

UNIDADE SAO  
JOSE DE  
NOVO HORIZONTE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ficha Atend. Ambul. |  
N°. Atend.: 284967 |  
Dt.: 05/11/2014 H: 13:01:01

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 6001736  
Nome.....: ANTONIO DA SILVA  
Profissao.: MOTORISTA  
Endereco...: RUA ANTONIO PEDRO TOMITAO 583 CASA  
Bairro.....: SAO BENEDITO  
Cidade.....: NOVO HORIZONTE  
Fone.....: 1791112796  
CID:  
Sexo: MASCULINO  
Est.Civ: CASADO  
DT.Nasc: 16/05/1967 Id: 47a 5m  
UF: SP  
CEP: 14960000 IBGE: 353350  
Cartão SUS: 170049015970006 RG: 199686853

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico: CARLOS EDUARDO GARCIA WESTIN  
Conven: BPA SUS PRONTO ATENDIMENTO - 153060

PA= 160x90 P= 120 T= SATURAÇÃO= 100%

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

Prontuário vítima de colisão 2 carros, trauma no tórax  
do outro veículo, de tórax, sem sinais de consciência.

EF: Ex pronomo normal

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

Ex secundário - Don e volume em registro  
pro fibril Pireto.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Trauma

CONDUTA

5F0, 9% Leoml  
Tórax 60mg  
Diprison 2ml

13300w  
Técnico De Enfermagem  
Coren-SP 954480  
Apresenta Pastoreira De Azevedo  
Carlos Eduardo G. Westin  
MÉDICO  
CRM-SP 153060

Dr. Ricardo Diruti

Assin e Carimbo do Médico

CARLOS EDUARDO GARCIA WESTIN

CRM 153060

Ass.do Paciente/Resp. X

[Signature]

Atendente- RODRIGO

SUS

| IRMANDADE SAO |  
| JOSE DE |  
| NOVO HORIZONTE |

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

| Ficha Atend. Ambul. |  
| N°. Atend.: 285297 |  
| Dt.: 06/11/2014 H: 18:44:30

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 6001736 Pasta :  
Nome.....: ANTONIO DA SILVA DT.Nasc: 16/05/1967 Id: 47a 5m  
Profissao.: MOTORISTA Sexo: MASCULINO Est.Civ: CASADO  
Endereco...: RUA ANTONIO PEDRO TOMITAO 583 CASA  
Bairro.....: SAO BENEDITO  
Cidade.....: NOVO HORIZONTE UF: SP CEP: 14960000 IBGE: 353350  
Fone.....: 1791112796 35430507 Cartão SUS: 170049015970006 RG: 199686853  
CID:

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico: OSVALDO MUNHOZ NETO - 155492  
Conven: BPA SUS PRONTO ATENDIMENTO

PA= 120/80 P= 75 T= SATURAÇÃO= 100

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

*Prontuário com quadro de trauma em região anterior do pescoço.*

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

*Per in MRI*

CONDUTA

*Observar*

Carlos Eduardo C. Neres  
CRM-SP 153000

Assin e Carimbo do Médico OSVALDO MUNHOZ NETO

CRM 155492

Ass.do Paciente/Resp. *Antonio da Silva*

Atendente- ELIANA

RECEBEMOS DE 1868 - RAIA DROGASIL S/A OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº. 12 SÉRIE:1

 <b>1868 - RAIA DROGASIL S/A</b> PADRE PAULO LEPICK, 90 - CENTRO Novo Horizonte-SP CEP 14960-000	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA 1 N.º 12 SÉRIE 1 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO <b>3515 0361 5858 6512 2770 5500 1000 0000 1215 1395 9602</b>
	Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no Site da SEFAZ Autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda a Vista</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135150163524451 16/03/2015 15:50:59</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>483042535119</b>	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ <b>61.585.865/1227-70</b>
DESTINATÁRIO / REMETENTE		

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>ANTONIO DA SILVA</b>		C.N.P.J. / C.P.F. <b>092.483.088-30</b>	DATA DA EMISSÃO <b>16/03/2015</b>
ENDEREÇO <b>AV. ANTONIO PEDRO TOMITAO, 583</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>SAO BENEDITO</b>	CEP <b>14960-000</b>
MUNICÍPIO <b>Novo Horizonte</b>		FONE/FAX	DATA DA ENTRADA/SAÍDA <b>16/03/2015</b>
UF <b>SP</b>		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA ENTRADA/SAÍDA <b>14:44:29</b>

FATURA / DUPLICATA				
--------------------	--	--	--	--

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO I.C.M.S. ST.	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	169,04
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO I.P.I.
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				169,04

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL <b>1868 - RAIA DROGASIL S/A</b>		FRETE POR CONTA <b>1 - Dest/Rem</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J. / C.P.F. <b>61.585.865/1227-70</b>
ENDEREÇO <b>PADRE PAULO LEPICK, 90</b>		MUNICÍPIO <b>NOVO HORIZONTE</b>		UF <b>SP</b>		INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>483042535119</b>		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO		

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO															
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	PMC	LOTE	NCM/SH	CST	CEP	UNIDADE	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
58738	DORENE 75 MG 30S CI	60,37	1412602	30049099	060	5929	UN	1,00E	42,260E	42,26	0,00E	0,00E	0,00E	0,00E	0,00E
58738	DORENE 75 MG 30S CI	60,37	1412602	30049099	060	5929	UN	1,00E	42,260E	42,26	0,00E	0,00E	0,00E	0,00E	0,00E
58738	DORENE 75 MG 30S CI	60,37	1412602	30049099	060	5929	UN	1,00E	42,260E	42,26	0,00E	0,00E	0,00E	0,00E	0,00E
58738	DORENE 75 MG 30S CI	60,37	1412602	30049099	060	5929	UN	1,00E	42,260E	42,26	0,00E	0,00E	0,00E	0,00E	0,00E

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ICMS RECOLHIDO ATRAVES DO CUPOM FISCAL N. 3865 E ECF N. 1 DE 16/03/2015 -		RESERVADO AO FISCO
---	--	--------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e  
314  
Código de Verificação de Autenticidade  
R1YVFJXR5  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
23/03/2015 às 09:25:56  
Chave de Acesso  
03256ECJKAKJLXG15RELZ5OWMULUH7G

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível		Número do Processo	Município de Incidência do ISS NOVO HORIZONTE-SP		
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência 03/2015	
Oplante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui		Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento	

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://nfe.novohorizonte.sp.gov.br:80>, menu consultas  
e informe os dados desta NFS-e.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 07.760.251/0001-13	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 0009409	Cadastro 000009409	Nome/Razão Social ANDRADE E ANDRADE PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS	
Logradouro ALTIÑO ARANTES, 01002			Complemento SALA 2	Bairro CENTRO	
CEP 14960-000	Cidade NOVO HORIZONTE-SP		Telefone	E-mail	

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 092.483.088-30	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social Antonio da Silva		
Logradouro Antonio Pedro Tomitao, 583			Complemento	Bairro Sao Benedito	
CEP/Cod.Postal 14960-000	Cidade/Pais NOVO HORIZONTE-SP		Telefone	E-mail	

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	Consultas Medicas	R\$ 295,00	R\$ 295,00

*Recibi  
23/03/15  
Clara*

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Item da LC 116/2003: 04.01 MEDICINA E BIOMEDICINA				Aliquota 3,00 %	Atividade do Município 000040000001	Código CNAE	Construção Civil Código da Obra Código ART	
Valor Total dos Serviços R\$ 295,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base de Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 295,00	Total do ISS R\$ 8,85	ISS Retido 2 - Não	Desconto Condicionado R\$ 0,00		

Retenções de Impostos

PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	ISS R\$ 0,00	Outras Retenções R\$ 0,00
-----------------	--------------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	------------------------------

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços: R\$ 295,00

Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$39,68 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,31%) R\$6,81 - Fonte: IBPT

Informações Complementares

--	--

RECEBI(EMOS) DE ANDRADE E ANDRADE PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 314 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO R1YVFJXR5.

