

Ofício 114/18

Juiz de FORA 15 MARÇO 2018

A/C: Departamento de Sinistros

DEMLURB

Visando dar entrada no Sinistro de DIT conforme documentação anexa:

CARLOS AUGUSTO DE O CANIM

AVISO DE SINISTRO

CAT

RG CPF CNH

COMPROVANTE RESIDENCIA/DECLARAÇÃO

HOLERITE

DECLARAÇÃO EMPREGADOR

LAUDOS DE 07/11/17 A 15/02/18

DUT

ATENDIMENTO URGENCIA

BO

DECLARAÇÃO HOSPITAL

AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO

RX

ATENCIOSAMENTE



VERTCON SEGUROS LTDA
JUIZ DE FORA



VERTCON
Clube de Seguros

BÓLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:					SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMIM					Data Nascimento
RG	Estado Civil	Sexo	MATRICULA / RE	CPF	Natural de	
Cônjuge						Data Nascimento

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.

07.11.2017
Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e consequências.

ESTAVA NO TRAJETO DO TRABALHO DE moto
QUANDO VIM A COLIDIR NUM POSTE, TENDO
FRATURA RADIO DISTAL BRACÇO DIREITO.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.
07/11/2017 - AS 17:14/15	PERICULAMENTO NO BRACÇO DIREITO (ANEXO RELATÓRIO DO HOSPITAL TERESINHA DE JESUS).
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	Sim
Em caso negativo quais foram as causas	
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?	Não
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	101 dias
O Acidentado teve alta? Em que data?	Sim em 15/02/18
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	Não
Qual o percentual de redução Funcional?	
Nome do Médico Assistente.	
Endereço do Médico.	
RUA MARECHAL DEODORO	
LOCAL / DATA	JUIZ DE FORA 15, 02, 18
	CRM Dr. Felipe Baitão Gaspar MÉDICO CRM-MG 21.239 CONTROLE 1639173 Assinatura do Médico sob carimbo

REC VERSO



DRA. SORAYA MOREIRA ROCHA
CRM-MG 21.239

LOCAL	Data	Assinatura do Acidentado
	12 MAR 2018	Carlos Augusto de O. Camim

Assinatura do Acidentado

VERS
OFÍCIO DE NO

BALTA - RECONHECER
FIRMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
M8819850 SSP MG

CPF
043.597.466-10 DATA NASCIMENTO
14/01/1980

FILIAÇÃO
ALBINO CARLOS CANIN
ANTONIA DE OLIVEIRA CANIN

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
05068183076 VALIDADE
25/01/2021 1ª HABILITAÇÃO
01/11/2010

OBSERVAÇÕES
HAB PROD PERIGOSOS;
HAB ESCOLAR;
HAB COLETIVO;
HAB EMERGENCIA;
HAB CARGA INDIVISIVEL;
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Assinatura do Portador
Carlos Augusto de O. Canin

LOCAL
JUIZ DE FORA, MG DATA EMISSÃO
09/08/2016

Assinatura do Emissor
João Octacílio Silva Neto
Diretor DETRAN/MG 71886805455
MG497532778

DETRAN MG (MINAS GERAIS)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1346730092

PROIBIDO PLASTIFICAR
1346730092

TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Barão do Rio Branco, 2380 - Centro - Juiz de Fora - MG - Tel.: 3215-3118

Declaro ser autêntica a presente fotocópia cujo original me foi apresentado. Do que dou fe
Em teste da verdade.

EMOL 4,53 TF 1,48 RECONPEO 27 TOTAL: R\$ 6,29
Juiz de Fora - MG, 03/03/2018 - 16:02

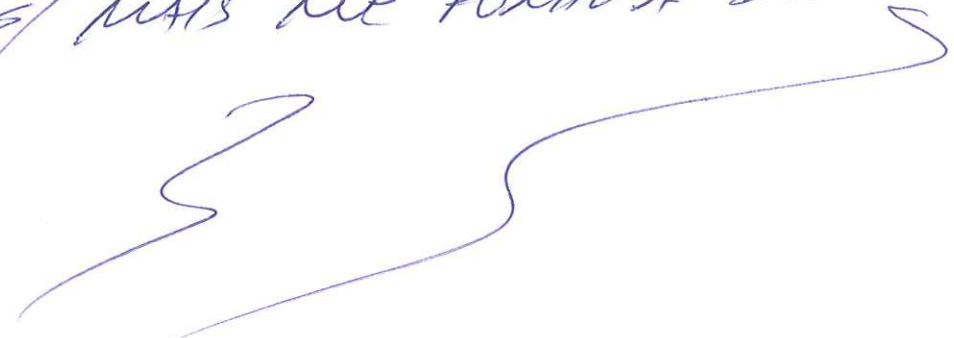
FERNANDO A. MOTA TABELIÃO

SUBSTITUTOS
LUIZA D. R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE
CARLOS A. DE ALMEIDA - ARILDES MACEDO
JULIANA C. CAMPOS



