

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013827002

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez

Vítima: GILMA KARLA DE
MEDEIROS SPINELLY

Data do acidente: 28/09/2013

**Emissor do
parecer:** Kelly Nicolau
Rodrigues

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Prestadora: Visão Médica Ltda

CRM do médico: 436856

PARECER

Data da análise: 07/01/2014

Valoração do 0,00

IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE BRAÇO ESQUERDO

Resultados COM SEQUELA
terapêuticos:

Sequelas LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO
permanentes:

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO:25% DE 70% = 17,5%
sequelas:

**Documentos
complementares:**

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: REGINALDO WANIS

UF do CRM do RJ
médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013827002

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez

Vítima: GILMA KARLA DE
MEDEIROS SPINELLY

Data do acidente: 28/09/2013

Emissor do parecer: Marcus Vinicius
Carvalho Freire

Seguradora: MBM SEGURADORA
S/A

Prestadora: SAUDESEG Sistemas
de Saude Ltda.

CRM do médico: 4518

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM MSE

Descrição do exame médico pericial: Periciando sequelada de traumatismo do membro superior esquerdo, com lesão de partes moles, tratada conservadoramente, apresenta ao exame, edema residual e perda de força motora do membro superior esquerdo e discreta limitação de mobilidade articular do cotovelo esquerdo

Resultados terapêuticos: TT CONSERVADOR

Sequelas permanentes: DANO LEVE DO MSE

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 30/01/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: João Bartolomeu Pinto Rabelo

UF do CRM do médico: PB

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

indenização no banco.
 EU, Guilherme Karlos de Medeiros Spinelly
 PORTADOR(A) DO RG Nº 050578172 EXPEDIDO POR Petrópolis - RJ EM 01/11/2011 E
 CPF 0430227579-50 /CNPJ 000000000000000000-00 PROFISSÃO Aux. de prod.
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se (7) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO /
 REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Guilherme Karlos de Medeiros Spinelly, AUTORIZO
 A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZACAO DE PAGAMENTO

*1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados...

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA 1914 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- SEGURODORA**

19 DEZ. 2013

SEU SEU 0098112-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

Spino P. M. 20

DATA

30,09,13

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

gibma Karla de Medeiros Spindly



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Informações do Acidente

Processo: 2013827002
Nome da Vítima: Gilma Karla de Medeiros Spinelly
Local do Acidente: BR 230, Km 28,8 , Próximo Ao Três Lagoas, Nesta Capital.
Data do Acidente: 28/09/2013

Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ **Sim** ☐ Não ☐ Prejudicado

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Resposta: Membro superior esquerdo.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: Edema residual, perda de força motora e discreta limitação de mobilidade do cotovelo esquerdo.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ **Não**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

☐ Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

☐ O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

☒ **O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

Periciando sequelada de traumatismo do membro superior esquerdo, com lesão de partes moles, tratada conservadoramente, apresenta ao exame, edema residual e perda de força motora do membro superior esquerdo e discreta limitação de mobilidade articular do cotovelo esquerdo.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	1ª Lesão	25% (leve)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: João Bartolomeu Pinto Rabelo
Registro no CRM: PB 4518
Local do Exame: João Pessoa - PB
Data do Exame: 30/01/2014



DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 4518 TEOT. 6334



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

HISTÓRICO DE RETIFICAÇÕES

Ocorrência Retificada	Ocorrência de Retificação	Status	Processo	Data
83.073.392	83.080.810	Encerrada	08663003461/2013-75	15/10/2013 10:59

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1069717 - GILSANDRO SANTOS COSTA Data/Hora do Acidente (hora local): 28/09/2013 04:45 BR: 230 KM: 28,8
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Tipo de Acidente: Tombamento Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Amanhecer Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Não funciona Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não Data e horário da solicitação:
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário do
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

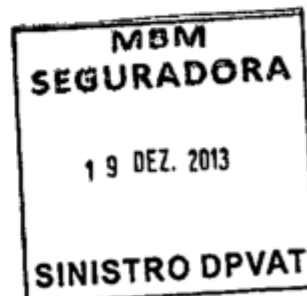
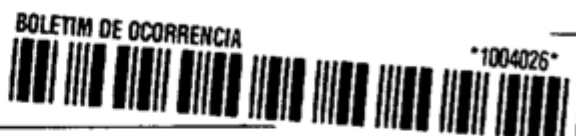
Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 3,2
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Danificada(o) Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 0,8 Tipo de Inclinação: Depressão
Obstáculo ao Cruzamento: Outro Estado de Conservação do Obstáculo: Bom
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Via Lateral
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