Data

CPF/RG

Assinatura

SUS

IRMANDADE SAO  
JOSE DE  
NOVO HORIZONTE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ficha Atend. Ambul. |  
N°. Atend.: 285455 |  
Dt.: 07/11/2014 H: 13:22:18

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 6001736  
Nome.....: ANTONIO DA SILVA  
Profissao..: MOTORISTA  
Endereco...: AVENIDA ANTONIO PEDRO TOMITAO 583 CASA  
Bairro.....: SAO BENEDITO  
Cidade.....: NOVO HORIZONTE  
Fone.....: 17991112796/35430507  
CID:  
Sexo: MASCULINO  
Est.Civ: CASADO  
DT.Nasc: 16/05/1967 Id: 47a 5  
UF: SP  
CEP: 14960000 IBGE: 353350  
Cartão SUS: 170049015970006 RG: 199686853

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico: OLUWAYOMI PETER ADEPOJU - 128820  
Conven: EPA SUS PRONTO ATENDIMENTO

PA= 14x8 P= 78 T= SATURAÇÃO= 97%

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

em parte anterior da perna D em  
há 3 dias após trauma leve.  
no ant. com hematoma local.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Trauma Hematoma na perna D

p. ant. + articulação  
no n. B.S

CONDUTA

Assin e Carimbo do Médico

OLUWAYOMI PETER ADEPOJU

Dr. O. Peter Adepoju  
Médico  
CRM-SP 128820

CRM 128820

Ass. do Paciente/Resp. Antonio da Silva

Atendente- RODRIGO

SUS

IRMANDADE SAO  
JOSE DE  
NOVO HORIZONTE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ficha Atend. Ambul. |  
Nº. Atend.: 285455 |  
Dt.: 07/11/2014 H: 13:22:18

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 6001736 Pasta :  
Nome.....: ANTONIO DA SILVA DT.Nasc: 16/05/1967 Id: 47a 5  
Profissao.: MOTORISTA Sexo: MASCULINO Est.Civ: CASADO  
Endereco...: AVENIDA ANTONIO PEDRO TOMITAO 583 CASA  
Bairro.....: SAO BENEDITO  
Cidade.....: NOVO HORIZONTE UF: SP CEP: 14960000 IBGE: 353350  
Fone.....: 17991112796/35430507 Cartão SUS: 170049015970006 RG: 199686853  
CID:

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico: OLUWAYOMI PETER ADEPOJU - 128820  
Conven: EPA SUS PRONTO ATENDIMENTO

PA= 14x8 P= 78 T= SATURAÇÃO= 97%

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

Lesão em pele anterior na perna (D) com  
hematoma há 3 dias após trauma leve.  
AD em. com hematoma local.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Trauma Hematoma na perna (D)

pele + avulsão  
AD UBS

CONDUTA

Dr. O. Peter Adepoju  
Médico  
CRM-SP 128820

Assin e Carimbo do Médico OLWAYOMI PETER ADEPOJU CRM 128820

Ass.do Paciente/Resp. Antonio da Silva

Atendente- RODRIGO

UNIDADE SAO JOSE DE NOVO HORIZONTE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ficha Atend. Ambul. N°. Atend.: 284967 Dt.: 05/11/2014 H: 13:01:01

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 6001736 Nome: ANTONIO DA SILVA Profissao: MOTORISTA Endereco: RUA ANTONIO PEDRO TOMITAO 583 CASA Bairro: SAO BENEDITO Cidade: NOVO HORIZONTE Fone: 1791112796 CID: Sexo: MASCULINO Est.Civ: CASADO DT.Nasc: 16/05/1967 Id: 47a 5m UF: SP CEP: 14960000 IBGE: 353350 Cartão SUS: 170049015970006 RG: 199686853

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico: CARLOS EDUARDO GARCIA WESTIN Conven: BPA SUS PRONTO ATENDIMENTO - 153060

PA= 600x90 P= 120 T= SATURAÇÃO= 90%

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

Prontuário vítima de colisão 2 pneus, frouxo na lateral do outro veículo, de 2 e 4 e 6, sem sinais de consciência.

EF: Ex praxiomio normal

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

Ex. sumatório - Don e edomo em Registo pro Libral Pereira.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Trauma

CONDUTA

5F 0,9% 500ml 1330ml  
Gluco 60mg  
Dipirona 200

Carlos Eduardo G. Westin  
MÉDICO  
CRM-SP 153060

Técnicos De Enfermagem  
Coren-SP 954480  
Apresenta Praxiomio De Azevedo

Rodrigo Diruti

Assin e Carimbo do Médico

CARLOS EDUARDO GARCIA WESTIN

CRM 153060

Ass.do Paciente/Resp. X

Atendente- RODRIGO

SUS

IRMANDADE SAO  
JOSE DE  
NOVO HORIZONTE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ficha Atend. Ambul.  
Nº. Atend.: 285297  
Dt.: 06/11/2014 H: 18:44:30

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 6001736  
Nome: ANTONIO DA SILVA  
Profissao: MOTORISTA  
Endereco: RUA ANTONIO PEDRO TOMITAO 583 CASA  
Bairro: SAO BENEDITO  
Cidade: NOVO HORIZONTE  
Fone: 1701112796 35430507  
CID:  
Sexo: MASCULINO  
Est.Civ: CASADO  
DT.Nasc: 16/05/1967 Id: 47a 5m  
UF: SP  
CEP: 14960000 IBGE: 353350  
Cartão SUS: 170049015970006 RG: 199686853  
Pastas: Pasta :  
- 155492

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico: OSVALDO MUNHOZ NETO  
Conven: BPA SUS PRONTO ATENDIMENTO

PA= 120/80 P= 75 T= SATURAÇÃO= 100

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

*Primitivo com quadro de dor em região anterior da mão direita.*

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

*Dor em mão*

CONDUTA

*Dor em mão*

Carlos Eduardo C. Wessing  
MÉDICO  
CRM-SP 155492

Assin e Carimbo do Médico

OSVALDO MUNHOZ NETO

CRM 155492

Ass.do Paciente (Resp.º)

*Carla de S.*

Atendente- ELIANA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO (CÓPIA) 19.968.685-3 DATA DE EMISSÃO 09/JAN/2012

NOME ANTÔNIO DA SILVA

FILIAÇÃO APARECIDO FRANCISCO NATAL DA SILVA  
E JOANA LIBERATO DA SILVA

NACIONALIDADE NOVO HORIZONTE -SP DATA DE NASCIMENTO 16/MAI/1967

DOC. ORIGINAL NOVO HORIZONTE-SP  
NOVO HORIZONTE  
CC:LV.B015/FLS.0055/N.003986

CPF 092483088/30

187 Delegado Divisionário  
Roberto LARA DO DIRETORIA INRGD.55PSI  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1107-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR

Assinatura do Titular: Antonio da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

B620-060076

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Tabelião de Notas e de Protesto de Letras e Títulos da  
Comarca de Novo Horizonte - Tabelião: José Renato Torres  
R. XV de Novembro, 720 - Centro - Novo Horizonte - SP - Cep 14960-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica, a qual confere com o original a mim apresentado, do que dou fe.

NOVO HORIZONTE, 21 de Janeiro de 2015, R\$2,75  
ANDREIA RAWAZI BETE -ESCREVENTE

VALIDO PARA O DOCUMENTO

COLEGIO NOTARIAL DO BRASIL  
Fabricia da Silva  
125039  
AUTENTICAÇÃO  
0653AA479265

MINISTERIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
COORDENACAO DO SISTEMA DE INFORMACOES ECONOMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATORIO DE INSCRIÇÃO NO  
CADASTRO DE PESSOAS FISCAIS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Antonio da Silva

WASCIMENTO 16.05.67

INSCRIÇÃO NO CPF 092 483 088 30

CONTRIBUINTE

ANTONIO DA SILVA

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

Tabelião de Notas e de Protesto de Letras e Títulos da  
Comarca de Novo Horizonte - Tabelião: José Renato Torres  
R. XV de Novembro, 720 - Centro - Novo Horizonte - SP - Cep 14960-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica, a qual confere com o original a mim apresentado, do que dou fe.

