

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-103. Tel: (95) 9911-5759 E-mail: juridicosememail@gmail.com.

Outorgado: Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, Dra. ELINEIVA COSTA SILVA, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o caráter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 26/08/2020



WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA



The image shows a scan of a Brazilian Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) card, which is a document used for labor registration and social security. The card is divided into two main sections: the worker's information (left) and the employer's information (right).

Left Side (Worker's Information):

- TRABALHADOR** (Worker):
- Nome** (Name): Wilson Carlos da Silva
- Data de Nascimento** (Date of Birth): 20/05/1970
- CPF** (CPF): 000.000.000-00
- RG** (RG): 000.000.000-00
- Endereço** (Address): Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP
- Profissão** (Profession): Operário
- Assinatura** (Signature): [Handwritten signature]
- Assinatura do Trabalhador** (Worker's Signature): [Handwritten signature]

Right Side (Employer's Information):

- EMPREGADOR** (Employer):
- Nome** (Name): [Blank]
- CNPJ** (CNPJ): [Blank]
- CPF** (CPF): [Blank]
- Endereço** (Address): [Blank]
- Assinatura** (Signature): [Blank]
- Assinatura do Empregador** (Employer's Signature): [Blank]

Central Information:

- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO** (Ministry of Labor and Employment)
- CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL** (Card of Labor and Social Security)
- 166.17311.85-0** (Phone Number)
- 4426638** (Worker's ID)
- 0040** (Employer's ID)
- RR** (State of Rio de Janeiro)
- Wilson Carlos da Silva** (Worker's Name)

Bottom Section:

- Foto** (Photo): [Color photo of Wilson Carlos da Silva]
- Assinatura** (Signature): [Handwritten signature]

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASIL 1980	
WILDSOM EMANOEL DOS SANTOS SILVA FIACÃO: ELVES KERY SALVANO DA SILVA ALCENE DOS SANTOS SILVA NASCIMENTO: 03/11/1957 SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: PACARAMÁ - RR DOCUMENTO: R.G. 3874393 SSP RR 16012009 LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1963 CPF: 047.602.062-15 CNH: ... TÍT. ELEITOR: ... ZONA: ... LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTEBS - 2-032314 <i>Assinado eletronicamente por: Wilsom Silva</i> Assinatura: 047.602.062-15	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE Nome: ... Data de Nascimento: ... Sexo: ... Estado Civil: ... Naturalidade: ... Documento: ... CPF: ... CNH: ... Título Eleitoral: ... Zona: ...	



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-103.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 26 / 08 / 2020


WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA



RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Tenente Eurico, 629 - Centro - Boa Vista - PE
CEP: 55.011-100 Fone: (0800) 47 1346 E-mail: atendimento@roraimaenergia.com.br

0036686-2

Nº da Nota Fiscal: 4594463

A Tanta Central de Energia S/A - TCEC S/A
pela Lei nº 10.428 de 24.06.2007 - PLAN

CONSUMO EM

FEVEREIRO/2020 01/03/2020

ALCEIENE JOSE DOS SANTOS
R. ROSA O DE ARAUJO, 7119 - SANTA LUZIA
CEP: 68.117-103 - BOA VISTA

CONSUMO EM

374

CPI: 00056743285200

CONSUMO EM

359,28

DADOS DA LECTURA (KWH)		DATAS DA LECTURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual	34011	Atual	11/02/2020	Grupo/Endereço	1.1.1.1
Anterior	34007	Anterior	14-01-2020	Classificação	RESIDENCIAL
Tempo de instalação	20	Primeira leitura	11-02-2020	Uso	DIURNO
Coeficiente de multiplicação	1,000	Última	18-02-2020	Número medidor	14EL000433
Consumo médio	375	Assinatura	11-02-2020	Nome do titular	NORMA
Consumo máximo	375			Medição	# 1489375

CONSUMO

174 A R\$ 0,765725 = 236,38

CORREÇÃO MONETARIA DA II (2X)