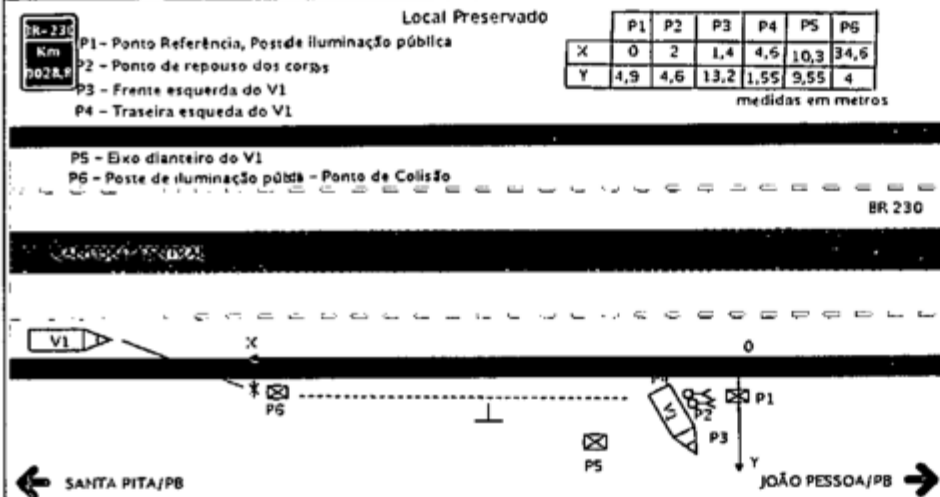
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



- LEGENDA:
- Automóvel
 - Veículo Trator
 - Pedestre
 - Ponto B
 - Ponto P
 - Ponto C
 - Ônibus
 - Animal
 - Capotagem
 - Caminhão
 - Tombamento
 - Incêndio
 - Local da colisão
 - Marcha à ré
 - Placa de Trânsito
 - Trem
 - Conjugado
 - Objeto Fixo
 - Ponto A'
 - Ponto A
 - Antes da Colisão
 - Marca de Freinagem
 - Veículo Ausente
 - Roboquer/Semi-roboque
 - Triângulo de Amarração
 - Veículo de 2 ou 3 rodas
 - Marcha à frente
 - Patinação ou Derrapagem
 - Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações feitas no local do acidente ocorrido na BR 230, Km 28,8, por volta das 04h45min, município de João Pessoa-PB, levantamos que o V1, M.BENZ/CIFERAL CITMAX U, de placas LCF-3787/PB, seguia de Santa Rita/PB para João Pessoa/PB, quando veio a sair da pista e colidiu com objeto fixo, poste de iluminação pública e sua base de concreto, vindo a tombar em seguida.

O poste de iluminação pública estava fixado em uma base de concreto em formato de prisma, medindo aproximadamente 60cm x 60cm x 70cm (largura x comprimento x altura), que se encontrava sobre o nível do pavimento e apoiada no solo.

No local do acidente, na área antes do ponto de impacto no poste de iluminação pública, não era visível, à vista desarmada, marcas de pneumáticos (freinagem, derrapagem ou arrastamento), sendo visualizado apenas marcas de atritamento metálico compatíveis com a parte inferior da lateral posterior esquerda do V1.

Conforme observações feitas no disco diagrama do cronotacógrafo do veículo, ficou evidenciado que, no momento da colisão com o poste de iluminação pública e sua base de fixação, o veículo desenvolvia velocidade aproximada de oitenta quilômetros por hora (80Km/h).

As sedes de impacto sofridas pelo V1 em seu ângulo anterior direito, lateral anterior direita, eixo dianteiro, roda dianteira direita e as rodas traseiras direitas são compatíveis com o formato do poste metálico de iluminação pública e sua base de concreto. Os danos sofridos na parte inferior da lateral posterior esquerda são compatíveis com a marca de atritamento metálico no solo. Já os danos em toda a extensão da lateral esquerda são compatíveis com as marcas de atritamento metálico do V1 com parte do pavimento asfáltico e parte do solo não pavimentado.

Quando da chegada da equipe no local do acidente, este não estava devidamente isolado. Dada sua dimensão e gravidade havia várias equipes de socorro (SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar) além de curiosos, habitantes e transeuntes, contribuindo para a não preservação de alguns vestígios ali presentes.

Outros documentos e o registro fotográfico, com suas descrições, foram dispostos em anexo protocolado na 14ª Superintendência de Polícia Rodoviária Federal.



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: LCF-3787 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9BM3840785B426659 Renavam: 008565805
Marca/Modelo: M.BENZ/CIFERAL CITMAX U Cor: BRANCA Ano: 2005 Tipo: Ônibus Emplacamento: SANTA RITA/PB
Ocupantes: 42 Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel
Proprietário: BRADESCO LEASING SA A MERCANTIL A TRANSPORTE DE PASSAGEIROS CPF/CNPJ: 47.509.120/0001-82
Endereço: CEP: -
Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: SANTA RITA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Salda de Pista? Sim Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Sim

