



Número: **0001418-68.2014.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **06/03/2014**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro**

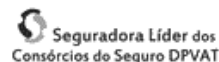
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILMA KARLA DE MEDEIROS SPINELLY (AUTOR)		MARCILIO FERREIRA DE MORAIS (ADVOGADO)	
		LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO)	
Massa Falida da Federal de Seguros S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34590390	22/09/2020 10:47	<a href="#">2750818_CONTESTACAO_Anexo_022</a>	Outros Documentos

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013827002

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** GILMA KARLA DE  
MEDEIROS SPINELLY

**Data do acidente:** 28/09/2013

**Emissor do  
parecer:** Kelly Nicolau  
Rodrigues

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Prestadora:** Visão Médica Ltda

**CRM do médico:** 436856

### PARECER

**Data da análise:** 07/01/2014

**Valoração do** 0,00

**IML:**

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE BRAÇO ESQUERDO

**Resultados** COM SEQUELA  
**terapêuticos:**

**Sequelas** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO  
**permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos**  
**complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** REGINALDO WANIS

**UF do CRM do** RJ  
**médico:**

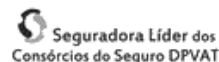
### DANOS

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

**Valor avaliado:** 2.362,50



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013827002

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** GILMA KARLA DE  
MEDEIROS SPINELLY

**Data do acidente:** 28/09/2013

**Emissor do  
parecer:** Marcus Vinicius  
Carvalho Freire

**Seguradora:** MBM SEGURADORA  
S/A

**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas  
de Saude Ltda.

**CRM do médico:** 4518

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MSE

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

**Resultados  
terapêuticos:** TT CONSERVADOR

**Sequelas  
permanentes:** DANO LEVE DO MSE

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 30/01/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** João Bartolomeu Pinto Rabelo

**UF do CRM do  
médico:** PB

### DANOS

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

**Valor avaliado:** 2.362,50





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, Guilherme Karla de Medeiros Spinelly  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 0505781722 EXPEDIDO POR Polícia - PB EM 01/11/2011 E  
 CPF 0910227549-50 (CNP) 00000000000000000000 - 00 PROFISSÃO aux. de prod.  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se (R) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO /  
 REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Guilherme 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](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 \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITALU  
 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 \_\_\_\_\_

SEGURADORA

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

LOCAL

João Pessoa

DATA

30/09/13

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Guilherme 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](http://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 Vitimas do Seguro DPVAT

### Informações do Acidente

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

### Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

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

☒ Sim    ( ) Não    ( ) Prejudicado

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

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

**Resposta: Membro superior esquerdo.**

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

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

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

( ) Sim    ☒ Não

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

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

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

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

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

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

Com base no exame médico se pode documentar:

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



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

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

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

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

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

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

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou 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	<b>1ª Lesão</b>	<b>25% (leve)</b>
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




 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>	83080810
	<b>Comunicação:</b>	C1564650
	<b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b>	Encerrada

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

**DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA**

PRF: 1069717 - GILSANDRO SANTOS COSTA Data/Hora do Acidente (hora local): 28/09/2013 04:45 BR: 230 KM: 28,8

Município/UF: JOAO PESSOA/PB Tipo de Acidente: Tombamento Sentido da Via: Decrescente

Fase do dia: Amanhecer Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente

Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Não funciona Condição meteorológica: Céu Claro

Houve danos ao patrimônio da União? Não

Houve solicitação de perícia? Não

A perícia compareceu ao local do sinistro? Não

Data e horário da solicitação:

Data e horário do:

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:**

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:**

Houve danos ao ambiente? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:**



**CONDIÇÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 3,2

Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Danificada(o) Possui sarjeta? Não existe

Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 0,8 Tipo de Inclinação: Depressão

Obstáculo ao Cruzamento: Outro Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Via Lateral

Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

**TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:**



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

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

**NÚMERO DE CONTROLE:** e1f32000851b28da

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 47





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

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

**CROQUI**

**Local Preservado**

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
X	0	2	1,4	4,5	10,3	34,6
Y	4,9	4,6	13,2	1,55	9,55	4

medidas em metros

**LEGENDA:**

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

**BR 230**

**SANTA RITA/PB** ← **JOÃO PESSOA/PB** →

Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_

Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_

Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

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

**Narrativa da Ocorrência:**

Conforme averiguações feitas no local do acidente ocorrido na BR 230, Km 28,8, por volta das 04h45min, município de João Pessoa-PB, levantamos que o V1, M.BENZ/CIFERAL CITMAX U, de placas LCF-3787/PB, seguiu 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 tombor 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 atritamento metálico compatíveis com a parte inferior da lateral posterior esquerda do V1.

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

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

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

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




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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 47



 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>	83080810
	<b>Comunicação:</b>	C1564650
	<b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b>	Encerrada

<b>VEÍCULOS ENVOLVIDOS</b>	
Placa: LCF-3787	Sequencial: V1
Descrição: [ ]	Chassi: 98M3840785B426659
Renavam: 008565805	
Marca/Modelo: M.BENZ/CIFERAL CITIMAX 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: [ ]
<b>COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA</b>	
Placa U1: [ ]	Placa U2: [ ]
Placa U3: [ ]	Placa U4: [ ]
Origem: SANTA RITA/PB - BRASIL	Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL
<b>CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO</b>	
Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo	Salida 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 FELIX, MATRÍCULA 159983-6, MEDIANTE TERMO ANEXO RRDD N	
<b>DADOS DA CARGA</b>	
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	
<b>ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO</b>	
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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 47



 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>	83080810
	<b>Comunicação:</b>	C1564650
	<b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b>	Encerrada

<b>CONDUTOR ENVOLVIDO</b>	
Veículo: VI/LCF-3787	
Nome/Apelido: ROBERVAL PAIVA DA SILVA	
Data de Nascimento: 08/05/1971	Sexo: Masculino Estado Civil:
Nome do Pai: MANOEL SILVANO DA SILVA	
Nome da Mãe: DORALICE DE PAIVA	
Endereço:	CEP:
Município/UF:	Telefones: Grau de Instrução:
Naturalidade: JOAO PESSOA/PB	Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: MOTORISTA PROFISSIONAL
CPF: 806.255.414-72	Documento de Identificação: 1502144
Orgão Expedidor: SSP /BA	
Origem: SANTA RITA/PB - BRASIL	Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL
Estado Físico: Lesões Leves	Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Sim	Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:	
SAIR DA GARAGEM DE 03:30 DA MADRUGADA SEGUINDO PARA O HEITEL SANTIAGO PARA DA INICIO A PRIMEIRA VIAGEM, COM DESTINO SANTA RITA DISTRITO, QUANDO IA NA BR 230 PROXIMO AS TRÊS LAGOA, COM APROXIMADAMENTE 50 PASSAGEIROS, QUANDO COMEÇOU A SENTIR UM GRANDE BARULHO QUANDO A DIANTEIRA CHEGOU A BAIXAR TÃO RÁPIDO, QUE O SEMI EIXO DIANTEIRO SE DESLOCOU PARA A TRASEIRA DO ÔNIBUS AI CHEGOU A ARRASTAR A FRENTE DO ÔNIBUS E A COLIDIR COM O POSTE E VEIO O VIRAMENTO DESTE VEÍCULO, E SAIR ARREMESSADO PELO PARA-BRISA DIANTEIRO, COM O IMPACTO FIQUEI DESACORDADO. GOSTARIA DE VER AS IMAGENS DA CÂMARA DE SEGURANÇA DO ÔNIBUS.	
Condutor é Habilitado? Sim	Categoria CNH: D Registro CNH: 01452084107/PB Primeira Habilitação: 21/09/2000
Validade CNH: 24/10/2017	País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 38,0 Horas Dirigindo: 01:20
Pertences:	
Informações Complementares:	
<b>ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR</b>	
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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 47



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:47:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210473109500000033072975>  
 Número do documento: 20092210473109500000033072975

