

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

Valorização do IML: 0,00

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE BRAÇO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: REGINALDO WANIS

UF do CRM do médico: RJ

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:

Sequelas permanentes: DANO LEVE DO MSE

Sequelas: Com sequelas

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



Seguradora Líder - DPVAT

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.

EU, Gilma Karla de Medeiros Spinelly PORTADORA DO RG Nº 05057817227 EXPEDIDO POR Salvador - BA EM 01/11/2011 E CPF 041.822.541-50 /CNPJ 000000000000-00 PROFISSÃO Aux de Prod. E RENDA MENSAL DE R\$ reais (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gilma Karla 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.

AUTORIZAÇÃO 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 _____

SECURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL fora de casa DATA 30/09/13

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Gilma Karla de Medeiros Spinelly

! 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.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, 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 TECR 8334



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: JOÃO 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: Ceu Claro	
Houve danos ao patrimônio da União?	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Data e horário da solicitação:	
Houve solicitação de perícia?	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Data e horário do	
A perícia compareceu ao local do sinistro?	<input checked="" type="checkbox"/> 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:

CONDICÃO 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 defensa? Não existe Possui meio-fio? Danificado(s) 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 DESCRIPTIVO 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

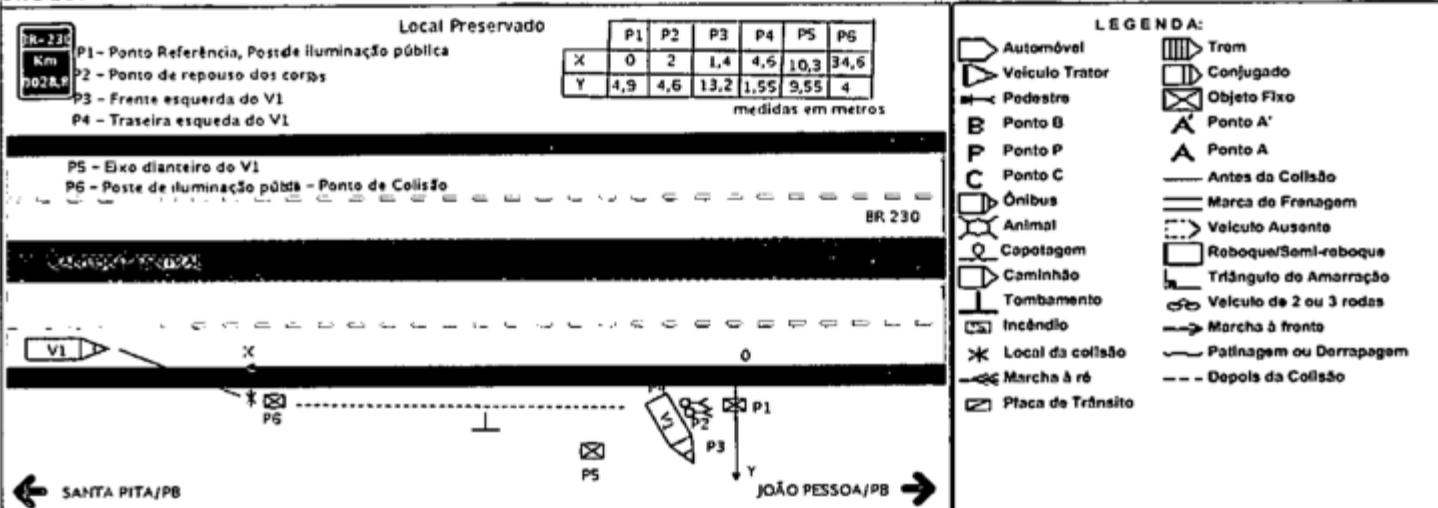
OCORRÊNCIA: 83080810

C1564650

Encerrada

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:**

CROQUI



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)
V1	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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 (frenagem, derrapagem ou arrastamento), sendo visualizado apenas marcas de atrito metálico compatíveis com a parte inferior da lateral posterior esquerda do V1.

Conforme observações feitas no disco diagrama do cronotacôgrafo 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 cintenta 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 atrito metálico no solo. Já os danos em toda a extensão da lateral esquerda são compatíveis com as marcas de atrito 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.