Colisão com Objeto Fixo: Poste Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento: DISCO DIAGRAMA RECLHIDO NO LOCAL DO ACIDENTE, REGISTROS FOTOGRÁFICOS FEITOS. TANTO O DISCO DIAGRAMA QUANTO O CERTIFICADO DE VERIFICAÇÃO DO CRONOTACÓGRAFO N. 001122102, FORAM ENTREGUES AO PERITO ROBSON FÉLIX, MATRÍCULA 159983-6, MEDIANTE TERMO ANEXO RRDD N

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga: VEÍCULO DE TRANSPORTE COLETIVO DE PASSAGEIROS

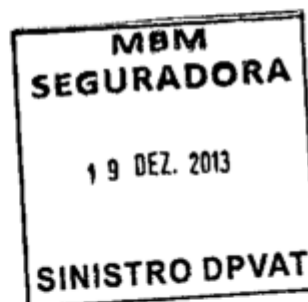
ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Polícia civil Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 07:00 Motivo: Remoção

Responsável pela Recepção: DELEGADO ROBERTO JORGE

Documento do Responsável: 00000

Município/UF: JOAO PESSOA/PB Descrição do Encaminhamento: O DELEGADO ROBERTO JORGE DE PLANTÃO NA DELEGACIA, CUJO LOCAL ESTAVA SOB SUA CIRCUNSCRIÇÃO, ESTEVE NO LOCAL DO ACIDENTE E FOI INFORMADO QUE A PRF NÃO TINHA PÁTIO PARA CUSTODIAR O VEÍCULO E INFORMOU QUE O VEÍCULO PODERIA SER REMOVIDO, BEM COMO, APÓS CONTATO COM A POLÍCIA CIENTÍFICA, INFORMOU QUE ESTA NÃO VIRIA ATÉ O LOCAL. PARA A REMOÇÃO DO VEÍCULO FOI UTILIZADO REBOQUE DA EMPRESA SÃO JOSÉ, CONDUZIDO POR BIBIANO DE LIMA CPF 056291094-80.



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/LCF-3787

Nome/Apelido: ROBERVAL PAIVA DA SILVA

Data de Nascimento: 06/05/1971

Sexo: Masculino

Estado Civil:

Nome do Pai: MANOEL SILVANO DA SILVA

Nome da Mãe: DORALICE DE PAIVA

Endereço:

CEP: -

Município/UF:

Telefones:

Grau de Instrução:

Naturalidade: JOAO PESSOA/PB

Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal: MOTORISTA PROFISSIONAL

CPF: 806.255.414-72

Documento de Identificação: 1502144

Orgão Expedidor: SSP /BA

Origem: SANTA RITA/PB - BRASIL

Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

Estado Físico: Lesões Leves

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Não

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Sim

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não

Transcrição da Declaração:

SAIR DA GARAGEM DE 03:30 DA MADRUGADA SEGUINDO PARA O HEITEL SANTIAGO PARA DA INICIO A PRIMEIRA VIAGEM, COM DESTINO SANTA RITA DISTRITO, QUANDO IA NA BR 230 PROXIMO AS TRÊS LAGOA, COM APROXIMADAMENTE 50 PASSAGEIROS, QUANDO COMEÇOU A SENTIR UM GRANDE BARULHO QUANDO A DIANTEIRA CHEGOU A BAIXAR TÃO RÁPIDO, QUE O SEMI EIXO DIANTEIRO SE DESLOCOU PARA A TRASEIRA DO ÔNIBUS AI CHEGOU A ARRASTAR A FRENTE DO ÔNIBUS E A COLIDIR COM O POSTE E VEIO O VIRAMENTO DESTE VEÍCULO, E SAIR ARREMESSADO PELO PARA-BRISA DIANTEIRO, COM O IMPACTO FIQUEI DESACORDADO. GOSTARIA DE VER AS IMAGENS DA CÂMARA DE SEGURANÇA DO ÔNIBUS.

Condutor é Habilitado? Sim

Categoria CNH: D

Registro CNH: 01452084107/PB

Primeira Habilitação: 21/09/2000

Validade CNH: 24/10/2017

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos: 38,0

Horas Dirigindo: 01:20

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Hospital

Responsável pela Recepção: HETSHL

Documento do Responsável: 000

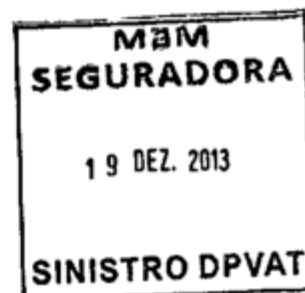
Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 06:18

Município/UF: JOAO PESSOA/PB

Motivo: Socorro

Descrição do

SOCORRIDO PELO SAMU



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: 01f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: VALERIA RODRIGUES NUNES DA SILVA Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Data de: 10/08/1978
Nome do Pai: CARLOS ALBERTO NUNES
Nome da Mãe: MARIA DA PENHA RODRIGUES DO NASCIMENTO
Endereço: RUA BOM SUCESSO, 148, TIBIRI CEP: _____
Município/UF: SANTA RITA/PB Naturalidade: SANTA RITA/PB Nacionalidade: BRASIL
CPF: 027.404.864-47 Documento de Identificação: 2229426 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones: 87209597
Estado Civil: Casado Grau de Instrução: Não Informado
Ocupação Principal: _____ Origem: SANTA RITA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB -
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? ☐ Não ☐ Sim Usava Cinto? ☐ Não ☐ Sim Usava Capacete? ☐ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não ☐ Sim
Transcrição da Declaração: _____

