

# 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: 21/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04266-8

CONTA: 000000007308-3

---

Nr. da Autenticação E3ED142788B0D712

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014830659 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SIRLY CARLOS DE CASTRO **Data do acidente:** 10/03/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
NOGUEIRA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** DOR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANATO TIBIAL ESQUERDO ( REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE )  
EM 01/04/2014

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 373

**UF do CRM do médico:** AC

## DANOS

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

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2014

Carta nº: 5504751

A/C: SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA

Sinistro: 2014830659  
Vítima: SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA  
Data Acidente: 10/03/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000004266-8**

Conta: **000007308-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014329325 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RAMAL BOM JESUS n° 973 - ZONA RURAL - RIO BRANCO/AC**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 0264271 - SSP**  
Data local do exame: **23/05/2014 RIO BRANCO/AC**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)

☒ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em **90** dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

#### PERMANECE EM TRATAMENTO ORTOPEDICO SEM CARGA TOTAL, DEAMBULANDO COM DUAS MULETAS

Local e data de realização do exame médico legal:

**AC - RIO BRANCO, 23/05/2014**

**Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM**

  
Julio Cesar F. de Queiroz  
Médico  
CRM 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014830659 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RAMAL BOM JESUS nº 973 - AREA RURAL - RIO BRANCO/AC**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 264271 - SSP**  
Data local do exame: **13/10/2014 RIO BRANCO/AC**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANATO TIBIAL ESQUERDO ( REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE ) EM 01/04/2014

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### DOR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

#### JOELHO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**AC - RIO BRANCO, 13/10/2014**

**Médico Perito: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA CRM: 373/AC**

  
JOSE ROBERTO P. OLIVEIRA  
CRM 373 AC

Assinatura do perito Examinador - CRM



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, SIRLY CARLOS DE CASTRO NOBUEIRA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 05701249786 EXPEDIDO POR SSPIAC EM 04/02/2014  
 CPF 515189756812-010 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SIRLY CARLOS DE CASTRO NOBUEIRA 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.

! 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](http://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 4260-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 7.308-3

☐ 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 \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL Rio Branco LAC DATA 14/04/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Sirly Carlos de Castro Nobueira

! 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

33

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
14/04/2014 AUTO-ATENDIMENTO 14.32.48  
837471717 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE  
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: SIRLY CARLOS C NOGUEIRA  
AGENCIA: 4266-8 7.308-3

SALDO 1.371,15C

	DISPONIVEL	371,15C
JUROS	0,00 IOF	0,00

===== BOMPRATODOS =====

Para informacoes sobre credito parcelado,  
procure a sua agencia de relacionamento.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informacoes.

RECEBIMOS 04 ABR 2014



1004026

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 1ª REGIONAL - 1ª DPCR  
Endereço: EPAMINONDAS JACOME CADEIA VELHA - 69900-115, Fone:  
(68)3223-2857 \ (68)3223-2703.

OCORRÊNCIA Nº: 4832/2014 - Registrado em 11 de Abril de 2014 às 17:14h

# FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 10/03/2014 às 16:57hs, Segunda-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

**Mensagem Obrigatória:** "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

## LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradouro:	FLORIANO PEIXOTO	Nº:	CEP: 69908-030
Bairro:	CENTRO	TP de Local:	VIA URBANA
Referência:	PROXIMO AO INSTITUTO SAO JOSE		

## ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA (37), do sexo feminino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 264271/SSPAC, CPF: 558.975.682-00, nascida em 08/06/1976, PAI: ADAO CARLOS NOGUEIRA e MÃE: BARBARA HELIODORA DE C NOGUEIRA, Endereço: LUIZ FERNANDO VERISSIMO, 973 - Bairro: VILA ACRE - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9974-1883 / 9228-8320.

VEÍCULO(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
Placa: MZV-8679	Apurar	
Renavam: 904224252		
Chassi: 9C2JA04207R019815		
Cor: PRETA		
Modelo/Marca: BIZ 125 ES/HONDA		
Ano: 2006/2007		

## ENVOLVIMENTO: AUTOR

HUMBERTO MORAIS DE FONTINELLE (35), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, nascido em 30/04/1978, natural de Rio Branco - AC, Endereço: TANGARA, 168 - Bairro: ESTACAO EXPERIMENTAL - CEP: 69912-000 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9985-6469.

OBJETO(S) / COISA(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
AUTOMOVEL	Apurar	
Numero:		
Quantidade: 1		
Obs: FIAT/ FIORINO PLACA OVG4881		

## HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Segundo BO da PM: INFORMAMOS A VOSSA SENHORIA QUE FOMOS ACIONADOS PELO CIOSP PARA ATENDER UMA OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NA RUA FLORIANO PEIXOTO EM FRENTE A CHURRASCARIA TRIANGULO ENVOLVENDO UM VEICULO FIAT PALIO PLACA OVG-4881 CONDUZIDO PELO SR. HUMBERTO MORAIS DE FONTENELLE ( AUTOR ) E UMA MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 CONDUZIDA PELA SRA. SIRLEY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA ( VITIMA ). A VITIMA FOI CONDUZIDA PELO SAMU AO PRONTO SOCORRO COM ESCORIOCOES LEVES PARA SE SUBMETER A EXAMES RADIOLOGICOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS MEDICOS. INFORMAMOS AINDA QUE NAO FOI REALIZADO PERICIA TECNICA NO LOCAL DENDO EM VISTA QUE O LOCAL ESTAVA TOTALMENTE DESCARACTERIZADO, FOI CONFECCIONADO O BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO - BAT NR. 044670.





ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 1ª REGIONAL - 1ª DPCR  
Endereço: EPAMINONDAS JACOME CADEIA VELHA - 69900-115, Fone:  
(68)3223-2857 \ (68)3223-2703.

*OCORRÊNCIA Nº: 4832/2014 - Registrado em 11 de Abril de 2014 às 17:14h*

---

---

DENISE PINHO DE ASSIS PEREIRA  
DELEGADA DE POLÍCIA CIVIL

---

ANDERSON AMORIM LIMA  
ATENDENTE

---

SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA  
COMUNICANTE

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

*Flaviano Peixoto*

03 MUNICÍPIO

04 UF

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

*Antiga Rua Federal*

06 HORA DA OCORRÊNCIA

*16:57*

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

*11/03/11*

09 DIA DA SEMANA

*Segunda*

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1  
COLISÃO ☐ 3  
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5  
CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7  
OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☐ 1  
CONCRETO ☐ 3  
PARALELEPÍPEDO ☐ 5  
CASCALHO ☐ 7  
TERRA ☐ 9  
AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☐ 1  
MOLHADA ☐ 3  
OLEOSA ☐ 5  
ELAMEADA ☐ 7  
DANIFICADA ☐ 9  
OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☐ 1  
CHUVA ☐ 3  
NEBLINA ☐ 5  
GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

*02*

15 Nº DE VÍTIMAS

*01*  
SEM VÍTIMAS ☐  
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

*Suley Carlos de Castro Aguiar*

17 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

18 NASCIMENTO

*08/10/1976*

19 ENDEREÇO

*Ramal Pompesius S/N Vila Idre 63-9974-1883*

20 1ª HABILITAÇÃO

*31.01.2013*

21 CATEGORIA

*A*

22 PRONTUÁRIO

*05701244+86*

23 UF

*AC*

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

*Honda 130 125*

28 ESPÉCIE

*Passageiro*

29 PLACA

*HZV 8679*

30 MUNICÍPIO

*Rec. Branco*

31 UF

*AC*

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

*o mesmo*

33 ENDEREÇO

*o mesmo*

34 CHASSIS

*9C2JA04207R019851*

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

36 AVARIAS

*Pequena mancha lateragem*

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

*Centro - Baixo*

40 AÇÃO DO CONDUTOR

*Conduzida, da P.S.*

PONTOS  
37 CARRO   
38 MOTO   
41 EXAME ALCOOLICO REALIZADO  
SIM ☐ NÃO ☐  
RAF

42 NOME CONDUTOR

*Humberto Marais de Fontimelle 9985 6469*

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

*13/10/1978*

46 ENDEREÇO

*Cent. Tangara nº 168 Bloco Experimental Rua 1100 Edmundo Pinto*

48 1ª HABILITAÇÃO

*10.10.1996*

47 CATEGORIA

*AB*

49 PRONTUÁRIO

*01047913026*

49 UF

*AC*

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

*Fiat Fiorino*

54 ESPÉCIE

*Carga*

55 PLACA

*OVU 4881*

56 MUNICÍPIO

*Rec. Branco*

57 UF

*AC*

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

*o mesmo*

59 ENDEREÇO

*o mesmo*

60 CHASSIS

*9B0265122E9000392*

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

62 AVARIAS


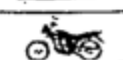
*51 Lâminas*

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

*Baixo - Centro*

66 AÇÃO DO CONDUTOR

*Permaneceu no local*

PONTOS  
63 CARRO   
65 MOTO   
67 EXAME ALCOOLICO REALIZADO  
SIM ☐ NÃO ☐  
RAF

68 NOME

*Alves*

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

RECEBIDO 30-08-2011  
COMPRE  
COM O ORIGINAL  
24 03 11

VÍTIMAS	82 NOME	Simey Carlos Costa Paqueta			83 SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	16/10/1977
	85 ENDEREÇO	Ramal Bom Jesus Vila Lacer			86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO N°	1
	88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG. <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA		Ponto Sacerdote			
	91 NOME				92 SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO	
	94 ENDEREÇO				95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO N°	
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG. <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA					

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL  
M. 29.03.14

Alessandro  
Divisão  
Hidráulica

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Houve acidente no local onde U<sub>1</sub> paga U<sub>2</sub> informe ainda que não foi possível realizar perito no local estava descaracterizada U<sub>2</sub> foi retificada por contrabando proibida

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	U <sub>1</sub>	103 MOTORISTA	U <sub>2</sub>	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	1º Bpm	
105 NOME		106 NOME	Humberto Marais	107 NOME / RG	Rayara 3756	
108 ASSINATURA		109 ASSINATURA	Humberto	110 ASSINATURA	Rayara da Costa	
111 LOCAL	R. Branco, LCC				112 DATA	12/10/2014