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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: LCF-3787 | Sequencial: V1 | Descrição: | Chassi: 99M3840785B426659 | 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 | Saída 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

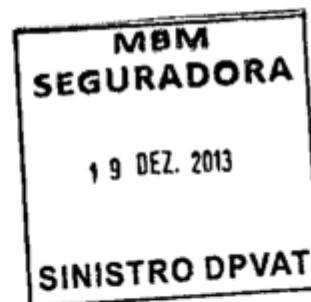
ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

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 Vestigio de Ingestão de Álcool? 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: 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: MARIA DA PIEDADE DA SILVA FLOR Sexo: Feminino Data de: 01/01/1975
Nome do Pai: JOSÉ ANDRÉ DA SILVA
Nome da Mãe: JOSEFA MACENA DA SILVA
Endereço: RUA ITAPORANGA, 702, TIBIRI II CEP: 58.000-000
Município/UF: SANTA RITA/PB Naturalidade: NACIONALidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: 21125817 Orgão Expedidor: SSP/PB Telefones: 83- 323172367
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?

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 06:02
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: Passageiro | Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: VALERIA RODRIGUES NUNES DA SILVA | Sexo: Feminino | 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: 027.404.664-47 | 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 | Usava Cinto? Não | Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não

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 TERENCIO 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

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: 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: Orgão 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

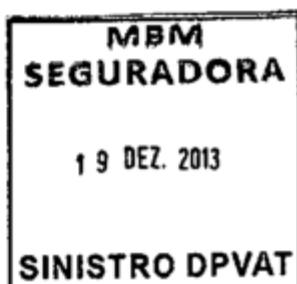
Transcrição da Declaração:

EU VINHA NO ÔNIBUS QUANDO ELE COMEÇOU A DAR PROBLEMAS EU SENTIR QUE NA PARTE DA FRENTES 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



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

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Véculo 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 Orgão 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/Apellido: 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: IMU/DML **Responsável pela Recepção:** DELEGADO ROBERTO JORGE
Documento do Responsável: 00000 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/09/2013 05:50
Município/UF: JOÃO 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

**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: 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 ORTOGRAUMA



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/Apellido: 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: JOÃO 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: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: EDIVANDO FRANCISCO DA SILVA **Sexo:** Masculino **Data de:** 14/04/1970
Nome do Pai: VENANCIO FRANCISCO DA SILVA
Nome da Mãe: ELVIRA SOARES DA SILVA
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 789.515.264-53 **Documento de Identificação:** 1446748 **Orgão Expedidor:** SSP/PB **Telefones:** 32538666;88259118
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 ORTOGRAUMA



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: GILMA KARLA DE MEDEIROS SPINELLY **Sexo:** Feminino **Data de:** 23/04/1982
Nome do Pai:
Nome da Mãe: IRACI DE MEDEIROS SPINELLY **Endereço:** **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 011.227.574-50 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:** 87537689
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/Apellido: PEDRO ALEXANDRE EVARISTO **Sexo:** Masculino **Data de:** 28/06/1967
Nome do Pai: MANOEL ALEXANDRE EVARISTO
Nome da Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO
Endereço: RUA COSMO LOPES DIAS, 01, JD PLANALTO **CEP:** 58.000-000
Município/UF: SANTA RITA/PB **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 554.413.864-87 **Documento de Identificação:** 1176972 **Orgão 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? 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 07:50
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: 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

M&M
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: INÉS 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 Envolvedo: 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/Apellido: 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 ORTOGRAUMA

**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: Orgão 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/Apellido: 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 **Orgão 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 ORTOGRAUMA



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 Véculo V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: MANUELLA GALDINO DA SILVA Sexo: Feminino Data de 09/03/1984
Nome do Pai:
Nome da Mãe: ASENLDA 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:

Perfumes:

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: VI/LCF-3787 /
Nome/Apellido: 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, TAMBAI CEP:
Município/UF: BAYEUX/PB Naturalidade: NACIONALIDADE: BRASIL
CPF: 040.108.004-88 Documento de Identificação: 25153342 Orgão Expedidor: SSP/PB Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução: Médio
Ocupação Principal: ESTIVADOR, CARREGADOR, EMBALADOR E ASSEMELHADOS 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

MEM
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/Apellido: JOSE MAYCON DA SILVA MENDONÇA Sexo: Masculino 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: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apellido: 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

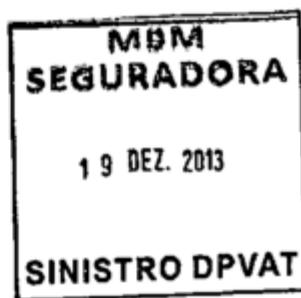
Transcrição da Declaração:

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): 26/09/2013 05:50
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOGRAUMA



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: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: ALBERTO ARAUJO CORREIA **Sexo:** Masculino **Data de:** 25/06/1979
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA ZILDA CORREIA
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 033.392.104-62 **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 05:55
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 Envolvedo: Passageiro | Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apellido: JOSE CARLOS DE SOUZA | Sexo: Masculino | Data de: 23/02/1967
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES S SOUZA
Endereço: | CEP:
Município/UF: | Naturalidade: | Nacionalidade: BRASIL
CPF: 603.544.454-72 | 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 06:01
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: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apellido: 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): 26/09/2013 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: JOSEANE SILVA DE SOUSA Sexo: Feminino Data de: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: BRASIL
CPF: _____ Documento de Identificação: _____ Orgão Expedidor: _____ Telefones: 99169070
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/Apellido: 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: Orgão 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: JOÃO 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 Véculo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: ELIANE MARIA DA SILVA Sexo: Feminino Data de: 26/11/1974
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DA PENHA DA SILVA
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 981.069.614-00 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 05:51
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

C1564650

Encerrada

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:**

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

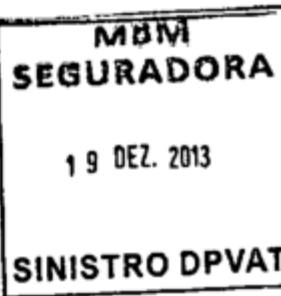
Transcrição da Declaração:

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 ORTOGRAUMA



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

C1564650

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

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:
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 ORTOGRAUMA

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 Envoltido: Passageiro Veículo / V1/LCF-3787 /
Nome/Apellido: MARCIANO RODRIGUES DE SILVEIRA Sexo: Masculino 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: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apellido: FRANQUEIDE 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

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /

Nome/Apellido: MARIA LUCIA PEDRO DOS SANTOS

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: Passageiro | Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apellido: JERONIMO ANDRADE DA COSTA | Sexo: Feminino | Data de: 21/05/1964
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA IRACI DE ANDRADE COSTA
Endereço: | CEP:
Município/UF: | Naturalidade: | Nacionalidade: BRASIL
CPF: 639.391.854-34 | 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 06:27
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: Passageiro **Veículo:** V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: MAURO RODRIGUES 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:** 86236162
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: e1f32000851b20da



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/Apellido: PEDRO DA COSTA Sexo: Masculino Data de:
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: Orgão 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

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro | Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: JULIO SOARES DE ALBUQUERQUE | Sexo: Masculino | Data de: 19/07/1988
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES SOARES DE ALBUQUEQUER
Endereço:
CEP:
Município/UF: | Naturalidade: | Nacionalidade: BRASIL
CPF: 056.118.424-02 | 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: 0000 | Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 07:57
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: Passageiro Veículo: V1/LCF-3787 /
Nome/Apelido: ROSIANE DE ANDRADE Sexo: Feminino Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones 88800552
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: ROSILENE FERREIRA DE 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: 88725517
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 ORTOGRAUMA

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/Apellido: TIAGO DO NASCIMENTO ALEXANDRE DA SILVA | Sexo: Masculino | Data de: 02/05/1988
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: MARINA DO NASCIMENTO ALEXANDRE DA SILVA
Endereço: _____ | CEP: _____
Município/UF: _____ | Naturalidade: _____ | Nacionalidade: BRASIL
CPF: 071.881.564-50 | Documento de Identificação: _____ | Órgão Expedidor: _____ | Telefones: 88543853
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: 0 | 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



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

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Avarias superficiais externas em revestimentos, pôr-choques, pôr-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 da união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
8	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes da 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 longarina.	M			
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M			
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M			
13	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G			
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G			
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	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 chassis termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G			

P: Item que individualmente implica em Dano Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano Grande Monta

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição da peça	Sim	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 Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P

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

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

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" 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



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	MAX 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 Fredeiros Spinelli, brasileiro (a),
estado civil casada, profissão Adv. de praz, RG nº
2907031, CPF nº 011.227.579-80, residente e domiciliado (a) ao
Logradouro: Rua Milton Ferreira, SN, Timbir,
Cidade de Santo Rita, Estado paraíba, CEP: 58300-000, telefone:
(83) 8753-7689 / 8745-3517, 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 Fredeiros Spinelli

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: 00000098112-9

Nr. da Autenticação 862D09203093E0FF



ALISON FELIX DE OLIVEIRA
RUA MILTON FERRAZ, 519 - TIBERI
SANTA RITA / PB CEP: 58300-000 (AG: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 4 - 9 - 908 - 6260
NF/medidor: 000000012475

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
B-230, Km-25 - Cidade Retenção - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-49 Insc Est 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°260892
Código para Diálogo Automático: 000117996618

0e01.2379 0e44 e497.381 884b e472.a4cd.