Pertences:

Informações Complementares:

A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE GRÁVIDA E O TRAUMA PROVOCOU O ABORTO E A MORTE DO FETO

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: DELEGADO ROBERTO JORGE
Documento do Responsável: 00000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Auxílio
Descrição do Encaminhamento: VÍTIMA FATAL NO LOCAL DO ACIDENTE



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: AURICEIA DA SILVA TEIXEIRA **Sexo:** Feminino **Data de** 20/04/1965
Nome do Pai: VALDEMAR TEIXEIRA
Nome da Mãe: EDELVACY DA SILVA TEIXEIRA
Endereço: RUA MAJOR TERENCE FERREIRA, 365, BAIRRO POPULAR, **CEP:**
Município/UF: SANTA RITA/PB **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 526.244.204-87 **Documento de Identificação:** 898108 **Orgão Expedidor:** SSP/PB **Telefones:**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: ☐ Lesões Leves ☐ Socorrido pela PRF? ☐ Não ☐ Usava Cinto? ☐ Não Aplicável ☐ Usava Capacete? ☐ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não

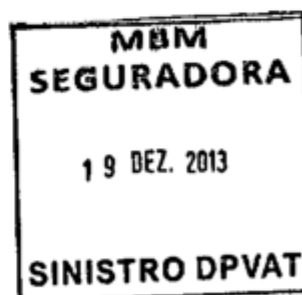
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: ☐ Hospital ☐ Responsável pela Recepção: HETSHL
Documento do Responsável: 0000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:37
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: ENCAMINHADO PELO SAMU



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: LINDENBERG BARBOSA DA SILVA Sexo: Masculino Data de: 01/11/1984
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA JOSE FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: RUA DONA INES, 154, TIBIRI II CEP:
Município/UF: SANTA RITA/PB Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 060.680.514-12 Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones: 88411388
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Sim

Transcrição da Declaração:

EU VINHA NO ÔNIBUS QUANDO ELE COMEÇOU A DAR PROBLEMAS EU SENTIR QUE NA PARTE DA FRENTE COMEÇOU A DESPRENDER DO ÔNIBUS QUE ESTAVA LÁ ATRÁS O ÔNIBUS COMEÇOU E PARA DIREITA ... QUANDO ELE VIROU EU TENTAVA SAIR QUERENDO AJUDAR AS PESSOAS.

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: HETSHL
Documento do Responsável: 000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 06:15
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: SOCORRIDO PELO SAMU

MBM
SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: IVANILDO SIMÃO CAPITULINO Sexo: ☒ Masculino Data de 19/03/1967
Nome do Pai: JOÃO MANOEL CAPITULINO
Nome da Mãe: CLEONE SIMÃO CAPITULINO
Endereço: RUA COELHO NETO LISBOA, 158, JD EUROPA I, TIBIRI, SANTA RITA CEP: 58.000-000
Município/UF: SANTA RITA/PB Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 569.191.584-34 Documento de Identificação: 1185948 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones:
Estado Civil: Casado Grau de Instrução: Fundamental
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? ☒ Não Usava Cinto? ☒ Não Aplicável Usava Capacete? ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Sim

Transcrição da Declaração:

AS 4:10 DA MADRUGADA, PEGUEI O ÔNIBUS EM TIBIRI II, ME SENTEI ATRÁS NO ÔNIBUS E VINHA DORMINDO, ME ACORDEI COM UM GRANDE BARULHO NO ÔNIBUS E MAS OS PASSAGEIROS FALAVAM COMIGO QUE O BARULHO ERA NA MANUTENÇÃO DO ÔNIBUS DI FOI TÃO RÁPIDO QUE QUANDO VIR O ÔNIBUS JÁ ESTAVA VIRANDO. O MOTORISTA NÃO TEVE CULPA DO ACIDENTE. - DECLARAÇÃO PRESTADA NO DIA 01/10/2013.

