculino, 41 anos, vítima de acidente motociclistico resultando em fratura do complexo zigomático orbitário (CZO), aguardando procedimento cirúrgico. Exames no sistema e no prontuário. Solicito Risco Cirúrgico.

Grato.

Dra. Juliene Mondauer
Cirurgia Bucocomaxilofacial
CROIRR 1273

Atenciosamente, _____

31/10/2019, Boa Vista – Roraima

4º ang
 Ex. furo: PA: 120/70 - 4º
 Ex. w: 27, 50
 Ex. m: 27, 50
 ECG: normal
 Release I Goldman

Dr. Márcio Dornelles P. Souza
 Cardiologista
 CRP 17.605

Dames

Assinatura:

Dr. Márcio Dorneles P. Souza
Cardiologista
CRM 705-RR/RQE 436 RQE 437



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
EVOLUÇÃO DIÁRIA

OME: RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO
OTO: A 112-02

ATA: 31/10/19

ANAMNESE:

PACIENTE NO LEITO NO MOMENTO DA VISITA, REG,
LOTE. INTERNUADO A 02 DIAS (29.10.19) VÍTIMA
DE ACIDENTE ~~HELE~~ AUTOMOBILÍSTICO, SEM RE-
LATO DE QUEIXAS ALGICAS. AO EXAME FÍSICA APRE-
SENTA EQUIMOSE PERIORBITÁRIA (OLHO E), HEMOR-
RAGIA SUBCONJUNTIVAL (E) E EDEMA EM FACE.

EX:

PRO:

SOLICITADO O RISCO CIRÚRGICO (31.10.19).

ATA:

DE:

AVALIADO E PRESCRITO CONFORME O PRO.
FRATURA DE C70.

Ac. Marta Tiburtino
Odontologia
Faculdade Cathedral
Assinatura e carimbo

ATA: 01/11/19

ANAMNESE:

Paciente fora de leito

EX:

PRO:

ATA:

DE:

Ac. Jéssica Colaco
Assinatura e carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
EVOLUÇÃO DIÁRIA

OME: Romilson das Santos Sampaio
TO: 112-2

A: 02 / 11 / 19

ANAMNESE:

Paciente no leito no momento da visita, BEG, LOTE AAA. Apresenta assimetria facial, equimose periorbital, hemorragia subconjuntival, limitação de abertura bucal. Sem queixas algumas.

FO:

FO:

Orientado HO.

FO:

Avaliado e prescrito HO.
Fratura de C20.

Alexsandro Colares
Assinatura e carimbo

DATA: 03 / 11 / 19

ANAMNESE:

Paciente no leito no momento da visita, LOTE AAA, BEG, comissuras. Apresenta edema, equimose periorbital, hemorragia subconjuntival em OD, assimetria facial. Todos os exames no sistema e no prontuário. Compara melhor para (07/11) quanto-bem.

FO:

FO:

Orientado quanto a história oral de dor.
Avaliado e prescrito conforme o documento.

F

Valdenor Alves Gomes
Assinatura e carimbo



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Amelhor dos Santos Sampaio

Data: 07/11/19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de C7.0

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Fletura

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr Sérgio Renato

1º AUXILIAR: Dr Bruno Araújo

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: Helena

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dra Fátima

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 01 - Paciente em DDH, sob anestesia geral + intubação orotraqueal
- 02 - Anestesia + analgesia extra oral e intra oral + PCEE
- 03 - Anestesia local infiltrativa Soro + Adrenalina em região orbitária e intra-oral
- 04 - Incisão em região sublabial
- 05 - Desbridamento por placas
- 06 - 2 placas S.S. 13 parafusos (os 3 parafusos com-fuscos)
- 07 - Sutura Nylon 5-0 + Vinyel 5-0
- 08 - Revisão hemostática + Revisão dos pontos
- 09 - Alta cirúrgica.

Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Maxilofacial
CRM 717

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES			
MGE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES			
MGE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
Henilson dos Santos Sampaio		68643			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
2 0 1 5 0 1 0 1 4 5 3 4 6 1 5 7 5 2		21/04/79		M	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO			
Maria Cruz dos Santos Sampaio					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Assimetria facial, malocclusão edema, hematoma de face.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Fratura de crânio					
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Fratura de crânio					
25 - CLÍNICA 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 27 - DOCUMENTO 28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Dr. Sérgio Kumbaki					
32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
37 - CNPJ DA SEGURADORA 38 - CNPJ EMPRESA 39 - CNPJ DO BILHETE 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - SÉRIE					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 43 - EMPREGADO 44 - AUTÔNOMO 45 - DESEMPREGADO 46 - APOSENTADO 47 - NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
0404020526 → 5024					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
EVOLUÇÃO DIÁRIA

NOME: ROUILSON DOS SANTOS SAMPAIO
Nº: A 112-02

DATA: 04/11/19

ANAMNESE: PACIENTE NO LEITO NO MOMENTO DA VISITA, BEG, LOTE. INTERVADO HA OG DIAS (29.10.19) VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, SEM QUEIXAS ALGUMAS. AO EXAME FISICO APRESENTA HEMORRAGIA SUB CONJUNTIVAL (OLHO D), EQUIMOSE PERIORBITARIA (D), BOA ABERTURA BUCAL.

DIAGNOSTICO: ORIENTADO QUANTO A HIGIENE ORAL

TRATAMENTO: AVALIADO E PRESCRITO CONFORME O TTO. FRATURA DE GZD.

Maria Tiburtino
Otorrinolaringologia
Assinatura e carimbo
PA 30908

DATA: 11/11

ANAMNESE: Paciente no leito no momento da visita, BEG, LOTE, idiomatizando verbalizado, sem queixas algumas, apresenta hemorragia subconjuntival (olho D), equimose periorbitaria (D). Aguardando procedimento cirurgico, previsto para 07/11. Orientado quanto a higiene oral.

DIAGNOSTICO: AVALIADO E PRESCRITO CONFORME O TTO. FRATURA DE GZD.

A. Dirle Kirok RA 42208
Assinatura e carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

[illegible]



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
EVOLUÇÃO DIÁRIA

NOME: Ronilson dos Santos Bompaio LEITO: A 112-2

DATA: 07/11/19

ANAMNESE: Paciente no leito no momento da visita, BGL, LOTE, deambulando, verbalizando, sem queixas algébricas. Apresenta equimose periabital. Foi realizada a troca do ATB Ceftriaxona DB para Cefepime 01. Cirurgia prevista para hoje (07/11).

EFIO:

Orientado quanto à higiene oral.

EFEO: Avaliado e prescrito conforme o HTO
Fratura de C70

Ar. Nisla Kimak RA 42708

CDT:

HD:

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Renilson dos Santos Soares
Anestesiologista

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplicar ☒ Não se Aplica

RISCO DEBILITADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CANCER

EXAMEN TO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONTECIDA
☒ Sim, Qual: *NEC*

ELA ABREJA RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Sim, e equi paratuberculose disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não

☐ Sim, e se o uso cirúrgico adequado para fluidos
R. 24/00

Data: *07.11.19* Assinatura: *Renilson dos Santos Soares* Hora: *16:20h*

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: *Dr. Evlyn S. V.*

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIA, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(X) REVISÃO DO CIRÚRGIO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de *nao tem*
esterilização (fornecendo teste de intencional). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Sim, *aplicada* Hora: *16:30*
Qual: *aplicada*

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim
☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO *Foco quemado*
☒ Sim ☐ Não

() O CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

Jacqueline F. de S. Costa
Assinatura e Carimbo


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

Pacient: Ronilson dos Santos Sampaio 44c 07/11/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 01 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