NOVO HORIZONTE, 21 de Janeiro de 2015, R\$2,75  
ANDREIA RAWAZI BETE -ESCREVENTE

VALIDO PARA O DOCUMENTO

COLEGIO NOTARIAL DO BRASIL  
Fabricia da Silva  
125039  
AUTENTICAÇÃO  
0653AA479265

ARTOX  
Centro de Cópia Novo Horizonte  
17-3542-1775  
Rua XV de Novembro, 745 - Centro  
Novo Horizonte/SP



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

X

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

00039-SP

Série.....



Polegar Direito



46224

Número.....



*Antonio da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

6 QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Antonio Silva*

Loc. Nasc. *Novo Horizonte*

Est. *SP* Data *16/05/67*

Filiação *Aparecido Francisco*  
*Natal da Silva e Joana*  
*Liberto da Silva*

Est. Civil *solteiro* Doc. N° *33.063*

Fls. *90* Liv. *9.59* Reg. Civil *NTER*

Outro doc. ....

Situação Militar: Doc. ....

N° ..... Órgão ..... Est. ....

Naturalizado Dec. N° ..... Em ...../...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em .....

Doc. Ident. N° ..... Exp. em ...../...../.....

Estado *Rua Martins, 349*

Obs. *90/ aeroporto*

Data Emissão *10/08/83* DRT *NTER*

*Jose Carlos Feliciano*  
Assinatura do Funcionário

**JOSE CARLOS FELICIANO**  
RFBSP PELA EXPEDICAO

**Tabelião de Notas e de Protesto de Letras e Títulos da**  
**Comarca de Novo Horizonte - Tabelião: José Renato Torres**  
R. XV de Novembro, 720 - Centro - Novo Horizonte - SP - Cep 14868-000

**AUTENTICADO**  
Autentico a presente copia reprodutiva, a qual  
confere com o original a mim apresentado,  
do que dou fe.  
NOVO HORIZONTE, 21 de Janeiro de 2015, R\$2.75  
ANDEIA RAVAZI DE TE - ESCRIVENTE



**NETOX**  
de Códigos Novo Horizonte  
17-3542-1775  
Rua XV de Novembro, 745 - Centro  
Novo Horizonte/SP

Empregador NOVO HORIZONTE - PREFEITURA  
 Rua PRAÇA RIO BRANCO, 165 Nº .....  
CENTRO - CEP 14.960  
 Município NOVO HORIZONTE Est. .....  
 Esp. do estabelecimento Orgão Publ. Municipal  
 Cargo Catorista  
 C.B.O. nº 98.510  
 Data admissão 18 de Julho de 19 2001  
 Registro nº 2396/15 Fls/Ficha .....  
 Remuneração especificada R\$ 334,68 (Trêscentos e  
trinta e quatro reais e sessenta  
e oito centavos).  
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte  
 1º .....  
 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 19 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
 1º .....  
 2º .....

Empregador .....  
 Rua ..... Nº .....  
 Município ..... Est. .....  
 Esp. do estabelecimento EM BRANCO  
 Cargo .....  
 C.B.O. nº .....  
 Data admissão ..... de ..... de 19 .....  
 Registro nº ..... Fls/Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
EM BRANCO  
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
 1º .....  
 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 19 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.  
 1º .....  
 2º .....

Tabelião de Notas e de Protesto de Letras e Títulos da  
 Comarca de Novo Horizonte - Tabelião: José Renato Torres  
 R. XV de Novembro, 720 - Centro - Novo Horizonte - SP - Cep 14960-000

**AUTENTICADO**  
 Autentica a presente cópia reprográfica, a qual  
 confere com o original a mim apresentado,  
 do que dou fé.  
 NOVO HORIZONTE, 21 de Janeiro de 2001 às 12:58:39  
 AMÉLIA RAVAZI BENE - ESCRIVENTE  
 VALIDA SEQUENTE PARA EM DOLORENTO



**RETOX**  
 Centro de Cópias Novo Horizonte  
 17-3542-1776  
 Rua XV de Novembro, 745 - Centro  
 Novo Horizonte/SP

COMPANHIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Av Paulista, 2439 5º Andar São Paulo SP  
 CNPJ: 61.416.244/0001-44 Inscrição Estadual: 108.214.144.118  
 FAT-04-2015679031892-90

**40513035**

Conta do Mes

**01/2015**

**Dados Cadastrais**

**ANTONIO DA SILVA**  
 AVE ANTONIO PEDRO THOMITAO, 583  
 CECAP E SAO BENEDITO-14960000-NOVO HORIZONTE-SP  
 Loc/Etapa/Liv/Seq:4003,07\_403024,218 - Equipamento: 7G 43760 - TENSÃO NOMINAL: 127v - 220v - GRUPO B  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL NORMAL CONVENCIONAL  
 Fase: BIFASICO Cod. Fiscal de Operação: 256 FS (17,61.1)

**Descrição de Consumo**

Equipamento	7G 43760	Consumo Med/Fat	276/276	CPF / CNPJ	CPF: 09248308830	
Leit. Atual (kWh)	2872	Consumo Medio Diário	8,36	<b>Historico de Consumo (kWh)</b>		
Leit. Anter (kWh)	2596	Constante	1,00	JAN/16	276 JUN/14	366
		Origem da Leitura	LIDA	DEZ/14	260 MAI/14	392
		Fator de Potencia	0,00	NOV/14	291 ABR/14	376
				OUT/14	284 MAR/14	462
				SET/14	371 FEV/14	437
				AGO/14	374 JAN/14	424
				JUL/14	396	

**Dados Importantes**

Dados Importantes	Indicadores de Continuidade		
Leit. Anterior	11/12/2014	Conjunto Aneel: NOVO HORIZONTE	
Leit. Atual	13/01/2015	NOV/14 DIC FIC DMIC	
Emissao	13/01/2015	Limite Mensal	4,95 3,42 2,77
Apresentacao	13/01/2015	Limite Trim.	9,91 6,86
Prox. Leitura	10/02/2015	Limite Anual	19,82 13,70
		Apurado	1,78 3,00
		EUUSD-Enc Uso Sist Dist (R\$)	41,13
		Media 12 ultimo(s)	
		mes(es) (kWh):	357

**Discriminacao do Produto/Faturamento**

Descricao da Operacao	Qtde. Fat	Preco Medio	Valor(R\$)
Energia Elétrica	276	0,492636	136,94
Outros Lancamentos			4,61
<b>Valor Total</b>			<b>140,55</b>

**Valores Faturados**

Descricao	Qtde-Faturada	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	276	0,328860	90,76
ADICIONAL BAND. VERMELHA			3,26
ICMS			33,97
COFINS			6,53
PIS			1,42
<b>Total - (1)</b>			<b>135,94</b>

Outros Lancamentos, Cobranças e Serv. Autoriz.  
 CIP-CONTRIB DE ILUM PUB 4,61  
**Total - (2) 4,61**

**Composicao dos Preços em (R\$) (Artigo 31 Resolucao 166/2005)**

ENERGIA	DISTRIBUICAO	TRIBUTOS	TRANSMISSAO	ENC. SETORIAIS	SOMA DEMONSTRATIVO
68,78	28,30	41,92	2,65	4,29	136,94

**Mensagens**

Periodos Band. Tarif. Verde: 12/12-31/12 Vermelha: 01/01-13/01

**Comarca de Novo Horizonte - Tabellão de Notas e Protesto de Letras e Títulos de R. XV de Novembro, 745 - Centro - Novo Horizonte - SP - Cep 14960-000**

**TESTE DE TIPO**

Autentico a Presença com a seguinte informação, a qual contém o original e o apresentado.