CORREÇÃO MONETARIA TGPH (2X)

MULTA POR ATRASO DA II (2X)

MULTA POR ATRASO DA TGPH (2X)

MULTA POR ATRASO DA II (2X)

MULTA POR ATRASO DA TGPH (2X)

MULTA POR ATRASO DA II (2X)

MULTA POR ATRASO DA TGPH (2X)

ELIMINACAO PUBLICA

0,73

16,34

3,83

0,87

13,98

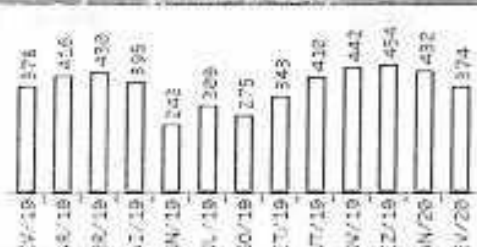
12,05

25,10

PREVISÃO DE CONSUMO

DATA: 01/03/2020

0 A 374 0,765725





MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 26/02/2020. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mesado: Valor R\$ 01/2020 293,68

LIGUE 0800VIVAPLUM E FAÇA O PAGAMENTO 1 e 11 14 21 26.

COMPOSIÇÃO DA UNIDADE

Unidade	Valor	Unidade	Valor
Energia	154,18	Encargos	2,75
Transmissão	67,71	Tributação	55,37
	0,40		

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA

Indicador	Valor	Indicador	Valor
DMC	17,00%	DMC	48,53
PD	0,41%	PD	1,17
CDMG	1,31%	CDMG	5,47

RESERVADO AO FISCAL

RO1: 78.001.76.21 041800

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Tenente Eurico, 629 - Centro - Boa Vista - PE
CEP: 55.011-100 Fone: (0800) 47 1346 E-mail: atendimento@roraimaenergia.com.br

SEU CÓDIGO

0036686-2

MES FATURADO

02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4594463

TOTAL A PAGAR - R\$

359,28

VENCIMENTO

01/03/2020

PLAN*

83610000003 0 59280075000 8 00000000036 4 68620220008 1



SEQ.: 01/1 UC: 0036686-2 DI: 1111: 11/02/2020 T. ENTR.: 04

LEITURA: 24631 NORMA: TOTAL: 359,28 CARGA: 808

DE: VENC.: 01/03/2020 IRREG.: 000COLLOR: 4111



ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-103.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

É por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fê.

BOA VISTARR, 26/08/2020


WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA



ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, WILDSOM EMANOEL DOS SANTOS SILVA, CPF nº 947.662.062-15
Residente e domiciliado à rua ROSA AUGUSTA DE ARAÚJO, nº 2119, bairro
SANTA LÚZIA, na cidade de BOA VISTA RR, estado de
RODRIGUES, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de
Sumário Geral recebendo uma renda mensal em média de
R\$ 998,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

BOA VISTA-RR, 26 de Agosto de 2020

WILDSOM

WILDSOM EMANOEL DOS SANTOS SILVA

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
IAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

166.17311.85-0

4426638 0040 RR

Wildson Emanuel dos S. Silva

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

FILIAÇÃO.....: ELVES KEYBY SALVIANO DA SILVA
ALCILENE DOS SANTOS SILVA SEXO: MASCULINO
NASCIMENTO.....: 03/11/1997
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: PACARAÍMA - RR
DOCUMENTO.....: R.G. 3874893 SSP RR 16/01/2009
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 547.662.062-15 CNH.....:
TÍT. ELEITOR: SEÇÃO:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/03/2014

Manoel do Rosário Alves Coelho
MARC DO ROSÁRIO ALVES COELHO
Assessor de Apoio ao Trabalho e Emprego - Estado de Roraima