CONTINUAÇÃO

UQUIDOS VENOSOS

DA **X** **ULSO** **ANES** **OP** **D** **TEMP** **ASPIR** **RESP**

SÍMBOLOS

AGENTES **DOSES** **TÉCNICA** **ANOTAÇÕES**

GLICOSE **LIQUIDOS** **TEMPO DE ANESTESIA**

OPERACÃO

ANESTESIA **COLHEITA** **PERDA SANGÜÍNEA**

Uta Evelyn Fernandes
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 161



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

419

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Ronilson dos Santos Sampaio		112-2	00068643	07/11/19	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de fratura C20		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:24	17:35		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Sergio	ANESTESISTA:	Dr Evelyni		
1º AUXILIAR	Dr Bruno	RES. ANESTESIA:	Dr Bruno R1		
AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	Jessica		
		CIRCULANTE	Hilma		
TIPO DE ANESTESIA: GERAL		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
☐	PACOTES GAZE			1 cateter de O2	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☒	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO VICRYL Nº 5.0	
	LUVA ESTERIL 8.5		☒	FIO MONONYLON Nº 5.0	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 15, 24			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☐	DRENO DE TORAX Nº 18, 20			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
☒	SERINGA 01ML Termininha		☒	FIO SEDA Nº	
☒	SERINGA 03ML		☒	SURGICIM Máscara	
☒	SERINGA 05 ML		☒	CERA P/ OSSO	
☒	SERINGA 10ML		☒	RHT CATARATA Nº Grosso	
☒	SERINGA 20ML		☒	GEFOAM TOT Nº 7,0	
			☒	FITA CARDIACA Equipe Macro	
			☒	OUTROS: Agulha 13x4,5	
				± 20 ml povidine tópica	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A) :	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
		SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



112-2

RESUMO DE ALTA

Paciente: RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO

Data da internação: 29/10/19

Data da alta: 08/11/19

Profissionais: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

DIAGNÓSTICO

FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ORBITAL

TRATAMENTO

REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA RÍGIDA

EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocorado, sem queixas álgicas, sem intercorrência. Paciente receberá alta, prescrição e acompanhamento ambulatorial da bucomaxilofacial.

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

Dr. Silvana Ruiz Da Silva
Cirurgiã - Traumatologia
Bucodentofacial

Ass. Cirurgião (CRO)

17/12/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site



A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS

SALA DE
IMPRENSA

TRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Novo Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O prazo de validade do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190685476 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO

CPF/CNPJ: 61834840244

Posição em 17-12-2019 11:40:33

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/12/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/IGkDz2wMgJYYVczGCKpIFQ=api_key=ozStYa9oqQs6qBKl6Kh__ybMHci8my0hFEOZicd6Z8WU=
13/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xOJ7BCuuWS__pm64rrToF__api_key=ozStYa9oqQs6qBKl6Kh__ybMHci8my0hFEOZicd6Z8WU=



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

OUTORGANTE: RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador do RG 133645 SSP/SP e CPF 618.348.402-44, sendo estes residentes e domiciliados na Av. Rui Baraúnas, 97, Bairro Carana, 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, 04 de dezembro de 2019.

RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19059426B01



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



Para cópia do seu Boletim acesse o site: 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 matrícula 7425788, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, 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 6.539, 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 19059426B01 e o número de controle 0F6D7782EA5259EEA1AEC3806B7F4D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 29/10/2019 Hora: 13:15 Município: BOA VISTA/RR
Local: JOÃO MAGALHÃES, 1309, AEROPORTO
Policial responsável pelo atendimento: JOSE DE OLIVEIRA BORGES NETO, 2425288

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Marginal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Interseção de Vias	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Em 29 de outubro do ano de 2019, por volta das 13 horas e 20 minutos, durante a Operação Lábaro, equipe PRF foi acionada para atender acidente de trânsito envolvendo outra viatura PRF. O acidente foi do tipo colisão lateral, com uma vítima lesionada, ocorrido em trecho urbano, no cruzamento entre as ruas João Magalhães e Deco Fonteles, bairro Cauamé, no município de Boa Vista/RR. Os veículos envolvidos no acidente foram viatura da PRF L200 Triton (V1) e Motocicleta Honda Bros 150 (V2). Quando a equipe PRF de atendimento ao acidente chegou ao local encontrou equipe de salvamento do Corpo de Bombeiros em atendimento à vítima, que conduzia V2 e V1 posicionada de modo a controlar o tráfego. V1 seguia pela rua João Magalhães, indo em direção à BR 174, e ao cruzar a rua Deco Fonteles, na qual seguia nela V2, foi impactada em sua lateral esquerda. Com o impacto o condutor de V2 foi lançado ao solo. No local havia uma placa de regulamentação R1, placa de PARE, para V1. Após atendimento, o condutor de V2 foi encaminhado pelo veículo de salvamento do Corpo de Bombeiros, placa NAS 3563, para o Hospital Geral de Roraima (HGR). A perícia da Polícia Federal foi acionada e compareceram os peritos Leonardo Almeida Dias (matrícula 15290) e Yuri Maia (matrícula 19700). O termo de declaração de envolvido (TDE) dos integrantes de V1 encontram-se anexos neste BAT. Após o atendimento no local do acidente, equipe deslocou-se para o HGR, mas não foi possível tomar o TDE da vítima, pois a mesma encontrava-se sob cuidados médicos.