NOVO HORIZONTE, 21 de Janeiro de 2015. R. XV de Novembro, 745 - Centro - Novo Horizonte - SP - Cep 14960-000

**ANTONIO DA SILVA**

**TESTE DE TIPO**

053AA419268

125036

053AA419268

Consumo (kWh)	Data de Vencimento	Valor total a pagar R\$
<b>276</b>	<b>13/02/2015</b>	<b>140,55</b>

INFORMACAO DE TRIBUTOS			
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO (R\$)
ICMS	136,94	26%	33,97
PIS	136,93	1,041400%	1,42
COFINS	136,93	4,797600%	6,53

Reservado ao Fisco Período Fiscal: 13/01/2015

**58C2.0346.6ECC.3CE3.33F0.044B.B6DB.E5F9**

FS [17,61.1]  
**Comprovante de Arrecadação**  
 Autenticação no verso  
 2872-276-038-11:18:38

Conta do Mes	Data de Vencimento	
01/2015	13/02/2015	
Código de Arrecadação	Unidade Consumidora UC	Valor Total a Pagar
04-2015679031892-90	40513035	R\$ 140,55

83690000016 405500280004 001040020156 679031892905



INTERVENÇÃO DE SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA  
 R. XV DE NOVEMBRO, 745 - CENTRO  
 NOVO HORIZONTE - SP  
 17-05/2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE Administrativo de Pagamento de Salário  
 END: Praça Dr Euclides C Castilho 00185 Centro  
 CNPJ: 45.152.139/0001-99 08/2014

Código Nome do Funcionário  
 2396-1 ANTONIO DA SILVA  
 MOTORISTA I

CBO Emp. Local Depto Sctor Stpção PL  
 ADM:18/7/2001 021131  
 Cesta Basica: 27/09/2014

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALARIO CONTRIBUICAO	28.000	1161,28		
202	HORAS EXTRAS 50 %	71.15	681,37		
222	ADICIONAL NOTURNO - HORAS	24.47	30,84		
226	ABONO ASSIDUIDADE	100.00	50,00		
283	FERIAS (INCL. ABN)	2.000	82,95		
349	D. S. R.	5.000	131,03		
419	ESTADUAL CORR. DE SEGUROS	1.000		10,78	
423	ASS. ESP. SERV. MUN.	1.000		2,00	
445	VERTCON CLUBE DE SEGUROS	1.000		28,00	
449	CONVENIOS SINSERP	1.000		40,00	
486	SINSERP - ASSOCIATIVO	2.000		23,23	
509	ZURICH SEGURO DE VIDA EM	1.000		33,34	
919	PREVIDENCIA - INSS	9.000		192,37	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2137,47	337,72	
			<b>Valor Liquido</b>	<b>1799,75</b>	
			➔		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1244,23	2137,47	2137,47	170,99	2137,47	

quem tiver emprestimo consignado e nao saiu o desconto em holerith procurar imediatamente a agencia bancaria.

Tabellão de Notas e de Protesto de Títulos e Títulos da  
 Comarca de Novo Horizonte - Tabellão: Fabricia Aires da Silva  
 Rua Antônio Carlos, 544 - Centro - Novo Horizonte - SP - Tel.: (17) 3543-7733

**AUTENTICACAO**  
 Autentico a presente copia reprografica, a qual confere com o original a mim apresentado, do que dou fe.  
 NOVO HORIZONTE, 02 de Fevereiro de 2015. R\$2,75  
 ANDREIA RAVAZI NETE - ESCRIVENTE

VÁLIDO SOMENTE PARA UM DOCUMENTO

PROTESTO DE TÍTULOS DE NOVO HORIZONTE

Fabricia Aires da Silva  
 Tabellão

COLÉGIO NOTARIAL DO BRASIL  
 129039

AUTENTICACAO

0653AA481452

XEROX  
 Rua...  
 Centro

## DECLARAÇÃO

Eu, **Antônio da Silva**, brasileiro, casado, portador do RG: nº 19.968.685-3 e CPF: nº 092.483.088-30 residente e domiciliado nesta cidade de Novo Horizonte – SP. Venho por meio desta **DECLARAR**, para os devidos fins e direitos que no dia 05 de Novembro de 2015. Envolvi-me em um acidente de trânsito, onde estava conduzindo a KOMBI escolar da Prefeitura Municipal, eu descia pela Avenida Alfredo Branco de Queiroz, próximo ao restaurante Guanabara, quando, de repente, o condutor que vinha pela minha frente, brecou bruscamente para evitar atropelar um gato que atravessava a via. Diante disso, pela freada inesperada do condutor, não tive como parar, colidindo na traseira do veículo, onde vim a me machucar. Fui levado ao pronto socorro local onde foi constatado em mim uma lesão na **perna (entre o tornozelo e a pélvis)** e o médico que me atendeu me indicou ficar afastado de minhas funções junto à prefeitura municipal onde sou servidor.

Por ser expressão da verdade firmo o presente,

Novo Horizonte, 19 de Fevereiro de 2015.



Antônio da Silva



## Comunicação de Acidente de Trabalho

## CAT Parcial

## Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	12/11/2014
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	SEGURANCA@NOVOHORIZONTE.SP.GOV.BR

## Informações do Empregador

Razão Social/Nome	MUNICIPIO DE NOVO HORIZONTE		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 451521390001-99	CNAE	84116
CEP	14960000	Endereço	PC DR. EUCLYDES CARDOSO CASTILHO 185
Bairro	CENTRO	Estado	SP
Município	NOVO HORIZONTE	Telefone	0017-35439000

## Informações do Acidentado

Nome	ANTONIO DA SILVA	Data Nascimento	16/05/1967
Nome da Mãe	JOANA LIBERATO DA SILVA	Sexo	Masc
Grau de Instrução	4 - 5a a 8a série incompleta		
Estado Civil	Casado	Remuneração	1.244,23
CTPS	046224 Série: 00039 Dt emissão: UF: SP	Identidade	Dt emissão: Órg Exp: 01 UF: SP
PIS/PASEP/NIT	1700490159-7	Endereço	R ANTONIO P TOMITAO 583
Bairro	SAO BENEDITO	CEP	14960000
Estado	SP	Município	NOVO HORIZONTE
Telefone	-	CBO	782510 - MOTORISTA DE CAMINHÃO (ROTAS REGIONAIS E IN
Aposentado	Não	Área	Urbana

## Informações do Acidente

Data do Acidente	05/11/2014	Hora do Acidente	12:25
Horas Trabalhadas	02:25	Tipo	1 - Típico
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Sim
Local do Acidente	3 - Área Pública	Esp. Local	AV. ALFREDO BRANCO DE QUE
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	SP
Município do Acidente	NOVO HORIZONTE	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	05/11/2014
Parte do Corpo	75.70.10.000 - PERNA (ENTRE O TORNOZELO E A PELVIS)		
Agente Causador	30.30.75.250 - VEICULO RODOVIARIO MOTORIZADO		
Sit. Gerador	20.00.08.600 - IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA, DE OBJ		
Morte	Não	Data Óbito	
Descrição do Acidente		Nome Testemunha	
Endereço		CEP	
Município/UF		Telefone	

Novo Horizonte 12/11/14

Local e Data

Prefeitura Municipal de Novo Horizonte

Assinatura e carimbo do emitente

## Informações do Atestado Médico

Unidade	CONSULTÓRIO MEDICO	Data Atend.	12/11/14
Hora Atend.		Houve Internação?	NÃO
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	SIM.		
Nat. Lesão	LUXAÇÃO "LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR" TORNADO DE BROWNE (R)		
CID - 10	S.14.		
Observações	OPERAÇÃO POR 15 dias	CRM	

Dr. João Marcos de Andrada  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina do Trabalho  
CRM-SP - 118.711



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA - BOP/PM  
TERMO CIRCUNSTANCIADO - TC**

DATA DE EMISSÃO: 05/11/14 CÓDIGO DA OPM: 05362100 NÚMERO: 5207/14 Nº FOLHA: 1/2

**ORIGEM DA COMUNICAÇÃO**

HORA COMUNICAÇÃO: 17:25 COMO FOI SOLICITADO O ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA?  VIA COPOM  DIRETAMENTE A GUARNIÇÃO  A GUARNIÇÃO DEPAROU COM A OCORRÊNCIA

QUALIFICADO COMO ENVOLVIDO?  SIM  NÃO ENDEREÇO FORNECIDO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC): \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_ OUTROS DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (VEÍCULO, PLACA, ETC): \_\_\_\_\_

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO C/ VITÍMOS CÓD. OCR: L08T-30202 PREFIXO DA VIATURA: \_\_\_\_\_ DATA DO FATO: 05/11/14

MUNICÍPIO: Novo Horizonte OPM: 300BPM I HORA DO FATO: 12:05 LOCAL: 1227/1627 HORA FINAL: \_\_\_\_\_

LOGRADOURO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): AV. ALFREDO BRANCO DE OLIVEIRA X R. EUNOLDO C. LEME COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC): \_\_\_\_\_

BAIRRO: R. Cecod PONTO DE REFERÊNCIA: RESTAURANTE GUATUBARA

OUTRO LOCAL RELACIONADO COM A OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

**APREENSÕES**

OBJETO	QUANTIDADE	MARCA	MODELO	Nº FABRICAÇÃO	CONFERE COM O ORIGINAL	DESTINO	RECEBEDOR
					Autentico de acordo com o Decreto N° 17.031, de 20/MA/81, publicado no D.O.E. de 21/MA/81		
						Novo Horizonte	11 NOV 2014
							Marcio Donizeti Magalhães
							Sgt PM - Enc. Adm.