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: HETSHL
Documento do Responsável: 000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 06:13
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: SOCORRIDO PELO SAMU

MBM
SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: FAGNE DE SOUZA SANTOS **Sexo:** Masculino **Data de:** 10/02/1992
Nome do Pai: FERNANDO PEDRO DOS SANTOS
Nome da Mãe: MARIA AUXILIADORA DE SOUZA SANTOS
Endereço: RUA MINAS GERAIS, 192, ALTO DAS POPULARES **CEP:**
Município/UF: SANTA RITA/PB **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 093.816.594-19 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Morto **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: IML/DML **Responsável pela Recepção:** DELEGADO ROBERTO JORGE
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Auxílio
Descrição do Encaminhamento: VÍTIMA FATAL NO LOCAL



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: MARINALVA MARIA DA SILVA **Sexo:** Feminino **Data de** 08/04/1970
Nome do Pai: OTÁVIO PAULO DA SILVA
Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA
Endereço: RUA SIMON BOLIVAR, 175, TIBIRI II, **CEP:** 58.000-000
Município/UF: SANTA RITA/PB **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 759.451.854-34 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones**
Estado Civil: Solteiro **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não Aplicável **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** HETSHL
Documento do Responsável: 000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:37
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: ENCAMINHADO PELO RESGATE DO CCB



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

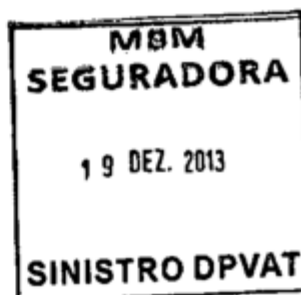
Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1A/CF-3787 /
Nome/Apelido: CARLOS AUGUSTO SILVA DIOGO **Sexo:** Masculino **Data de** 30/01/1966
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DA PENHA SILVA
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 519.203.794-87 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:** 88605819
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 0000000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

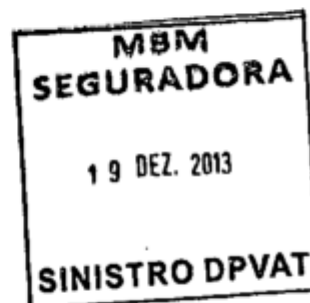
Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: CARLA CRISTINA DA SILVA ALVES **Sexo:** ☒ Feminino **Data de:** 07/06/1984
Nome do Pai: AILTON BENEDITO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA
Endereço: RUA HERMENEGILDO GOMES, 35 A, TIBIRI II **CEP:**
Município/UF: SANTA RITA/PB **Naturalidade:** **Nacionalidade:** ☒ BRASIL
CPF: 051.847.334-18 **Documento de Identificação:** 2727428 **Orgão Expedidor:** SSP/PB **Telefones:**
Estado Civil: ☒ Casado **Grau de Instrução:** ☒ Médio
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: ☒ Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** ☒ Não **Usava Cinto?** ☒ Não Aplicável **Usava Capacete?** ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: ☒ Hospital **Responsável pela Recepção:** HETSHL
Documento do Responsável: 000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 06:14
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: SOCORRIA PELO SAMU



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe: CEP:
Endereço:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: **Veículo:**
Nome/Apelido: **Sexo:** **Data de**
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:**
CPF: **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: **Socorrido pela PRF?** **Usava Cinto?** **Usava Capacete?**
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do Encaminhamento:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de:
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: IVANILDO GOMES DE LIMA **Sexo:** Masculino **Data de** _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **CEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: _____ **Documento de Identificação:** _____ **Orgão Expedidor:** _____ **Telefones:** 87543855
Estado Civil: _____ **Grau de Instrução:** _____
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA

MMM
SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: IVANILSON DOS SANTOS SANTANA **Sexo:** Masculino **Data de** 29/05/1970
Nome do Pai:
Nome da Mãe: INÊS DOS SANTOS SANTANA
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 760.098.234-04 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: MARINALVA PAULINO DE MELO **Sexo:** Feminino **Data de** 15/09/1970
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DE LIMA
Endereço: RUA DR. NAPOLEÃO, 464, CENTRO **CEP:** 58.000-000
Município/UF: BAYEUX/PB **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 024.215.254-62 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones**
Estado Civil: Divorciado **Grau de Instrução:** Mestrado
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não Aplicável **Usava Capacete?** Não
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** HETSHL
Documento do Responsável: 000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 06:06
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: SOCORRIDO PELO SAMU

MBM
SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: JAILSON SILVA DA FONSECA **Sexo:** Masculino **Data de** 03/04/1973
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO SILVA DA FONSECA
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 928.276.084-72 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:** 88545087
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA

MBM
SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: ANTONIO TADEU DE ARAUJO Sexo: Masculino Data de 23/02/1960
Nome do Pai:
Nome da Mãe: ALICE BRITO DE ARAUJO
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 345.217.554-53 Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: HETSHL
Documento do Responsável: 00000000000000000000000000000000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 05:20
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: ENCAMINHADO PELO RESGATE DO CCB



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: JOSÉ ALISSON BENTO CALIXTO Sexo: Masculino Data de 02/05/1991
Nome do Pai: ANTONIO ERALDEZ CALIXTO
Nome da Mãe: EDILAEUZA BENTO DE SOUZA
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: SANTA RITA/PB Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: 3458981 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones 86315961
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: MANUELLA GALDINO DA SILVA Sexo: Feminino Data de 09/03/1984
Nome do Pai:
Nome da Mãe: ASENILDA CATIA GALDINO DA SILVA
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 012.705.664-58 Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: HETSHL
Documento do Responsável: 00 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 05:48
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: CARRO PARTICULAR