Num. 34590390 - Pág. 11



**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: ☐ Masculino ☒ 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 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones: 83- 323172387  
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 06:02  
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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 47





**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:** ☐ Masculino ☒ 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 **Orgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 47





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

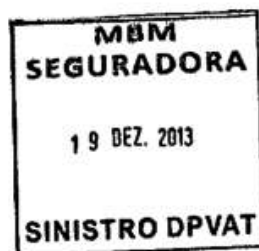
Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo: V1/LCF-3787 /  
Nome/Apelido: AURICEIA DA SILVA TEIXEIRA Sexo: Feminino Data de: 20/04/1965  
Nome do Pai: VALDEMAR TEIXEIRA  
Nome da Mãe: EDELVACY DA SILVA TEIXEIRA  
Endereço: RUA MAJOR TEREÇIO FERREIRA, 365, BAIRRO POPULAR, CEP:  
Município/UF: SANTA RITA/PB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

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



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


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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 47





 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>	83080810
	<b>Comunicação:</b>	C1564650
	<b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b>	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 FRENTE COMEÇOU A DESPRENDER DO ÔNIBUS QUE ESTAVA LÁ ATRÁS O ÔNIBUS COMEÇOU E PARA DIREITA ... QUANDO ELE VIROU EU TENTAVA SAIR QUERENDO AJUDAR AS PESSOAS.

Pertences:

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

Tipo de Receptor:  Hospital Responsável pela Recepção:  HETSHL

Documento do Responsável:  000 Data/Hora da Recepção (hora local):  28/09/2013 08:15

Município/UF:  JOAO PESSOA/PB Motivo:  Socorro

Descrição do Encaminhamento:  SOCORRIDO PELO SAMU



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


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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 47





 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>	83080810
	<b>Comunicação:</b>	C1564650
	<b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b>	Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Tipo de Envolvido:  Veículo:

Nome/Apelido:  Sexo:  Data de:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:  CEP:

Município/UF:  Naturalidade:  Nacionalidade:

CPF:  Documento de Identificação:  Orgão Expedidor:  Telefones:

Estado Civil:  Grau de Instrução:

Ocupação Principal:  Origem:  Destino:

Estado Físico:  Socorrido pela PRF?  Usava Cinto?  Usava Capacete?

Existe Declaração em Anexo?

**Transcrição da Declaração:**

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:  Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:  Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF:  Motivo:

Descrição do Encaminhamento:



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 9 de 47





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

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

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

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

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 10 de 47





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 ☐ Masculino 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 ☐ Casado 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 ☐ Sim  
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 11 de 47





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/ACF-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: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Telefones: 88605819  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_  
Ocupação Principal: \_\_\_\_\_ Origem: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_  
Estado Físico: ☐ Lesões Leves ☐ Socorrido pela PRF? ☐ Não ☐ Usava Cinto? ☐ Não ☐ Usava Capacete? ☐ Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não ☐  
Transcrição da Declaração: \_\_\_\_\_

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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




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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 12 de 47



 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>	83080810
	<b>Comunicação:</b>	C1564650
	<b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b>	Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

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

Nome/Apelido:  CARLA CRISTINA DA SILVA ALVES Sexo:  Feminino Data de  07/06/1984

Nome do Pai:  AILTON BENEDITO DA SILVA

Nome da Mãe:  MARIA JOSÉ DA SILVA

Endereço:  RUA HERMENEGILDO GOMES, 35 A, TIBIRI II CEP:

Município/UF:  SANTA RITA/PB Naturalidade:  Nacionalidade:  BRASIL

CPF:  051.847.334-18 Documento de Identificação:  2727428 Órgão 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 08:14

Município/UF:  JOAO PESSOA/PB Motivo:  Socorro

Descrição do Encaminhamento:  SOCORRIA PELO SAMU



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 13 de 47





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 ☐ Feminino 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 Órgão 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 ☐ Sim  
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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 14 de 47





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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 15 de 47





