

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

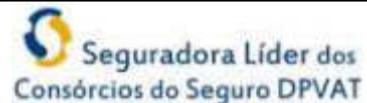
BANCO: 001

AGÊNCIA: 04266-8

CONTA: 00000007308-3

Nr. da Autenticação E3ED142788B0D712

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 CIRÚRGICO 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 n°: 5504751

A/C: SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA

Sinistro: 2014830659
Vitima: 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%

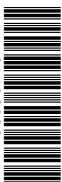
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 nº 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 complicações.

TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS

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.

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 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 Furtado 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 Vítimas 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 complicações.

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, nº1º 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)

Região Corporal(Sequela)

JOELHO ESQUERDO

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.

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 N° 05701244786 EXPEDIDO POR SSP/LAC EM 04/02/2014
 CPF 515.819.756-812-00 /CNPJ 00000000-0000-00, 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);

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 00000000 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA 4280-8 (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 DESCRIAS, 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

BB

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

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

RECEBIDO 2 ABR 2014

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

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



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 N°: 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

LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 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".

LOCAL

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

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA (37), do sexo feminino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG N°: 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): 9985-6468

OBJETO(S) / COISA(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
AUTOMÓVEL	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 ESCORIACOES 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 CONFECIONADO O BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO - BAT NR. 044670.

ACEBIDU 30/03/2014



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

ANDSON AMORIM LIMA
ATENDENTE

SIRLY CARLOS DE CASTRO NOGUEIRA
COMUNICANTE

**BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO**

01 NÚMERO BAT

044670

NÚMERO FOLHA

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

03 MUNICÍPIO

04 UF

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...
Antiga Rodovia Federal

06 HORA DA
OCORRÊNCIA
16:57

07 ZONA
RURAL / URBANA

08 DATA
11/03/14

09 DIA DA SEMANA
Segundo Cr

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
- PARALELEPIPEDO 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 N.º DE VEÍCULOS

02

15 N.º DE VÍTIMAS

01
SUSUMITMAS
SOM VÍTIMAS

16 NOME CONDUTOR

Silvay Carlos de Castro Rego

17 SEXO

M 1 F 3

18 NASCIMENTO

01/01/1983

19 ENDEREÇO

Ramal Bom Jesus S/N Vila Idore 68-9972-1883

20 1ª HABILITAÇÃO

31/01/2013

21 CATEGORIA

A

22 PRONTUÁRIO

05701344785

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 150 125

28 ESPÉCIE

Passeio

29 PLACA

HRV 8679

30 MUNICÍPIO

Palmeira do Norte

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

lo mesmo

33 ENDEREÇO

lo mesmo

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM

NÃO

34 CHASSIS

9C2TJ104207R010851

36 AVARIAS

Pequena manutenção / carregagem

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Centro - Bauru

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Conduzia da q.p.s.

42 NOME CONDUTOR

Humberto Marais da Fontenelle 998564609

43 SEXO

M 1 F 3

44 NASCIMENTO

13/10/1914 7181

16 ENDEREÇO

Centro Tangara nº 168 Rua Fazenda Experimental Baci / bairro Sermundão Pinto

46 1ª HABILITAÇÃO

10/10/1996

47 CATEGORIA

M8

48 PRONTUÁRIO

01047919026

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

OUV 4881

56 MUNICÍPIO

Brancal

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

lo mesmo

59 ENDEREÇO

lo mesmo

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM

NÃO

60 CHASSIS

9B0265122E9000392

62 AVARIAS

S1 Corruas

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Centro - Centro

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no local

68 NOME

Alessandro

69 SEXO

M 1 F 3

70 NASCIMENTO

13/03/1981

71 ENDEREÇO

Divisão

72 IDENTIDADE Nº

03123456789

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

Divisão

76 SEXO

M 1 F 3

77 NASCIMENTO

13/03/1981

78 ENDEREÇO

Divisão

79 IDENTIDADE Nº

03123456789

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

TESTEMUNHAS

Nº

NP

CP

CF

RG

IN

SC

SP

PR

RS

MG

ES

BA

PE

AL

RO

MT

GO

DF

AC

RR

AP

PA

TO

MA

PI

CE

PB

RN

ES

SE

AL

BA

SE

TO

MA

PI

CE

ES

SE

TO

VITIMAS	82 NOME Suely Carlos Costa da Paixão	83 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 16/01/1987
	85 ENDEREÇO Ronaldo Benedito Jesus / Vila Cacre	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEÍCULO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA Pimenta Seca / CE	88 USAVA CI SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	91 NOME 94 ENDEREÇO	92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO 97 USAVA CH SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEÍCULO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
	99 CONDUZIDA PARA		

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

U1. Informe ainda que não foi possível identificar perito no local, estava descharakterizado.

U2. foi multiplicada para identificação pratica

RECEBIDO

2014

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA

U1

103 MOTORISTA

U2

104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO

18 Bpm

105 NOME

106 NOME

107 NOME / RG

108 ASSINATURA

109 ASSINATURA

110 ASSINATURA

111 LOCAL

112 DATA

Humberto Marques
Humberto

Rua Branca, 100

11/01/2011