Documento assinado eletronicamente por: matrícula 2425288, Policial Rodoviária Federal, em 31/10/2019, 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. 5º 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/hovobatalhaautenticar>, informando o protocolo 19059426B01 e o número de controle 3F5D7762EA6259EEA7AE C38C8B7F4D.

191



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**

**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01**



Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por [redacted], matrícula 2425288, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, conforme Forão 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/movobatalautenticar>, informando o protocolo 19059426B01 e o número de controle DF5D7782E46259EEA1AEC3806B7F4D.

191

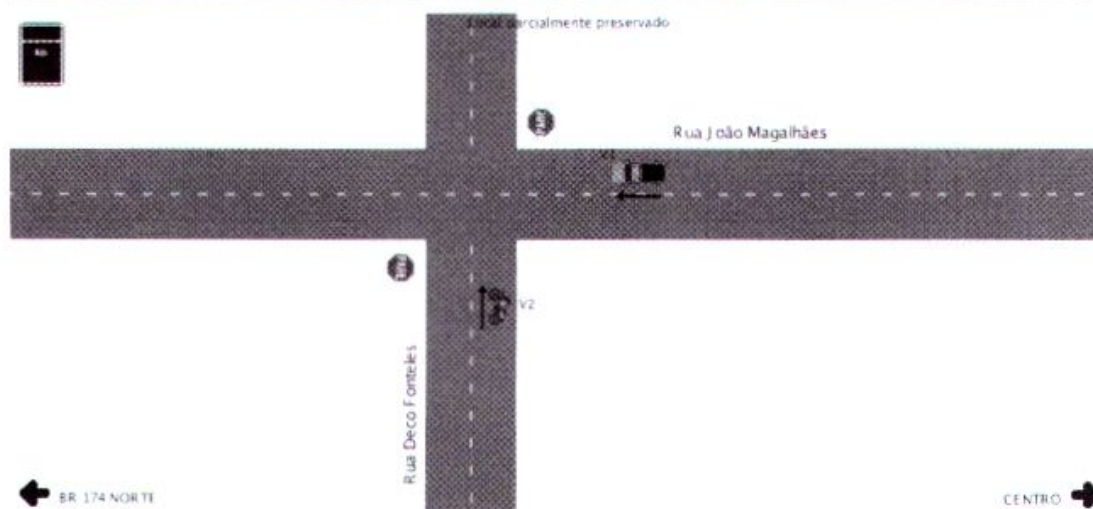


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

MARCAS NO PAVIMENTO

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

DANOS COLATERAIS

Ao Patrimônio da União: Dano na lataria da parte traseira da lateral esquerda e na porta traseira esquerda da viatura PRF

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Polícia Federal	29/10/2019 13:30	29/10/2019 16:20

V1 - VEÍCULO 1 - NAO4614 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: NAO4614 Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Renavam: 00463771699
Ano fabricação: 2012 Chassi: 9C2KD0550CR574822 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta



Documento assinado eletronicamente por: matrícula 2425286, Polícia Rodoviária Federal, em 31/10/2019, 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/novobolautenticar>, informando o protocolo 19059426B01 e o número de controle 0f607782EA5259EEA1AEC3806B7F4D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - LUIZ FERNANDO RIBAS

V2P2 - Informações

Nome: LUIZ FERNANDO RIBAS

CPF: 419.488.662-34

Estado físico: Ileso

Data de Nascimento: 07/10/1972

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Sim

V2P2 - Dados do Contato

Endereço: JOAO DE METRIO, 3900, JD DAS OLIVEIRAS, SIGEFREDO PACHECO-PI

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2425288, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, 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/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19059426B01 e o número de controle 0F6D7782EA6259EEA1AEC3808B7F4D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

V2P2 - Termo de Declaração de Envolvido

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

TERMO DE DECLARAÇÃO

RECEBE

☐ ☐

DEPENDE

☐ ☐

OUTRO

☐ ☐

AUTOR

Nome:

LUIZ FERNANDO RIBAS

VTIMA

Profissão:

P.R.C.