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

CONDICÃO: VITÍMA = V, AUTOR = A, INICIADO = I, SINDICADO = S, TESTEMUNHA = T, CONDUTOR = C, PROPRIETÁRIO = PR, PASSAGEIRO = PA, PEDESTRE = PE, PARTE NÃO DEFINIDA = PN

Nº: 01 C- V ATORNIUO DO SILVA RG: 19968985 DC: \_\_\_\_\_ UF: SP

CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS) Aparecida E. N. do Silva João L. do Silva

NACIONALIDADE: Brasileira NATURALIDADE: Novo Horizonte UF: SP SEXO: Masc. DATA DE NASCIMENTO: 16/05/67

CÍVIL (PELE): Casado ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Motorista OUTRO DOC: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): Av. Antônio Pedro Thaumato 583 COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC): \_\_\_\_\_

BAIRRO: Jd. São Benedito MUNICÍPIO: Novo Horizonte UF: SP

CEP: 4900-000 TELEFONE: 35430509 PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO: Associação Alvorada do Povo TELEFONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC): \_\_\_\_\_

NOME DA EMPRESA: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

**VERSÃO DO ENVOLVIDO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC ASSINATURA: impossibilitado.

**PREENCHER EM LETRA DE FORMA**



QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDIÇÃO: VÍTIMA = V AUTOR = A INDICIADO = I SINDICADO = S TESTEMUNHA = T CONDUTOR = C PROPRIETÁRIO = PR PASSAGEIRO = PA PEDESTRE = PE PARTE NÃO DEFINIDA = PN

DADOS PESSOAIS

DADOS FUNCIONAIS

DADOS PESSOAIS

DADOS FUNCIONAIS

VERSÃO DO ENVOLVIDO

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO  
 COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC

ASSINATURA  
*Juridico*

PREENCHER EM LETRA DE FORMA

CONFERE COM O ORIGINAL

Nº	CONDICÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)	RG	DC	UF
02 C		MARCELO CORCOADO MACHADO	22.132.753		SP
<input type="checkbox"/> CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) <input type="checkbox"/> ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)		PAI	MÃE		
		José M. Machado	TARA M. C. Machado		
NACIONALIDADE	NATURALIDADE	UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
BRASILEIRO	SÃO PAULO	SP	MASC.	26/06/71	
CÓTIIS (PELE)	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	OUTRO DOC	NÚMERO	UF
BRONCA	CASADO	adm. Empresas			
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
R. Ivo Pinto da Silva 92					
BAIRRO	MUNICÍPIO			UF	
Res. Giro de Riass	Novo Horizonte			SP	
CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA			
14960.000	17-99799586				
NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO				TELEFONE	
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		

NOME DA EMPRESA	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)				
COMPLEMENTO	BAIRRO	MUNICÍPIO	UF		
CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA			

VERSÃO DO ENVOLVIDO  
 Declarou que transitava pelo via sentido ao centro da cidade, que em um cruzamento próximo ao restaurante Guanabara Freou seu veículo para não atropelar um gto que se encontrava no meio da via sendo que foi colidido pelo veículo que trafegava a sua retaguarda.

<input type="checkbox"/> ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO <input type="checkbox"/> COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC	ASSINATURA
	<i>[Assinatura]</i>

Nº	CONDICÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)	RG	DC	UF
03 PR		Prefeitura Mun. de Novo Horizonte			
<input type="checkbox"/> CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) <input type="checkbox"/> ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)		PAI	MÃE		
NACIONALIDADE	NATURALIDADE	UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
CÓTIIS (PELE)	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	OUTRO DOC	NÚMERO	UF
			CNPJ	45152139001-99	SP
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
Rua Pe Eudidas Corcoado Castilha s/119					
BAIRRO	MUNICÍPIO			UF	
Centro	Novo Horizonte			SP	
CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA			
14900.000	3542 9000				
NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO				TELEFONE	
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		

NOME DA EMPRESA	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)				
COMPLEMENTO	BAIRRO	MUNICÍPIO	UF		
CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA			

VERSÃO DO ENVOLVIDO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO  
 COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC

ASSINATURA  
*Juridico*

# QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDIÇÃO: VÍTIMA = V    AUTOR = A    INDICIADO = I    SINDICADO = S    TESTEMUNHA = T    CONDUTOR = C    PROPRIETÁRIO = PR    PASSAGEIRO = PA    PEDESTRE = PE    PARTE NÃO DEFINIDA = PN

DADOS PESSOAIS	Nº <b>04</b>   CONDIÇÃO <b>PR</b>   NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR) <b>ICM. INEAPURANDINO C. Machado</b>   RG _____   DC _____   UF _____
	<input type="checkbox"/> CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS)   PAI _____   MÃE _____
	<input type="checkbox"/> ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)
	NACIONALIDADE _____   NATURALIDADE _____   UF _____   SEXO _____   DATA DE NASCIMENTO _____
	CÚTIS (PELE) _____   ESTADO CIVIL _____   PROFISSÃO _____   OUTRO DOC <b>CNPJ</b>   NÚMERO <b>157228420001-38</b>   UF <b>SP</b>
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC) <b>AV. EUSÍBIO SOARELLA 407</b>   COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC) _____
	BAIRRO <b>JOÃO MACHADO TRÊS</b>   MUNICÍPIO <b>NOVO HORIZONTE</b>   UF <b>SP</b>
	CEP <b>14960-000</b>   TELEFONE <b>35423764</b>   PONTO DE REFERÊNCIA _____
	NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO _____   TELEFONE _____
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC) _____   COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC) _____
DADOS FUNCIONAIS	NOME DA EMPRESA _____   ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC) _____
	COMPLEMENTO _____   BAIRRO _____   MUNICÍPIO _____   UF _____
	CEP _____   TELEFONE _____   PONTO DE REFERÊNCIA _____
VERSÃO DO ENVOLVIDO	
<input type="checkbox"/> ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO <input type="checkbox"/> COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC	
ASSINATURA <b>TURIDLOO</b>	

## VEÍCULOS ENVOLVIDOS

NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA	NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA	NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA
<b>01</b>	<b>063117008</b>	<b>BEV3699</b>	<b>02</b>	<b>091624058</b>	<b>DAD5922</b>			
UF <b>SP</b>   MUNICÍPIO <b>NOVO HORIZONTE</b>	UF <b>SP</b>   MUNICÍPIO <b>NOVO HORIZONTE</b>		UF <b>SP</b>   MUNICÍPIO <b>NOVO HORIZONTE</b>					
CHASSI <b>78WZZZ2315PCC5356</b>	CHASSI <b>78WGF07XX7P013801</b>		CHASSI _____					
ESPÉCIE/TIPO <b>MIS/CAMIONETA</b>	ESPÉCIE/TIPO <b>MIS/CAMIONETA/Nº APIC.</b>		ESPÉCIE/TIPO _____					
MARCA/MODELO <b>VW/Kombi</b>   ANO FAB <b>95</b>	MARCA/MODELO <b>VW/Kombi</b>   ANO FAB <b>07</b>		MARCA/MODELO _____   ANO FAB _____					
CATEGORIA <b>OFICIAL</b>   COR PREDOMINANTE <b>BRANCA</b>	CATEGORIA <b>PARTIC.</b>   COR PREDOMINANTE <b>BRANCA</b>		CATEGORIA _____   COR PREDOMINANTE _____					
CAT CNH <b>A D</b>   Nº CNH <b>063099343</b>   VENC EXAME MÉDICO <b>09/05/19</b>	CAT CNH <b>C</b>   Nº CNH <b>062950554</b>   VENC EXAME MÉDICO <b>09/05/16</b>		CAT CNH _____   Nº CNH _____   VENC EXAME MÉDICO _____					
PONTOS DE IMPACTO - TOTAL <b>03</b>	DANOS <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA		PONTOS DE IMPACTO - TOTAL <b>03</b>	DANOS <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA		PONTOS DE IMPACTO - TOTAL _____	DANOS <input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA	