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: LUCIE FERREIRA VIEIRA Sexo: Feminino Data de 13/05/1982
Nome do Pai: ANTONIO VIEIRA DA SILVA
Nome da Mãe: TEREZINHA MARIA SALES VIEIRA
Endereço: RUA CAROLINA MACHADO, 158, TAMBÁ CEP:
Município/UF: BAYEUX/PB Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 040.108.004-88 Documento de Identificação: 25153342 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução: Médio
Ocupação Principal: ESTIVADOR, CARREGADOR, EMBALADOR E ASSEMBLHADOS Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: HETSHL
Documento do Responsável: 000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 06:06
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: SOCORRIDO PELO SAMU



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

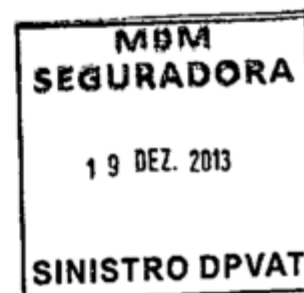
Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: VERA LUCIA DE OLIVEIRA **Sexo:** Feminino **Data de** 24/09/1978
Nome do Pai:
Nome da Mãe: SEVERINA RAMOS DE OLIVEIRA
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 033.092.514-89 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:** 32292475
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo ☐ V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: JOSE ROBERTO DA SILVA **Sexo:** ☒ Masculino **Data de**
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** ☒ BRASIL
CPF: **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:** 88440874
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: ☒ Lesões Leves ☐ Socorrido pela PRF? ☒ Não ☐ Usava Cinto? ☒ Não ☐ Usava Capacete? ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: ☒ Hospital ☐ Responsável pela Recepção: ☒ NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** ☒ Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

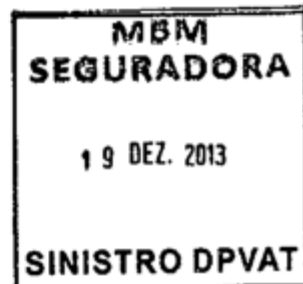
Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: JOSEANE SILVA ARAUJO Sexo: Feminino Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: JULIANA DE OLIVEIRA MARTINIANO **Sexo:** Feminino **Data de** 12/08/1989
Nome do Pai:
Nome da Mãe: LENILDA DE OLIVEIRA MARTINIANO
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 098.532.424-43 **Documento de Identificação:** **Órgão Expedidor:** **Telefones:** 87759712
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA

MBM
SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: **Veículo:**
Nome/Apelido: **Sexo:** **Data de**
Nome do Pai:
Nome da Mãe: **CEP:**
Endereço:
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:**
CPF: **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: **Socorrido pela PRF?** **Usava Cinto?** **Usava Capacete?**
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: MARCELINO ENEIAS VIEIRA **Sexo:** Masculino **Data de** 06/12/1968
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DA SILVA
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 603.149.904-53 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: 01f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: MARCELO FRANCISCO DOS SANTOS Sexo: Masculino Data de 30/11/1984
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA JOSE APOLINÁRIO DOS SANTOS
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 076.010.864-10 Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones 86479307
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: **Veículo:**
Nome/Apelido: **Sexo:** **Data de**
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:**
CPF: **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: **Socorrido pela PRF?** **Usava Cinto?** **Usava Capacete?**
Existe Declaração em Anexo?

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: FRANQUILEIDE RAPOSO Sexo: Feminino Data de 28/07/1977
Nome do Pai:
Nome da Mãe: OLIVIA GOMES
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 024.757.504-64 Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: HETSHL
Documento do Responsável: 000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 06:24
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: SOCORRIDA PELO SAMU

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: PEDRO DA COSTA **Sexo:** Masculino **Data de** _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **CEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: _____ **Documento de Identificação:** _____ **Órgão Expedidor:** _____ **Telefones:** 99992074
Estado Civil: _____ **Grau de Instrução:** _____
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital **Responsável pela Recepção:** NÃO INFORMADO
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43
NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810
Comunicação: C1564650
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM ÔNIBUS E MICROÔNIBUS

Veículo: V1 / M.BENZ/CIFERAL CITMAX U Placa: LCF-3787
Nome do Agente/Assinatura: GILSANDRO SANTOS COSTA Nº BOAT: 83080810
Registro/Matrícula do Agente: 1069717 Data: 28/09/2013 04:45

Item	Descrição do componente	Valor	Sím	Não	NA
1	Avarias superficiais externas em revestimentos, pára-choques, pára-lamas, porta estepe ou aros de rodas.	P	X		
2	Avarias na estrutura das laterais ou do teto sem afetar posto do condutor, nem a coluna "B" da carroceria, nem o compartimento.	P	X		
3	Avaria nas estruturas das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
4	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M		X	
5	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
6	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
7	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
8	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
9	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M			
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M			
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M			
13	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G			
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G			
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	G			
16	Chassi afetado termicamente na região da suspensão.	M			
17	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M			
18	Avaria em qualquer um dos eixos.	M			
19	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M			
20	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G			