Estado Civil

Solteiro

ENVOLVIDO

Endereço e fone.

DECLARAÇÃO

Em 25 de outubro de 2015, na via das Indústrias, durante
circulação normal, a equipe BR-001, composta pelo PC
Sergio Augusto Luiz Ribas e SGT. JANAIA, ao avistarem uma
motocicleta de cor preta, sem placa de identificação, sendo
ordenada a parada, que não foi obedecida. Diante disso, iniciaram
acompanhamento tático na Av. Yaté Coelho e
seguido pela Rua João Maurício. Após alguns metros,
pelo acostamento da via, duas motocicletas e um carro
do tipo van estavam uma moto motocicleta que estava
parada com o veículo transversal, sendo na lateral esquerda
a direção da via utilizada por esta equipe e moto-
cicleta sendo do acompanhamento após por alguns metros
foram realizadas todas as manobras de abordagem e
condutor da motocicleta envolvida na colisão.

Assinatura do Declarante



Documento assinado eletronicamente por _____, matrícula 2425288, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, 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 6.539, 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/gestao/biblioteca/autenticar> informando o protocolo: 1905/9426801 e o número de controle: 0F6D3782EA525911A1AF3A80B9A7F4D.

☎ 191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01



V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - CREUSTIANA DO DESTERRO SOARES DA COSTA

V2P1 - Informações

Nome: CREUSTIANA DO DESTERRO SOARES DA COSTA

CPF: 020.996.903-24

Estado físico: Ileso

Data de Nascimento: 28/05/1986

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Sim

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: CANAA, 2527, SETOR 01, SAO JORGE DOESTE-PR

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por: matrícula 2425286, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, 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 19059426B01 e o número de controle 0F6D7782EA6259EEA1AEC3808B7F4D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

V2P1 - Termo de Declaração de Envolvido

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA POLÍCIA ROQUIVÁRIA FEDERAL		TERMO DE DECLARAÇÃO		
		REGISTRO ☐ ☐	DELIBERAÇÃO ☐ ☐	157 ☐ ☐
DECLARANTE		DATA		ASSINATURA
☐ AUTOR		Nome: <u>Guiliana D S da Costa</u>		
☐ VITIMA		Profissão: <u>PRF</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>	
☐ ENVOLEVIDO		Endereço e telefone:		
DECLARAÇÃO				
No dia 24/10/2019 por volta das 13h na cidade de Boa Vista/RR, esta equipe de PRF denominada BRAVO 1, atuante na Operação Tororão 7, composta pelos PRFs Sérgio Mauro, Luiz Ribas e Guiliana, realizavaacom- panhamento Batuto, a uma motocicleta sem placas de identificação, fora por sua vez, não obedecer a várias ordens de parada, sendo que por meio de palavras e sinais sonoros da viatura. Nesse momento, ao atravessar um cruzamento com as ruas Vereador e das Marujinhas, mesmo com os sinais sonoros e luminosos, passou uma moto- ciclista de placa NAO-6949, cujo a condutor na lateral esquerda da via, foi conduzida pelo PRF Sérgio Mauro.				
				
Assinatura do Declarante				



Documento assinado eletronicamente por matricula: 2425268, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.700-2, de 24 de agosto do 2001, no art. 5º 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-OG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.trf.gov.br/brbcbat/autenticar>, informando o protocolo 1905946768201 e o número de controle PE607782DEAE259E1A1AE380AB03F54D.