CROQUI

PREENCHER EM LETRA DE FORMA

Novo Horizonte  
 17-3542-1775  
 Rua XV de Novembro, 745 - Centro  
 Novo Horizonte/SP

CONFERE COM O ORIGINAL

**PREENCHER EM TODAS AS OCORRÊNCIAS**

**CARACTERÍSTICAS DO LOCAL**

<input type="checkbox"/> BANCO	<input type="checkbox"/> FAVELA	<input type="checkbox"/> INTERIO
<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO COMERCIAL	<input checked="" type="checkbox"/> EXTERNO
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> HABITAÇÃO COLETIVA (COITINHO)	<input type="checkbox"/> PRESERVADO
<input type="checkbox"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NÃO PRESERVADO

ILUMINAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/> LUZ SOLAR	<input type="checkbox"/> NOITE COM LUZ ARTIFICIAL	<input checked="" type="checkbox"/> TEMPO
<input type="checkbox"/> ENTARDECECER OU AMANHECER	<input type="checkbox"/> NOITE SEM LUZ ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> LOM
		<input type="checkbox"/> NEBLINA
		<input type="checkbox"/> CHUVA

**PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

<b>TIPO DE ACIDENTE</b>	<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<b>SEMAFORO</b>	<input type="checkbox"/> OPERANDO	<b>OUTRAS FORMAS DE SINALIZAÇÃO</b> VISÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> ABALROAMENTO	<input type="checkbox"/> ENGAVETAMENTO	<input type="checkbox"/> DEFETUOSO	<input type="checkbox"/> DESLIGADO	
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ATROP. PEDESTRE	<input checked="" type="checkbox"/> INEXISTENTE		
<b>TIPO DA PISTA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> ASFALTO	<input type="checkbox"/> TERRA	<b>CONDIÇÕES DA PISTA</b>	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> ESBURACADA
<input type="checkbox"/> CONCRETO	<input type="checkbox"/> PARALELEPÍPEDO	<input type="checkbox"/> CASCALHO	<input type="checkbox"/> MOLHADA	<input type="checkbox"/> ENLAMEADA	<input type="checkbox"/> OBSTRUIDA
			<input type="checkbox"/> INUNDADA	<input type="checkbox"/> OLEOSA	<input type="checkbox"/> EM OBRAS
					<input type="checkbox"/> INTERROMPIDA

**RELATÓRIO DA AUTORIDADE POLICIAL MILITAR**

No local tratou-se de acidente de trânsito com vítima dentro ambas veículos transitavam no sentido, pq Coop X Centro, que no cruzamento com o Rua Eivaldo Carvalho, levou a cabo a colisão.

Veículo 01 oficial para condução escolar, não apresenta no carta de segurança nas partes traseiras.

Vítimas socorridas do P.S.M. pelo UR-13207 do Corpo de Bombeiros Local, encaminhado ao SGT Augusto sendo as passageiros do veículo 01 medicadas e liberadas, condutora do mesmo veículo medicada e permaneceu internada em observação.

Condutor do veículo 02 e vítimas passageiros veículos 01 conduzidos a Central de Polícia Judiciária e apresentação das do Pol. Luis Fernando a través do Escrivão Raul que elaborou o RDU nº 1170/14.

Documentos dos condutores e veículos em exame. Compareceu no local a Polícia Científica com VTR 50901, parte EUBAIO.

Houve danos em ambos veículos.

Veículos 01 e 02 transitavam pela av. Alfredo Branco colidiram. Imagens capturadas e armazenadas na quitação fotográfica da OIPM.

anexo relatório de danos e avarias. É o relato.

CONFERE COM O ORIGINAL

Autentico de acordo com o Decreto Nº 17.031, de 20/MA/81, publicado no D.O.E. de 21/MA/81

Nova Horizonte, 01/11/2014

**INTEGRANTES DA GUARNIÇÃO / PATRULHA**

RE (ENCARREGADO)	DC	NOME DE GUERRA (ENCARREGADO)	RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA
91385RS		Wagner						
RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA
132707A		ENNEI						

**DESTINO DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> JUÍZADO ESPECIAL CRIMINAL	Nº PROTOCOLO	<input checked="" type="checkbox"/> DISTRITO POLICIAL	NÚMERO DO BO - PC
RECEBIDO POR	RG	VISTO	1170/14
		NOME DO DELEGADO DE POLÍCIA	Luis E. Colman Ribeiro

**ENCARREGADO**

POSTO/GRAD: 24505 PM

ASSINATURA: [Assinatura]

**COMANDANTE / OFICIAL RESPONSÁVEL**

CLASSIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

POLÍCIA ADMINISTRATIVA

POLÍCIA JUDICIÁRIA

POSTO/NOME DE GUERRA: 1º Ten PM Ricardo B.

VISTO: [Assinatura]

**AUTENTICAÇÃO**

[Assinatura]

Marcio Donizeti Magalhães

1º Sgt PM - Enc. Adm.

PREENCHER EM LETRA DE FORMA



**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA - BO/PM  
TERMO CIRCUNSTANCIADO - TC**

DATA DE EMISSÃO: 05/11/14 CÓDIGO DA OPM: 005302100 NÚMERO: 575214 Nº FOLHA: 2/2

**ORIGEM DA COMUNICAÇÃO**

HORA COMUNICAÇÃO: 1225 COMO FOI SOLICITADO O ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA?  
 VIA COPOM  DIRETAMENTE A GUARNIÇÃO  A GUARNIÇÃO DEPAROU COM A OCORRÊNCIA  
 QUALIFICAÇÃO COMO ENVOLVIDO?  SIM  NÃO ENDEREÇO FORNECIDO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_ OUTROS DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (VEÍCULO, PLACA, ETC): \_\_\_\_\_  
 NOME DO SOLICITANTE (SOMENTE PARA SOLICITAÇÃO TIPO 2): \_\_\_\_\_

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: *Acidente de trânsito com vítima*  
 MUNICÍPIO: *Novo Horizonte* Cód Ocr: *LD8T30202* PREFIXO DA VIATURA: *LD8T30202* DATA DO FATO: *05/11/14*  
 LOGRADOURO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): *Av. Alfredo Branco de Oliveira / Avenida C. Lima* OPM: *3080MT* HORA DO FATO: *1205* HORA LOCAL: *1227* HORA FINAL: *1316*  
 BAIRRO: *D9. Cacop* PUNTO DE REFERÊNCIA: *Restaurante Guarabano*  
 OUTRO LOCAL RELACIONADO COM A OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

**APREENSÕES**

OBJETO	QUANTIDADE	MARCA	MODELO	Nº FABRICAÇÃO	DESTINO	RECEBEDOR
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

CONDICÃO: VITIMA = V AUTOR = A INDICIADO = I SINDICADO = S TESTEMUNHA = T CONDUTOR = C PROPRIETÁRIO = PR PASSAGEIRO = PA PEDESTRE = PE PARTE NÃO DEFINIDA = PN  
 Nº: *05* CONDIÇÃO: *VITIMA* NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR): *THIAGO SORTORA BERGES* RG: \_\_\_\_\_ DC: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) PAI: *João Marcos Berges* MÃE: *Claudineia S.S. Berges*  
 ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS) NACIONALIDADE: *BRASILEIRO* NATURALIDADE: *Novo Horizonte* UF: *SP* SEXO: *MASC.* DATA DE NASCIMENTO: *13/09/06*  
 CÍTIS (PELE): *BRANCO* ESTADO CIVIL: *SOLTEIRO* PROFISSÃO: *estudante* OUTRO DOC: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): *Sítio São Paulo* COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC): \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: *Treze Pontes* MUNICÍPIO: *Novo Horizonte* UF: *SP*  
 CEP: *14960-000* TELEFONE: *17997191274* PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
 NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_  
 NOME DA EMPRESA: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC): \_\_\_\_\_  
 COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