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

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo ☐ V1/LCF-3787 /  
Nome/Apelido: PEDRO 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 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones:  
Estado Civil: Casado Grau de Instrução: Fundamental  
Ocupação Principal: Origem: Destino:  
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? ☐ Não Usava Cinto? ☐ Não Aplicável Usava Capacete? ☐ Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo? ☐ 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 16 de 47







**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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 17 de 47





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

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

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

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

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 18 de 47





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

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

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo: V1/LCF-3787 /  
Nome/Apelido: MARINALVA PAULINO DE MELO Sexo: ☐ Feminino ☐ Data de: 15/09/1970  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DE LIMA  
Endereço: RUA DR. NAPOLEÃO, 464, CENTRO CEP: 58.000-000  
Município/UF: BAYEUX/PB Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: ☐ BRASIL  
CPF: 024.215.254-62 Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Órgão 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




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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 19 de 47



 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>	83080810
	<b>Comunicação:</b>	C1564650
	<b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b>	Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

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

Nome/Apelido:  JAILSON SILVA DA FONSECA Sexo:  Masculino Data de  03/04/1973

Nome do Pai:

Nome da Mãe:  MARIA DO CARMO SILVA DA FONSECA

Endereço:  CEP:

Município/UF:  Naturalidade:  Nacionalidade:  BRASIL

CPF:  928.276.084-72 Documento de Identificação:  Órgão Expedidor:  Telefones  88545087

Estado Civil:  Grau de Instrução:

Ocupação Principal:  Origem:  Destino:

Estado Físico:  Lesões Leves Socorrido pela PRF?  Não Usava Cinto?  Não Usava Capacete?  Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo?  Não

Transcrição da Declaração:

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

Tipo de Receptor:  Hospital Responsável pela Recepção:  NÃO INFORMADO

Documento do Responsável:  00000 Data/Hora da Recepção (hora local):  28/09/2013 05:50

Município/UF:  JOAO PESSOA/PB Motivo:  Socorro

Descrição do Encaminhamento:  REMOVIDO PARA O HOSPITAL ORTOTRAUMA



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

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

**NÚMERO DE CONTROLE:**  e1f32000851b28da

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 20 de 47





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:  
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL CEP:  
CPF: 345.217.554-53 Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones  
Estado Civil: Grau de Instrução:  
Ocupação Principal: Origem: Destino:  
Estado Físico: ☐ Lesões Graves ☐ Socorrido pela PRF? ☐ Não ☐ Usava Cinto? ☐ Não Aplicável ☐ Usava Capacete? ☐ Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não  
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: ☐ Hospital ☐ Responsável pela Recepção: HETSHL  
Documento do Responsável: 000000000000000000000000 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2013 05:20  
Município/UF: JOAO PESSOAPB 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 21 de 47





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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

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

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 22 de 47





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

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 23 de 47





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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

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

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 24 de 47







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 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: Órgão 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:

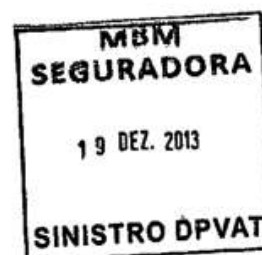
Pertences:

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 25 de 47





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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

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

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 26 de 47





**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: Órgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 27 de 47





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: \_\_\_\_\_ Órgão 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: \_\_\_\_\_

Pertencos:

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 28 de 47





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 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: \_\_\_\_\_ Órgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 29 de 47





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

**OCORRÊNCIA:** 83080810

**Comunicação:** C1564650

**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

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

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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

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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 30 de 47





**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: Órgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 31 de 47





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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

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

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 32 de 47







**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:  V1ACF-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:  Órgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 33 de 47





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

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

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

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

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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



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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 34 de 47