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....
DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO.....
SIGNATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....
NOME.....
DOCUMENTO.....
SIGNATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....
NOME.....
DOCUMENTO.....
SIGNATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....
NOME.....
DOCUMENTO.....
SIGNATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERIORIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SSP RORAIMA | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS.	PROC. N°
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS.	PROC. N°
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		
CARTEIRAS ANTERIORES		
NÚMERO	SERIE	UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANTERIOR		
NÚMERO	SERIE	UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANTERIOR		
NÚMERO	SERIE	UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANTERIOR		
NÚMERO	SERIE	UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANTERIOR		

06

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CCC/OPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO DE DE	
REGISTRO N°	FLS. / FOLHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
P 2°	
DATA DE SAÍDA DE DE	
P 2°	
COM DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

07

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
COG/CP/CEI.....	COG/CP/CEI.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....UF.....	MUNICÍPIO.....UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
.....CBO Nº.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
REGISTRO Nº.....PLS./FICHA.....	REGISTRO Nº.....PLS./FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
1ª.....2ª.....	1ª.....2ª.....
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....
1ª.....2ª.....	1ª.....2ª.....
COM. DISPENSA CD Nº.....	COM. DISPENSA CD Nº.....
FGIS Nº DA CONTRA.....	FGIS Nº DA CONTRA.....
08	09

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
COG/CP/CEI.....	COG/CP/CEI.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....UF.....	MUNICÍPIO.....UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
.....CBO Nº.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
REGISTRO Nº.....PLS./FICHA.....	REGISTRO Nº.....PLS./FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
1ª.....2ª.....	1ª.....2ª.....
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....
1ª.....2ª.....	1ª.....2ª.....
COM. DISPENSA CD Nº.....	COM. DISPENSA CD Nº.....
FGIS Nº DA CONTRA.....	FGIS Nº DA CONTRA.....
10	11



CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CCO/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

12

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CCO/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

13

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CCO/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

14

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CCO/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

15





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

Bairro: Cidade Satélite

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: 2sg Darleudo Gomes da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 480.188.801-15	Placa NAN6251
Renavam 01034683109	Número do Motor 310A10112222954
Número do Chassi 8AP196271F4111116	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Número da Carroceria 85665008	Cor PRATA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo I/FIAT PALIO ATTRACT 1.0	Modelo I/FIAT PALIO ATTRACT 1.0
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 12/01/2015
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Estella Maris da Silva Fernandes Prado	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 446.876.562-34	Placa NAO7739
Renavam 00346671795	Número do Motor KD05E5C500455
Número do Chassi 9C2KD0550CR500455	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 25/09/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Wildson Emanuel dos Santos Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM 3669-CIPTUR A EQUIPE FOI ACIONADA, VIA CIOPS, PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO LOCAL SUPRACITADO; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA CONDUZIA SEU VEÍCULO HONDA BROS PLACA NAO7739, SENTIDO BAIRRO CENTRO, QUANDO FOI ABALROADO PELO VEÍCULO CONDUZIDO PELA SRA. ESTELLA MARIS; QUE AMBOS S VEÍCULOS SOFRERAM DANOS MATERIAIS; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA SOFREU LESÕES CORPORAIS SOFRENDO FRATURA NO PUNHO; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO ESTADUAL; QUE DEMAIS INFORMAÇÕES NO ROP ANEXO, É O RELATO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

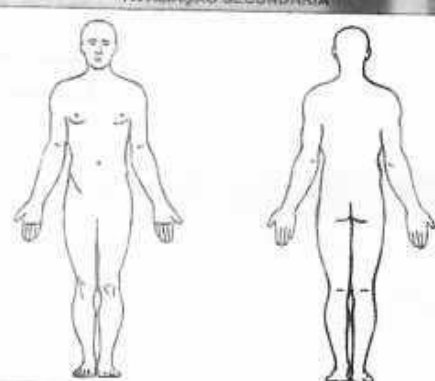
Responsável pelo Atendimento

Wildson Emanuel dos Santos Silva

(Vítima)



Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) 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.