VERSÃO DO ENVOLVIDO: *passageiro veículo de, aluno escolar, criança.*

CONFIRMAR ESTOUCIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO  COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC ASSINATURA: *gentero Claudineia de Souza Santos Berges*  
**PREENCHER EM LETRA DE FORMA**

P.M. do Estado de São Paulo  
 17-09-2014  
 Rua XV de Novembro, 145 - Centro  
 Novo Horizonte/SP

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDIÇÃO: VÍTIMA = V AUTOR = A INDICIADO = I SINDICADO = S TESTEMUNHA = T CONDUTOR = C PROPRIETÁRIO = PR PASSAGEIRO = PA PEDESTRE = PE PARTE NÃO DEFINIDA = PN

DADOS PESSOAIS	Nº	CONDIÇÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)		RG	DC	UF
	<input type="checkbox"/>	CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS)	PAI	MÃE			
		ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)					
	NACIONALIDADE		NACIONALIDADE		UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
	CURS (PELE)		ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	OUTRO DOC	NÚMERO	UF
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)				COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
	BAIRRO			MUNICÍPIO	UF		
	CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA				
	NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO					TELEFONE	
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)				COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
DADOS FUNCIONAIS	NOME DA EMPRESA			ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			
	COMPLEMENTO		BAIRRO	MUNICÍPIO		UF	
	CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA				
	VERSÃO DO ENVOLVIDO						
<input type="checkbox"/> ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO <input type="checkbox"/> COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC				ASSINATURA			

DADOS PESSOAIS	Nº	CONDIÇÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)		RG	DC	UF
	<input type="checkbox"/>	CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS)	PAI	MÃE			
		ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)					
	NACIONALIDADE		NACIONALIDADE		UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
	CURS (PELE)		ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	OUTRO DOC	NÚMERO	UF
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)				COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
	BAIRRO			MUNICÍPIO	UF		
	CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA				
	NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO					TELEFONE	
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)				COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
DADOS FUNCIONAIS	NOME DA EMPRESA			ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			
	COMPLEMENTO		BAIRRO	MUNICÍPIO		UF	
	CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA				
	VERSÃO DO ENVOLVIDO						
<input type="checkbox"/> ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO <input type="checkbox"/> COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC				ASSINATURA			

CONFERE COM

PREENCHER EM LETRA DE FORMA

## QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDIÇÃO: VÍTIMA = V    AUTOR = A    INDICIADO = I    SINDICADO = S    TESTEMUNHA = T    CONDUTOR = C    PROPRIETÁRIO = PR    PASSAGEIRO = PA    PEDESTRE = PE    PARTE NÃO DEFINIDA = PN

DADOS PESSOAIS	Nº	CONDIÇÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)		RG	DC	UF	
	<input type="checkbox"/> CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) <input type="checkbox"/> ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)		PAI	MÃE				
	NACIONALIDADE			NACIONALIDADE			UF	SEXO
	DATA DE NASCIMENTO							
	CÚTIS (PELE)		ESTADO CIVIL	PROFISSÃO		OUTRO DOC	NÚMERO	UF
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)					COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
	BAIRRO		MUNICÍPIO			UF		
	CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA					
	NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO						TELEFONE	
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)					COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
DADOS FUNCIONAIS	NOME DA EMPRESA			ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)				
	COMPLEMENTO		BAIRRO		MUNICÍPIO		UF	
	CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA					
	VERSÃO DO ENVOLVIDO							
<input type="checkbox"/> ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO <input type="checkbox"/> COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC				ASSINATURA				

## VEÍCULOS ENVOLVIDOS

NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA	NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA	NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA
UF	MUNICÍPIO		UF	MUNICÍPIO		UF	MUNICÍPIO	
CHASSI			CHASSI			CHASSI		
ESPÉCIE/TIPO			ESPÉCIE/TIPO			ESPÉCIE/TIPO		
MARCAMODELO		ANO FAB	MARCAMODELO		ANO FAB	MARCAMODELO		ANO FAB
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	CATEGORIA		COR PREDOMINANTE
CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO	CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO	CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO
PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		DANOS	PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		DANOS	PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		DANOS
		<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA			<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA			<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA

CROQUI

PREENCHER EM LETRA DE FORMA

17-0002-17-0001  
 17 de Novembro, 165 - Centro  
 Novo Horizonte-SP

**PREENCHER EM TODAS AS OCORRÊNCIAS**

**CARACTERÍSTICAS DO LOCAL**

<input type="checkbox"/> BANCO	<input type="checkbox"/> PAVELA	<input type="checkbox"/> INTERNO
<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO COMERCIAL	<input type="checkbox"/> EXTERNO
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> HABITAÇÃO COLETIVA (CORTIÇO)	<input type="checkbox"/> PRESERVADO
<input type="checkbox"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NÃO PRESERVADO

**ILUMINAÇÃO**

<input type="checkbox"/> LUZ SOLAR	<input type="checkbox"/> NOITE COM LUZ ARTIFICIAL
<input type="checkbox"/> ENTARDECEER OU AMANHIECER	<input type="checkbox"/> NOITE SEM LUZ ARTIFICIAL

**TEMPO**

<input type="checkbox"/> BOM
<input type="checkbox"/> NEBLINA
<input type="checkbox"/> CHUVA

**PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRANSITO**

**TIPO DE ACIDENTE**

<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> ENGAVETAMENTO
<input type="checkbox"/> ABALROAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROP. PEDESTRE
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROP. ANIMAL
<input type="checkbox"/> OUTROS	

**SEMÁFORO**

<input type="checkbox"/> OPERANDO
<input type="checkbox"/> DEFEITUOSO
<input type="checkbox"/> DESLIGADO
<input type="checkbox"/> INEXISTENTE

**OUTRAS FORMAS DE SINALIZAÇÃO**

VISÍVEIS ?  SIM  NÃO

QUAIS ?

**TIPO DA PISTA**

<input type="checkbox"/> ASFALTO
<input type="checkbox"/> PARALELEPIEDO
<input type="checkbox"/> CONCRETO

<input type="checkbox"/> TERRA
<input type="checkbox"/> CASCALHO

**CONDIÇÕES DA PISTA**

<input type="checkbox"/> SECA
<input type="checkbox"/> MOLHADA
<input type="checkbox"/> INUNDADA

<input type="checkbox"/> ESBURACADA
<input type="checkbox"/> ENLAMEADA
<input type="checkbox"/> OLEOSA

<input type="checkbox"/> OBSTRUIDA
<input type="checkbox"/> EM OBRAS
<input type="checkbox"/> INTERROMPIDA

**RELATÓRIO DA AUTORIDADE POLICIAL MILITAR**

Area for reporting the incident details, containing multiple horizontal lines for text entry.

**INTEGRANTES DA GUARNIÇÃO / PATRULHA**

RE (ENCARREGADO)	DC	NOME DE GUERRA (ENCARREGADO)	RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA
RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA

**DESTINO DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> JUÍZADO ESPECIAL CRIMINAL	Nº PROTOCOLO	<input type="checkbox"/> DISTRITO POLICIAL	NÚMERO DO BO - PC
RECEBIDO POR	RG	VISTO	NOME DO DELEGADO DE POLÍCIA

**ENCARREGADO**

POSTO/GRAD

ASSINATURA

**COMANDANTE / OFICIAL RESPONSÁVEL**

CLASSIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

POLÍCIA ADMINISTRATIVA

POLÍCIA JUDICIÁRIA

POSTO/NOME DE GUERRA

VISTO

**AUTENTICAÇÃO**

Area for authentication signature and stamp.