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

**OCORRÊNCIA:** 83080810

**Comunicação:** C1564650

**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Tipo de Envolvido:  Passageiro Veículo:  V1/LCF-3787 /  
Nome/Apelido:  MARCELO FRANCISCO DOS SANTOS Sexo:  Masculino Data de  30/11/1984  
Nome do Pai:   
Nome da Mãe:  MARIA JOSE APOLINÁRIO DOS SANTOS  
Endereço:  CEP:   
Município/UF:  Naturalidade:  Nacionalidade:  BRASIL  
CPF:  078.010.864-10 Documento de Identificação:  Orgão Expedidor:  Telefones  86479307  
Estado Civil:  Grau de Instrução:   
Ocupação Principal:  Origem:  Destino:   
Estado Físico:  Lesões Leves  Socorrido pela PRF?  Não  Usava Cinto?  Não  Usava Capacete?  Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo?  Não   
Transcrição da Declaração:

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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

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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 35 de 47





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:  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:  Órgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 36 de 47





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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido:  Passageiro Veículo:  V1/LCF-3787 /  
Nome/Apelido:  FRANQUILEIDE RAPOSO Sexo:  Feminino Data de  28/07/1977  
Nome do Pai:   
Nome da Mãe:  OLIVIA GOMES  
Endereço:  CEP:   
Município/UF:  Naturalidade:  Nacionalidade:  BRASIL  
CPF:  024.757.504-64 Documento de Identificação:  Órgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 37 de 47





**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 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: Órgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 38 de 47





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

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

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

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

**Pertences:**

**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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

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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 39 de 47





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:  Órgão 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: 81f32000851b28da

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 40 de 47





 <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais <b>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>OCORRÊNCIA:</b>	83080810
	<b>Comunicação:</b>	C1564650
	<b>* STATUS DA OCORRÊNCIA:</b>	Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

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

**Pertences:**
**Informações Complementares:**

DADOS FORNECIDOS PELO HOSPITAL ORTOTRAUMA

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

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

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

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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 41 de 47



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:47:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210473109500000033072975>  
 Número do documento: 20092210473109500000033072975

Num. 34590390 - Pág. 48



**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:  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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 42 de 47





**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:  
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: ☐ BRASIL CEP:  
CPF: Documento de Identificação: Órgão 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 do 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 43 de 47





**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: Órgão 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 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 44 de 47





**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/CF-3787 /  
Nome/Apelido: 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: \_\_\_\_\_ Orgão 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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 45 de 47





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

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

### RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM ÔNIBUS E MICROÔNIBUS

Veículo: V1 / M.BENZ/CIFERAL CITMAX U Placa: LCF-3787  
Nome do Agente/Assinatura: GILSANDRO SANTOS COSTA N° BOAT: 83080810  
Registro/Matrícula do Agente: 1069717 Data: 28/09/2013 04:45

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

#### ITENS NÃO PONTUÁVEIS

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

#### CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

- ☒ Dano de Pequena Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P  
☐ Dano de Média Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M  
☐ Dano de Grande Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

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

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

Observações:

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

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

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

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

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

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: e1f32000851b28da

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 46 de 47



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:47:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210473109500000033072975>  
Número do documento: 20092210473109500000033072975

Num. 34590390 - Pág. 53



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

OCORRÊNCIA: 83080810

Comunicação: C1564650

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM ÔNIBUS E MICROÔNIBUS

Veículo: V1 / M.BENZ/CIFERAL CITMAX U

Placa: LCF-3787

Nome do Agente/Assinatura: GILSANDRO SANTOS COSTA

Nº BOAT: 83080810

Registro/Matricula do Agente: 1069717

Data: 28/09/2013 04:45



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

MDR  
SEGURADORA  
19 DEZ 2013  
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

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 47 de 47







## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilma Karla de Medeiros Spinelly, brasileiro (a),  
estado civil casada, profissão adv. de procl, RG nº  
2967011, CPF nº 011.227.579-50, residente e domiciliado (a) ao  
Logradouro: Rua Milton Ferraz, SN, Tuburu  
Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58300-000, telefone:  
(83) 8753-7689, 875-3517, declaro, sob as penas da lei, que  
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins  
de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza  
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias  
com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

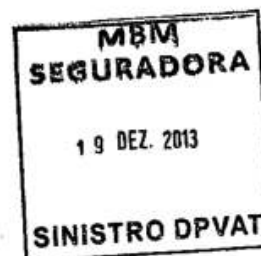
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não  
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de  
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Gilma Karla de Medeiros Spinelly