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 0112		SAMU 192			
UNIDADE: BRAVO III		EQUIPE: Nemer e Delfan							
Paciente: <u>Idelmar Emanuel dos Santos Silva</u>		Idade: <u>22</u>		Sexo: <u>M</u>					
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Raça: ☒ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia							
Endereço: <u>Av. General Penha Brasil</u>		Bairro: <u>Centro</u>							
Nº <u>5550</u>		DATA <u>21/01/2020</u>		HORA J/9: <u>05:50</u>		BASE ☒ VIA ☐ ☒ RÁDIO			
Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Fabiana</u>		HORA J/10: <u>11:02</u>				☐ CELULAR			
MOTIVO INICIAL: <u>lesão moto c/cervo</u>									
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒		1 a 3 horas ☐		4 a 24 horas ☐		Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐			
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA									
☒ Acidente de trânsito ☐ Agressão física / espancamento ☐ Agressão física - FAF ☐ Agressão física - FAB ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Tentativa de suicídio ☐ Envenenamento ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Choque elétrico ☐ Queda ☐ Urgência clínica ☐ Urgência obstétrica ☐ Transferência ☐ Exame complementar ☐ Outros									
ACIDENTE DE TRÂNSITO									
VITIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA			
☐ Pedestre ☒ Conduzir ☐ Passageiro ☐ Ignorado		☐ A pé ☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Bicicleta		☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus		☐ Bicicleta ☐ Animal ☐ Outro			
						☐ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança			
AVALIAÇÃO INICIAL									
VIAS AERÉAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA			
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro		☒ Eupneica ☐ Apnéia ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia		☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade		☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ ID ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora			
SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"		
Início	<u>120 x 80</u>	<u>86</u>	<u>20</u>	<u>93</u>					
Fim									
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA OCULAR ☒ Espontânea ☐ Ao comando ☐ À dor ☐ Sem resposta RESPOSTA VERBAL ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Sem resposta RESPOSTA MOTORA ☒ Obedece a comandos ☐ Localiza a dor ☐ Movimento de retrada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Sem resposta <u>15</u>			
1 - Dor 2 - Hemorragia 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros		AVALIAÇÃO CARDÍACA				AFECÇÃO CLÍNICA			
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial ☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Assístolia		☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva ☐ Metabólica ☐ Infecciosa ☐				HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso ☐ Alergias ☐ Outros			
GRAVIDADE COMPROVADA		☐ Ileso ☐ Pequena ☐ Média ☐ Severa							
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		Pedro Luis RACIOO CRM-PR 2142				SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 21/03/2020 Stephanie Rubrica			
INCIDENTES		☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontra no local ☐ Trota		☐ Hospitalização ☐		☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ PRF			
RCP		☐ Iniciado em: _____ ☐ Término em: _____		☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso					

PE DO TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:		RG: _____
	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.		
	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.		
	Assinatura do Paciente:		RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____	
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____	

GESTANTE							
Idade Gestacional:	[] Movimentos fetais presentes		[] Partes fetais na vulva				
Perda de líquido:	[] Contrações entre 3-5 min.		[] Com cartão da gestante				
BCF:	[] Contrações com duração > 30s		[] Sem cartão da gestante				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
[] Aspiração	[] Máscara laríngea	[] Monitorização cardíaca	[] Imobilização de fraturas				
[] Cânula de Guedel	[] Guia de introdução Bougie	[] Colar cervical	[] Curativos				
[] Cateter nasal: ___ L/min	[] Cricotirotomia cirúrgica	[] Headblock	[] Parto vaginal				
[] Máscara facial: ___ U/min	[] Oximetria	[] Prancha longa	[] Cesárea de emergência				
[] Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	[] Dreno de tórax	[] Tirantes	[] Imobilização de luxações				
[] Intubação orotraqueal	[] Descompressão torácica	[] KED	[] Outros:				
[] Acesso venoso Gelco n° _____	[] Acesso venoso Scalp n° _____	[] Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

Latadura 15 cm
2 pares de luvas F
1 par de luvas G.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 20/10/2020
Stephanie
Rubrica

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Paciente mac. vítima de acidente de trânsito encontrado ao solo, em lado direito do corpo com fratura fechada de perna e com no músculo da coxa. O mesmo foi conduzido ao GT pd Protocolo de trauma e me orientação do médico regulador.