**PREENCHER EM LETRA DE FORMA**

CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE – SP  
Diretoria de Recursos Humanos

CNPJ (MF) 45.152.139/0001-99

Emancipado em 28/10/1917

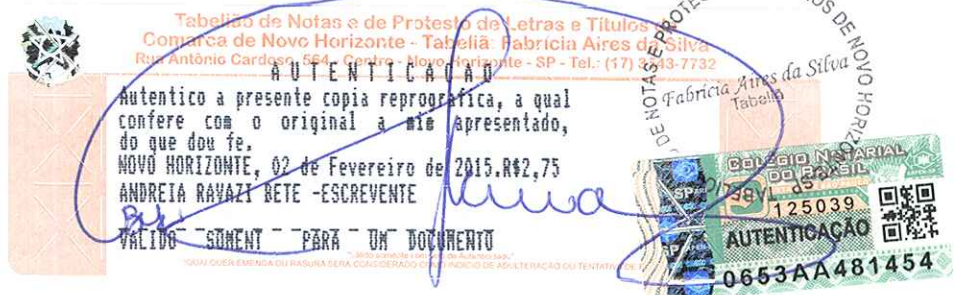
DECLARAÇÃO


Declaro para os devidos fins que, **Antonio da Silva** empregado (a) público (a) municipal, admitido em 18/07/2001, empossado no cargo de Motorista I sofreu acidente de trabalho em 05/11/2014 sendo esse seu último dia trabalhado, se mantendo afastado até a presente data junto ao Regime Geral de Previdência Social – INSS, com previsão de retorno dia 28/02/2015.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Novo Horizonte, 02 de fevereiro de 2015.

  
Emerson Kleber Munuera  
Diretoria de Recursos Humanos



  
Novo Horizonte  
17-04-1775  
Av XV de Novembro, 745 - Centro  
Novo Horizonte/SP





PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE – SP  
Diretoria de Recursos Humanos

CNPJ (MF) 45.152.139/0001-99

Emancipado em 28/10/1917

Novo Horizonte, 09 de dezembro de 2014

À  
Agência da Previdência Social

Prezados Senhores,

Declaramos que o Senhor **Antonio da Silva**, portador do RG nº 19.968.685 e do CPF nº 092.483.088-30, é empregado deste Órgão Público Municipal, onde exerce a função de **Motorista I**, admitido em 18/07/2001, pertencente ao quadro de empregados públicos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo seu regime previdenciário o Regime Geral da Previdência Social, sofreu acidente de trabalho, conforme Comunicação de Acidente anexo, no dia 05/11/2014, ficando afastado nos dias 06 e 07 de novembro, (08/11 e 09/11 – Final de Semana) retornando ao trabalho no dia 10/11, trabalhando até dia 11/11, voltando a se afastar, devido as lesões, no dia 12/11 quando foi reaberto a Comunicação de Acidente de Trabalho, conforme cópia também anexa.

Sendo que tínhamos a declarar.

Novo Horizonte, 09 de dezembro de 2014.

Prefeitura Municipal de Novo Horizonte

*Aline Michelmani*  
Aline Michelmani Nóbrega

Agente Administrativo I

RG: 46.628.647-8



# Prefeitura Municipal de Novo Horizonte

Praça Dr. Euclides Cardoso Castilho, 185 – Centro – Tel. (17) 3543-9003 / 3543-9000  
CNPJ N.º 45.152.139/0001-99 - e-mail: administracao@novohorizonte.sp.gov.br

Novo Horizonte, 03 de dezembro de 2014.

Ilmo. Senhor  
ANTONIO DA SILVA  
Novo Horizonte - SP


Carta n° 726/2014

Prezado Senhor,

Pela presente, e para darmos prosseguimento ao Processo de Expediente PMNH n° 4149/14, referente ao acidente de trânsito ocorrido no dia 05/11/14, envolvendo veículo desta municipalidade conduzido por Vossa Senhoria e o veículo KOMBI, placas BFV 2699, de propriedade da empresa ICM Incorporadora Cardoso Machado Ltda, notificamos para que no prazo de 10 (dez) dias, após o recebimento desta, apresente defesa por escrito, sobre os fatos ocorridos, sob pena de lhe ser atribuída a culpa pelo acidente.

Informamos ainda, que a defesa poderá ser realizada por advogado ou pessoa esclarecida, e que Vossa Senhoria poderá arrolar testemunhas e produzir todas as provas de seu interesse.

Atenciosamente,

  
TOSHIO TOYOTA  
Prefeito Municipal

Novo Horizonte, 15 de dezembro de 2014.

Processo nº 4149/2014

Ilmo. Sr.

Prefeito Municipal

Venho por meio deste, em atenção à Carta nº 726/2014, do Processo de Expediente PMNH nº 4.149/14, referente ao Acidente de Trânsito ocorrido no dia 05/11/2014, envolvendo veículo desta municipalidade conduzido por mim e uma KOMBI, Placas BFV-2699, de propriedade da empresa ICM Incorporadora Cardoso Machado Ltda, informar o quanto se segue.

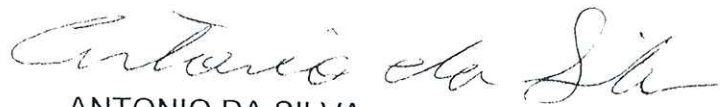
Conduzindo a KOMBI Escolar desta Prefeitura, eu descia pela Avenida Alfredo Branco de Queiroz, próximo ao Restaurante Guanabara, quando, de repente, o condutor que vinha pela minha frente, brecou bruscamente para evitar atropelar um gato que atravessava a via, como pode-se comprovar no próprio depoimento do condutor do veículo, Sr. Marcelo Cardoso Machado, no Boletim de Ocorrência à fls 07-v dos autos.

Diante disso, pela freada inesperada do condutor Marcelo a minha frente, não tive como parar, colidindo na traseira do veículo.

Informo ainda, que tanto o veículo desta Prefeitura, quanto o colidido, estávamos em baixa velocidade.

Logo após o acidente, resgatei imediatamente as crianças que estavam na Perua, e as pessoas que estavam no local telefonaram para o Corpo de Bombeiros e a Polícia. Fomos encaminhados para o Hospital, onde fiquei em observação o restante da tarde.

Nada mais,



ANTONIO DA SILVA  
Servidor Municipal



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
Ministério da Previdência e Assistência Social  
Instituto Nacional de Seguro Social

### COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 17004901597

Número do Benefício: 6087088583 Espécie: 91

Número do Requerimento: 162698838

Ao Sr.(a): ANTONIO DA SILVA

Endereço: ANTONIO PEDRO TOMITAO 583, SAO BENEDITO

CEP: 14960000 Município: NOVO HORIZONTE UF: SP

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

**Fundamentação Legal:** Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 09/01/2015, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 28/02/2015

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 28/02/2015, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 28/02/2015 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 16 de janeiro de 2015

#### INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - NOVO HORIZONTE Endereço: RUA HENRIQUE DIAS 855 ,  
CENTRO

CEP: 14960000 Município: NOVO HORIZONTE UF: SP

**Termo de Responsabilidade:** Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 16 de janeiro de 2015

Assinatura do Requerente / Representante Legal



**American Life Companhia de Seguros**

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220

CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

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

Eu ANTÔNIO DA SILVA, portador do RG nº 19.968.685-3, expedido por SSP, na data de 09/11/2012 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 092.483.088-30, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por \_\_\_\_\_, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

**Dados Bancários para Crédito**

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

ANTÔNIO DA SILVA

Número de Banco e Nome                      Número da Conta e Dígito                      Número da Agência (sem dígito)

Nº 104 CAIXA ECONÔMICA                      00020504 / 7                      0801

Tipo de Conta                      (X) Conta Corrente                      ( ) Conta Poupança

**Categoria do Beneficiário(a)**

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- ( ) **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- (X) **maior (igual ou acima de 18 anos)**
- ( ) **incapaz**- o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data  
Novo Horizonte - 19/10/2015

Antonio da Silva  
Assinatura do beneficiário (a)  
assinar conforme consta em RG

Local e Data  
\_\_\_\_\_

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)  
assinar conforme consta em RG

**ORIENTAÇÕES IMPORTANTES**

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.