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

João Pessoa, 30 de Setembro de 2013





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: GILMA KARLA DE MEDEIROS SPINELLY

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000098112-9

---

---

Nr. da Autenticação 862D09203093E0FF



CUMPROVANTE DE RESIDENCIA

"1004040"

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

Classificação: RESIDENCIAL / BANDA RENDIMENTO MONOFÁSICO  
Roteiro: 4 - 8 - 908 - 8260 Referência: Set / 2013  
Nº medidor: 0000012473 Emissão: 10/09/2013

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-220, Km 25 - Casteleto - João Pessoa/PB - CEP 58071-080  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 250802  
Código para Débito Automático: 0001179966-5

0e01.2379 0e44 e497.389 0e4b e472 e4cd.

CDC (Código do Consumidor) 5/1179966-5

Set / 2013

10/09/2013

09/10/2013

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
- A partir de 2014 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Setembro vigorará a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicará R\$10,00 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

4292614437

4292614437

Data	Letura	Data	Letura
12/08/13	5282	10/09/13	5350

24/07/2013	48,97
21/08/2013	40,58
17/09/2013	55,55

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

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10812	3,19
Consumo em kWh	58	0,18192	10,55

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,15
COFINS	0,70
CONTRIB SERV ALIM PÚBLICA	0,41
JUROS DE MORA 04/2013	1,89
JUROS DE MORA 09/2013	0,05
MULTA 04/2013	1,00
MULTA 09/2013	0,40
ICMS (Base de Cálculo R\$ 37,88   Alíquota 25,00%)	9,41

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

Média dos últimos meses  
139 kWh

17/09/2013

R\$ 28,36

7/2013 - Santa Rita

DIC MENSAL	8,50	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,84	
DIC ANUAL	25,89	
FIC MENSAL	3,90	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,72	
FIC ANUAL	15,45	
QUIC	3,90	0,00
QUIC9	12,22	

NOMINAL 220  
CONTRATADA  
LIMITE INFERIOR 201  
LIMITE SUPERIOR 221

Descrições	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	7,51	26,48
Compra de Energia	5,37	18,59
Serviço de Transmissão	0,27	1,13
Encargos Setoriais	0,53	2,22
Impostos Diretos e Encargos	14,11	49,75
Outros Serviços	0,52	1,83
Total	28,36	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição  
(R\$ 7/2013) R\$ 18,59

**AVISO:** Permanecendo em atraso os DÉBITOS ANTERIORES, já reavizados, 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 Banda Renda, tendo um desconto de R\$13,87.  
As demonstrações contábeis, societárias e regulatórias, estão disponíveis na internet: [Reposicao.Tarifa-Vigencia:29/09/2013-Resol. ANEEL nº1592-Residencial: -3,80% Médio Renda do Tarifa-Vigencia:29/09/2013-Resol. ANEEL nº1592-Outras Classes: -2,59% Médio Em outubro, estudantes de Eng. Elétrica se reúnem em João Pessoa. www.mv2013.com](http://Reposicao.Tarifa-Vigencia:29/09/2013-Resol. ANEEL nº1592-Residencial: -3,80% Médio Renda do Tarifa-Vigencia:29/09/2013-Resol. ANEEL nº1592-Outras Classes: -2,59% Médio Em outubro, estudantes de Eng. Elétrica se reúnem em João Pessoa. www.mv2013.com)  
- Letura confirmada

**MBM**  
**SEGURADORA**  
9 DEZ. 2013  
**SINISTRO DPVAT**

PARAIBA

17/09/2013

R\$ 28,36

Roteiro: 4 - 8 - 908 - 8260  
Métricas: 1179966-2013-09-7

17/09/2013

R\$ 28,36

83890000000-8 28380054000-1 11799662013-6 09700090019-7



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilma Karla de Medeiros Spinelly,  
 CNH nº 0505787227 data de expedição 01/11/2011 Órgão Detran-PB