Assinatura e carimbo do profissional



ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO	
Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): <u>Wilson Emanuel</u> <u>Des Santos Silva</u>	
foi atendido no ☒ Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE () UNACON, no dia <u>21/01/20</u> às _____ horas.	
O mesmo: <u>23 01 20</u> <u>12:33</u>	
() Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento	
☒ Necessita de <u>10</u> (30) dia (s) de licença médica.	
Jonilson Nascimento da Silva Chefe de Divisão Matrícula nº 95277	
CID:	Boa Vista, <u>21/01/20</u>
Autorizo a informação do CID: Assinatura do cliente / paciente	Dr. Odinaeli Oreni Médico Especialista Ortopedia e Traumatologia CRM 14841/R Assinatura / Carimbo médico
Hospital Geral de Roraima , Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto. Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611	



Raquel L. Salazar
Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.058.491-TE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

2002/11/07

FICHA DE ATENDIMENTO
Paciente: **WILSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA** Data Nascimento: **03/11/1997** CPF: **547.662.00-15**
Tipo Doc: **Documento** Orgão Emissor: **DA** Sexo: **M** Estado Civil: **Solteiro** Raça/Cor: **Naturalidade**
Mãe: **ALCILENE DOS SANTOS SILVA** Pai: **Contatos**
Endereço:

Class. de Risco: **SISTEMA UNICO DE SAUDE** Plano Convênio: **Nº de Cartão**
Motivo do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência** Temp.: **Peso** Pressão:
Setor: **Procedimento Sol.** Registrado por:

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **GSC** TOTAL: **15**
AO: 1234567890 RV: 1234567890 MRV: 1234567890

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
paciente notocardiaco, com em pânico.
sem tce.

Exame Físico:
bcu, cte, nra.

História Clínica:
paciente de início de pânico

SADT - Exames Complementares
☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) TILATIL 4mg qd (feito) DIPIDONA 1g qd		
Pedro Lins Médico CRM-RR 2142	24/08/2020	

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelar
☒ Transferência para: **Internação**
DE - Dr. Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1234567890
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **1. /**

Óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ ML Anatomia Patológica **1. /**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Pedro Lins
Médico
CRM-RR 2142





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO



Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA** retifica-se por **WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA**, RG 3874893 SSP/RR, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (**GRANDE TRAUMA**), no dia 21/01/2020 às 11:49H, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO**, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 2001211707.

Boa Vista-RR, 06 de Julho de 2020.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000
mail: hosphgr@yaibest.com.br

06/07/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308	1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
	☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho
	☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja
	☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo
	☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde
	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.

2001211707 21/01/2020 11:49:11 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente WILSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA	Data Nascimento 03/11/1997	Idade 22 A 8 M 3 D	CNS	CPF 54766206215	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 3874893	Órgão Emissor SSP/RR	Sexo M	Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe ALCILENE DOS SANTOS SILVA	Estado Civil SOLTEIRO(APARDA	Raça/Cor BOA VISTA - RR	Naturalidade	Contato (95) 99111-5759	Ocupação AGENTE DE SAÚDE
Pai ELVES KEBI SALVIANO DA SILVA					
Endereço RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 2119 - UNIAO - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: ERBEJONE.SIMPLICIO		

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

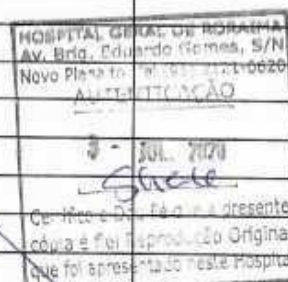
SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para: _____

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: luize
 Data Hora: 06/07/2020 09:59:34



2001211707



SINISTRO 3200215498 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WILDSO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS

EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO WILDSO

CPF/CNPJ: 54766206215

Posição em 06-07-2020 11:33:55

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/07/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