P: Item que individualmente implica em Dano Pequena Montagem

M: Item que individualmente implica em Dano Média Montagem

G: Item que individualmente implica em Dano Grande Montagem

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição da peça	Sím	Não
21	Rodas/pneus	X	
22	Pára-brisa	X	
23	Vidros laterais/traseiros	X	
24	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)	X	
25	Faróis	X	
26	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)	X	

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

☒ Dano de Pequena Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P

☐ Dano de Média Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

☐ Dano de Grande Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena montagem" é o menos grave e "dano de grande montagem" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM ÔNIBUS E MICROÔNIBUS

Veículo: V1 / M.BENZ/CIFERAL CITMAX U

Placa: LCF-3787

Nome do Agente/Assinatura: GILSANDRO SANTOS COSTA

Nº BOAT: 83080810

Registro/Matricula do Agente: 1069717

Data: 28/09/2013 04:45



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

MDR
SEGURADORA

19 DEZ 2013

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/10/2013 09:39:43

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da

SINISTRO DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilma Karla de Medeiros Spinelly, brasileiro (a),
estado civil casada, profissão adv. de pro., RG nº
2967011, CPF nº 011.227.579-80, residente e domiciliado (a) ao
Logradouro: Rua Milton Leivas, SN, Tuburu-
Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58300-000, telefone:
(83) 8753-7689 / 875-3517, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias
com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT,
para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor
de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da
minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML,
concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora
Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou
lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

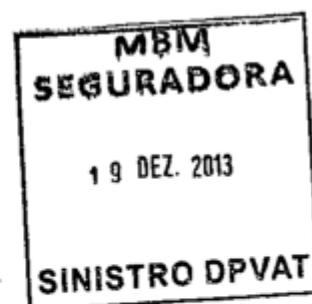
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Gilma Karla de Medeiros Spinelly

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

João Pessoa, 30 de Setembro de 2013



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: 03/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMA KARLA DE MEDEIROS SPINELLY

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000098112-9

Nr. da Autenticação 862D09203093E0FF

ALISON FELIX DE OLIVEIRA
RUA MILTON FERRAZ, SN - TIÉRI
SANTA RITA / PB CEP: 58300-000 (AG: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 4 - 9 - 908 - 8260 Referência: Set / 2013
Nº medidor: 00009012475 Emissão: 10/09/2013

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.055.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 260892
Código para Débito Automático: 0001179966-5

De 01.2378 De 44 e 437.381 9545 e 472.44cd.

CDC (Código do Consumidor): 5/1179966-5

Set / 2013

10/09/2013

09/10/2013

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- A partir de 2014 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Setembro vigorará a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicará R\$1,00/kWh 0,330 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em www.eneel.gov.br.

4292614437

Atualização em atraso

24/07/2013 48,97
21/08/2013 40,88
17/05/2013 55,55

Data	Lectura	Data	Lectura			
12/08/13	5282	10/09/13	5350	1	88	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10612	3,18
Consumo em kWh	58	0,18182	10,55

IMPOSTOS E ENCARGOS

PS	0,15
COFINS	0,70
CONTRIB SERV ALUM PÚBLICA	0,41
JUROS DE MORA 04/2013	1,89
JUROS DE MORA 08/2013	0,05
MULTA 04/2013	1,00
MULTA 08/2013	0,40
ICMS (Base de Cálculo R\$ 37,68 Alíquota 25,00%)	9,41

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2013	0,52
-------------------------------	------

Ago/13 75
Jul/13 142
Jun/13 141
Mai/13 138
Abr/13 153
Mar/13 148
Fev/13 153
Jan/13 135
Dez/12 142
Nov/12 139
Out/12 155
Set/12 155

Média dos últimos meses
129 kWh

17/09/2013

R\$ 28,36

7/2013 - Santa Rita

DIC MENSAL 8,50
DIC TRIMESTRAL 12,84
DIC ANUAL 25,89
FIC MENSAL 7,72
FIC TRIMESTRAL 15,45
FIC ANUAL 3,90
CMC 3,90
DICF 12,22

0,00 NOMINAL 220
0,00 CONTRATADA
0,00 LIMITE INFERIOR 201
LIMITE SUPERIOR 221

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	7,51	26,49
Compra de Energia	5,27	18,58
Serviço de Transmissão	0,22	1,13
Encargos Setoriais	0,52	2,22
Impostos Diretos e Encargos	14,11	49,75
Outros Serviços	0,52	1,83
Total	28,36	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 7/2013) R\$ 18,08

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DEBITOS ANTERIORES", já reavisados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento após o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$13,87.
- As demonstrações contábeis, societárias e regulatórias, estão disponíveis na internet.
- Redução Tarifa-Vigência: 29/09/2013 - Resol. ANEEL nº1593-Residencial -3,80% Médio.
- Redução Tarifa-Vigência: 29/09/2013 - Resol. ANEEL nº1593-Outras Classes -2,59% Médio.
- Em outubro, estudantes da Eng. Elétrica se reúnem em João Pessoa. www.mr2013.com
- Lectura confirmada