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Lúilton Ferraz</u>
Número	<u>51N</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>8753-7688</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30/09/13

Assinatura do Declarante: Gilma Karla de Medeiros Spinelly





12/50  
4542

## CERTIDÃO

Nº. 2224/2013

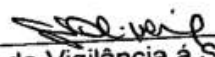


Atendendo solicitação do senhor Leonardo Junior Silva de Souza e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial de nº 573334/13 e Prontuário Médico 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de Novembro de 2013

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



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

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

#### DADOS DO PACIENTE

Nome: GILMA KARLA MEDEIROS DE ESPINELES Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: 00 Num. Prontuario: 2013.09.003195  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/04/1982 Id: 31 ano(s)  
End.: RUA VIC. MILTON FERRAZ, 85  
Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA UF: PB  
Pai: GLADSMYR DA SILVA ESPINELES  
Mae: IRACI MEDEIROS DE ESPINELES  
Ocupacao: AUXILIAR DE CONTROLE SEM ESPECIFICACAO  
Informacoes de Entrada  
Resp.: VILMA KARLA MEDEIROS DE ESPINELES  
Tel/Doc. Responsavel: 87537689 / SEM DOCUMENTO: 00  
Procedencia: BAIRRO TREZ LAGOAS

30/09/13  
VISTO

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

#### FATURADO

#### PRE-CONSULTA ATEN

EM 11/10/13  
CONDICOES DO PACIENTE AO SE

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

FA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

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

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO REFERINDO  
ESCORIACOES E DOR NO MSE

Paciente com historia de capotamento. Nao dorme, vomito, mancha  
de pele no MSE

A - VAP em unidologia B - Manter @ em unidologia C - Manter @  
Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)  
de + edema + limitacao de movimento no MSE +  
quando Avanço de 48 horas

DD: medicação polipar  
VAP no 09 anos

Diagnostico

Condução 1. Por 48h @, estomaco  
muito @ e no @  
2. Analise o bpsd

Prescrição

Horario da medicacao 12h 6pm  
SEGURADORA  
19 DEZ. 2013  
SINISTRO DPVAT  
Raquel Bezerra Estreia  
Médica  
CRM - PB 7373



a e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nr: 573334

Ortopedia 8:00  
Dor + edema + escoriações no  
MSE. após trauma (capotamento)  
em ambos hós ± 24h.

a e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Rx si sinais de fratura  
Ox: Tilafil 10mg + AD 10 leito  
- curativo  
Alta Ortopedia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

a: Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

Assinatura da Enfermagem : Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

FINAL DO PACIENTE

Residencia [ ] Transferido  
Alta a pedido [ ] Enfermaria

[ ] Desistencia [ ] UTI  
Obito: [ ] Atestado [ ] SVD [ ] IML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

0301060096

A CARGO DO SUS

0301070072  
0301070093



## DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

\*1004037

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

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL  
470648283

NOME: KARLA DE NEDEIROS SPINELLI

RG: 3407011 SSP PB

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

PROFISSAO: GLAUGMYR DA SILVA SPINELLI  
IRACI DE NEDEIROS SPINELLI

SEXO: F AC: AD CATEGORIA: AD

Nº RENOVACAO: 05057817227 VALIDADE: 22/10/2014 1ª RENOVACAO: 20/10/2010

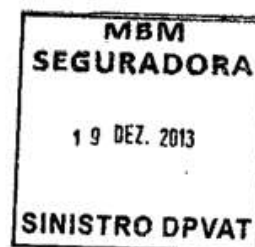
DESCRIÇÃO: VEICULO ATIV. RENOVADA:

ASSINATURA DO DETENTOR: *Karla de Nedeiros Spinelli*

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

ASSINATURA DO SUPERVISOR: *Rodrigo Carvalho* 01493950051  
PB023059001

PROBANDO PLASTIFICAR  
470648283





**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

Nº do CPF: 011.227.574-50

Nome da Pessoa Física: GILMA KARLA DE MEDEIROS SPINELLY

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

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

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

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da  
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

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