CCG (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 vermelha 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\$0,0100 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos.
Mais informações em www.tseeel.gov.br.

4292614437

Reflexo sem medir

	Data	Leitura	Data	Leitura	%	88	29
24/07/2013	46,97						
21/08/2013	40,88						
17/09/2013	55,55						

	Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
	Consumo em kWh	30	0,10612	3,18
	Consumo em kWh	58	0,19192	10,55

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,15
COFINS	0,70
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA	0,41
JUROS DE MORA 04/2013	1,09
JUROS DE MORA 08/2013	0,05
MULTA 04/2013	1,00
MULTA 08/2013	0,40
ICMS (Base de Cálculo R\$ 37,88 Alíquota 25,00%)	9,45

Ago/13	75						
Jul/13	142						
Jun/13	141						
Mar/13	138						
Abri/13	153						
Mar/13	148						
Fev/13	153						
Jan/13	135						
Dez/12	142						
Nov/12	129						
Out/12	155						
Sep/12	156						

Media dos últimos meses
129 kWh

17/09/2013

R\$ 28,36

7/2013 - Santa Rita

	Descrição	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	7,51	29,49	
DIG TRIMESTRAL	5,37	19,58	
DIG ANUAL	0,22	1,13	
FIC MENSAL	0,63	2,27	
FIC TRIMESTRAL	14,11	49,75	
FIC ANUAL	0,52	1,83	
DMC			
DCR			
	Total	28,36	
		100,00	

Valor do encargo da Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 7/2013) R\$ 18,68

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os 'DEBITOS ANTERIORES', já reavaliados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até 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\$13,67.
As demonstrações contábeis, societária e regulatória, estão disponíveis na internet.
Reduzido Tarifa-Vigência: 29/08/2013 - Renda ANEEL nº1592-Residencial - 3,80% Médio
Reduzido Tarifa-Vigência: 29/08/2013 - Renda ANEEL nº1592-Outras Classes - 2,59% Médio
Em outubro, estudantes de Eng. Elétrica se reuniram em João Pessoa, www.mr2013.com
- Leitura confirmada

MBM
SEGURADORA

19 DEZ. 2013

SINISTRO DPVAT

PARÁBA

RECÍTIO

TOTAL

Roteiro: 4 - 9 - 908 - 6260
Matrícula: 1179966-2013-09-7

17/09/2013

R\$ 28,36

83690000000-8 28360054000-1 11799662013-8 0970009019-7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilmara Karla de Medeiros Spinelly,
CNI nº 05057817227 data de expedição 01/11/2011, Órgão Dotran - PB

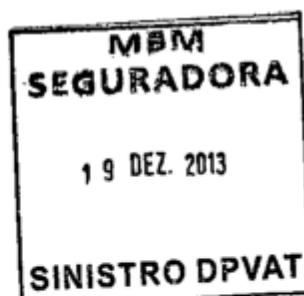
CPF nº 011.227.579-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Eulônio Ferros</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Tibiri</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-000</u>
Telefone de Contato	<u>8753-7683</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30/09/13

Assinatura do Declarante: Gilmara Karla de Medeiros Spinelly





12/51
15/12

CERTIDÃO

Nº. 2224/2013



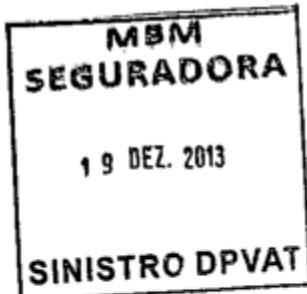
Atendendo solicitação do senhor Leonardo Junior Silva de Souza e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de Novembro de 2013

Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



a e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nr: 573334

Ortopedia 8:00

Dor + edema + escoriações no
MSE. a pos trauma (capotamento)
em onibus h6 t 26).

a e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Rx si simans di frature

OD: Tivilafil 500mg + AD IV leito
- cronicos
Alta Ortopedia

Alta Ortopedia
08/10/2013
08/10/2013

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

: Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DADO DO PACIENTE

Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
Sita a pedido [] Enfermaria [] Obito: [] Atestado [] SVO []

MBM
SEGURADORA
TML

19 DEZ. 2013

SINISTRO DRVAT

Assinatura do Paciente/Responsavel

0301060096

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS

8020072
5020093





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

Dígito 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.