**MBM
SEGURADORA**

9 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

PARAIBA

Roteiro: 4 - 9 - 908 - 8260
Matrícula: 1179966-2013-09-7

17/09/2013

R\$ 28,36

83690000000-8 28360054000-1 11799662013-6 09700090019-7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilma Karla de Medeiros Spinelly,
CNH nº 05057817227 data de expedição 01/11/2011 Órgão Detran-PB

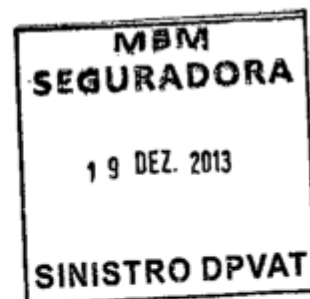
CPF nº 011.227.579-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Hilton Fereira</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Tubiriri</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-000</u>
Telefone de Contato	<u>8753-7689</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30/09/13

Assinatura do Declarante: Gilma Karla de Medeiros Spinelly





12/50
4542

JAMU

CERTIDÃO

Nº. 2224/2013

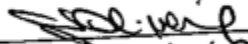


Atendendo solicitação do senhor Leonardo Junior Silva de Souza e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial de nº 573334/13 e Prontuário Médico de nº 201309003195 pertencentes a senhora **Gilma Karla de Madeiros Spinelly** que foi atendida na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 28/09/13 às 06h09min, vítima de capotamento, com trauma em membro superior direito e escoriações.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicada e liberada após curativos.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de Novembro de 2013


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

FICHA DE ATENDIMENTO

Ficha Nr: 573334 Atd: Nao Regular
Data: 28/09/2013
Hora: 06:09:04
Recepcionista: SONIA MARIA DE ARAU
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GILMA KARLA MEDEIROS DE ESPINELES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: 00 Fone: 87537689
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/04/1982 Id: 31 ano(s)
End.: RUA VIC. MILTON FERRAZ, 85
Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA UF: PB
Pai: GLADSMYR DA SILVA ESPINELES
Mae: IRACI MEDEIROS DE ESPINELES
Ocupacao: AUXILIAR DE CONTROLE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: VILMA KARLA MEDEIROS DE ESPINELES
Tel/Doc. Responsavel: 87537689 / SEM DOCUMENTO: 00
Procedencia: BAIRRO TREZ LAGOAS

30/09/13
VISTO

Transporte utilizado: ACIDENTE DE CARRO AS 05:00
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
[] Caso Policial

FATURADO

PRE-CONSULTA

ATEN

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: 02%:

[] Aparentemente B[em] Grave
[] Politraumatizado[o] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO REFERINDO
ESCORIAOES E DOR NO MSE

Paciente com historia de capotamento. Trauma de cabeça, com trauma no MSE.

A - VAP no momento B - Manter o ar livre C - Manter a
Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
de + edema + limitacao de movimento no MSE +
quando
DOR: midula e polpa

VAP no 09 anos

Diagnostico

Conduta

1. Bo ar e, e
2. Analise o bpd

Prescricao

Horario da medicacao

SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

Raquel Bezerra Estreia
Médica
CRM - PB 7373

a e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nr: 573334

Ortopedia 8:00

Dor + edema + escoriações no
MSE. após trauma (capotamento)
em omnibus h6 ± 24).

a e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Rx si sinais de fratura

OD: - Tilafil 1amp + AD 1v leito
- curativo
Alta Ortopedia

Atividade
Fisioterapia
0109 847400
0109 6013

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

FINAL DO PACIENTE

Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVD [] IML

MBM
SEGURADORA
19 DEZ. 2013
SINISTRO DPVAT

Gilma Karla de M. Spinelly

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

0301060096

A CARGO DO SUS

0301020072
0301020093

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
470648283

NOME: KARLA DE MEDEIROS SPINELLI

SOCIEDADE / CATEGORIA: 2407011 SFP PB

CPF: 011.227.574-50 DATA NASCIMENTO: 23/04/1982

RENOME: GLAUCIAR DA SILVA SPINELLI
IRACY DE MEDEIROS SPINELLI

PRIMEIRO: ACC. CENSA: AD

1ª EMISSAO: 05057817227 21/10/2014 20/10/2010

OMISSAO: EXERCIZIO ATIV. REMOVIDA

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 01/11/2011

ASSINATURA DO EMISOR: 01493950051 98023059001

PROIBIDO PLASTIFICAR
470648283

MBM
SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 011.227.574-50

Nome da Pessoa Física: GILMA KARLA DE MEDEIROS SPINELLY

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **12:51:30** do dia **03/10/2013** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **92C6.B730.3447.8CA3**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