☎ 191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

V2 - Proprietário

Nome: SUPER REG DA PRF EM RORAIMA

CPF/CNPJ: 00.394.494/0137-00

Email:

Telefone:

Endereço: Rua Professor Diomedes Souto Maior, 764, São Vicente, BOA VISTA-RR

V2C - CONDUTOR DE V2 - SERGIO MAURO COSTA

V2C - Informações

Nome: SERGIO MAURO COSTA

Data de Nascimento: 18/01/1966

CPF: 639.976.226-04

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AC

Primeira habilitação: 26/10/1989

Nº Registro: 00565503785

UF: RO

Vencimento da habilitação: 03/06/2024

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA 539, 716, JD AMERICA, SIGEFREDO PACHECO-PI

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2425288, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.203-2, 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/novobabi/autenticar>, informando o protocolo 19059426B01 e o número de controle DF6D7782EA6259EEA1AEC3808B7F4D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

V2C - Termo de Declaração de Envolvido

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL		 TERMO DE DECLARAÇÃO	
NÚMERO		REGIÃO	
DATA		MÊS	
AUTOR ☐		VÍTIMA ☐	
ENVELOVENDO ☐		DECLARAÇÃO	
Em 29/10/19, por volta das 14h, esta equipe de trânsito (LUIZ RIBEIRO e CRENISTIANE), com o PPR SERGIO MAURO como condutor da viatura, realizava acompanhamento fixado a uma motocicleta preta, sem placas, que não atendeu ao sinal de parada de mão e se deslocou a seguir pela rua Termas de São Paulo, de onde foram observados, com sinais luminosos e sonoros acionados, ser atingida na lateral esquerda da viatura por uma motocicleta que transita na rua de São Paulo e não conseguiu desviar da viatura. Ao chegar ao cruzamento, ocorreu o acidente que um veículo grande parou em frente ao Brasil Sem Fumo, a motocicleta não parou, ou seja, não foi freada.			
Assinatura do Declarante			



Documento assinado eletronicamente por V. Matrícula: 2425286, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, conforme notário 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 61.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 611-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/procba/validarautenticidade>, informando o protocolo 019059476801 e o número de controle 0160772AF6A50501A1A6C30F83F64D.

☎ 191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01



V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / MMC/L200 TRITON SPT GL

Placa: NAQ9836

Nº BOAT: 19059426B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 2425288

Data: 29/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2425288, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, 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. 5º 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/rovoabai/autenticar>, informando o protocolo 19059426B01 e o número de controle 0F6D7782EA6259EEA1AEC3808B7F4D

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por J. matrícula 2425286, Polícia Rodoviária Federal, em 31/10/2019, 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/novobatalhaautenticar>, informando o protocolo 19059426B01 e o número de controle 0F6D7762EA62591EA1AEC38D6B7F4D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

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

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ES

Placa: NAO4614

Nº BOAT: 19059426B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 2425288

Data: 29/10/2019

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 ESQUERDA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2425288, Policial Rodoviário Federal, em 31/10/2019, 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 19059426B01 e o número de controle 0F6D7782EA6259EEA1AEC3808B7F4D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19059426B01

V1 - Proprietário

Nome: RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO
Email:
Endereço: Rua Rui Barauna, 97, Caraná, BOA VISTA-RR

CPF/CNPJ: 618.348.402-44
Telefone: 95991243455

V1C - CONDUTOR DE V1 - RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO

V1C - Informações

Nome: RONILSON DOS SANTOS SAMPAIO
CPF: 618.348.402-44
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 21/01/1978
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Informações complementares: Não foi possível tomar o TDE da vítima. equipe deslocou-se para o HGR com esta finalidade, mas chegando ao local a vítima encontrava-se sob cuidados médicos

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: RR
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 12/05/2006
Vencimento da habilitação: 04/12/2020

Nº Registro: 03859516800
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: AV JARDIM CONDOMIO CED, 101, AP 101, CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR
Telefone: 95991243455

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: Vítima conduzida pela viatura de atendimento de emergência UR-01-18, placa NAS 3563

V2 - VEÍCULO 2 - NAO9836 - CAMINHONETE

V2 - Informações

Placa: NAO9836 Marca/modelo: MMC/L200 TRITON SPT GL
Ano fabricação: 2018 Chassi: 93XLJKL1TJCJ09342
Espécie: Especial Categoria: Oficial
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01156943580
Tipo de veículo: Caminhonete
Cor: Azul



Documento assinado eletronicamente por: matrícula 2425286, Policial Rodoviária Federal, em 31/10/2019, 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. 5º 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/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19059426B01 e o número de controle 0F627782EA5259EEA1AE33608B7F4D

191