DECLARAÇÃO

EU CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMIN, DECLARO QUE MORO NA RUA WALDYR MARTINS DE OLIVEIRA Nº 180 C/OP JUNTAMENTE COM MEU PAI E DEMAIS FAMILIARES SENDO QUE NO CAT (COMUNICADO DE ACIDENTE DE TRABALHO) ESTA RUA ANTONIO MODAIS LOPES 170 QUE FICA NA RUA ATRÁS DA CASA DO MEU PAI ONDE MORO ATUALMENTE. S/ MAIS ME POUÇA A DISPOSICION



+ Carlos Augusto de O. Camin



CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.
CNPJ 06.981.180/0001-16
Inscr. Estadual 062.322136.0087
Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1
Belo Horizonte - CEP 30.190-131
Belo Horizonte - MG - Brasil

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF: 009111497

Controle:

01.055/R4S0DBB452/0046

Emissão: 08/02/2018

Impressão: 08/02/2018

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criado pela

Emissão autorizada pelo Regime Especial/PTA Nº 45.000009762.37 - SEF/MG

Lei nº 10.438 de abril de 2002

ALBINO CARLOS CANIN

Nº DO CLIENTE: 7000938321

RUA WALDYR MARTINS DE OLIVEIRA
190 CS 1

SAO JUDAS TADEU

JUIZ DE FORA - MG

CEP: 36087-610

MEDIDOR Nº: ABC002047504

Nº da Instalação	Subclasse	Classe
3001479781	RESIDENCIAL	Residencial Monofásico
Datas de Leitura		Data de Referência a:
Anterior	Atual	Próxima
10/01	08/02	09/03
08/02	09/03	08/02
09/03	08/02	FEV/2018

Informações Técnicas				
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo
Energia Elétrica	15345	15465	1	120

VALORES FATURADOS			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	120	0.74847016	89,79

ENCARGOS/COBRANÇAS			
Descrição			Valor R\$
Contrib. Custeio Ilum. Pública			14,97

TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)			
Energia Elétrica kWh			0.49414000

CPF: 013.884.376-30

RESERVADO AO FISCO

3686.1DB1.4855.E991.34C9.BC4B.AE57.715A

ICMS		PASEP		COFINS	
Base de Cálculo (R\$):	Alíquota:	Valor (R\$):			
89,79	30	26,94	R\$ 0,75	R\$ 2,81	

Informações de Faturamento			VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
Parcela	Valor - R\$	%	03/03/2018	R\$ 104,76

Indicadores de Qualidade de Fornecimento					
Juiz de Fora 1	Mês: 12/2017	Valores Permitidos			
Apurado Mensal	Mensal	Trimestral	Anual		
DIC	0,00	5,19	10,38	20,77	
FIC	0,00	3,23	6,47	12,95	
DMIC	0,00	2,94	5,88	11,76	
DICRI	0,00	12,22	24,44	48,88	
Tensão Nominal: 127/220 V	Min: 117/202 V	Max: 133/231 V			
Valor Encargo de Uso do Sistema Distribuição: R\$ 32,21					

Histórico do Consumo				REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES	
Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturamento		
JAN/2018	129	4,30	30		
DEZ/2017	130	4,19	31		
NOV/2017	126	4,06	31		
OUT/2017	114	4,07	28		
SET/2017	145	4,39	33		
AGO/2017	139	4,63	30		
JUL/2017	140	4,62	32		
JUN/2017	137	4,56	30		
MAI/2017	159	4,96	32		
ABR/2017	152	5,24	29		
MAR/2017	161	5,36	30		
FEV/2017	162	5,58	29		

Informações Gerais

Tarifa vigente conforme Res Anel nº 2.248, de 23/05/2017.

JAN/2018 Band. Verde - FEV/2018 Band. Verde

O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade exercida no local.

Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando www.cemig.com.br

Leitura realizada conf. calendário de faturamento.

CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 008029739037

Febre, coceira, dor de cabeça e outros sintomas.

Pode ser dengue, chikungunya ou zika.

Beba muita água e vá a uma unidade do SUS.



UNIDADE DE LEITURA:

07134642

CONTA CONTRATO

008029739037

VENCIMENTO

03/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 104,76

REFERENTE A: FEV/2018 N° DA INSTALAÇÃO: 3001479781

83660000001-9 04760138000-0 62854962611-5 08029739037-1





AUTO-ATENDIMENTO - AG. HALFELD J. FORA

DATA: 24/02/2018

HORA: 17:15:40

TERMINAL: 25191019

CONTROLE: 251910190264

CAIXA ECONOMICA FEDERAL DATA: 24.02.2018 - 17,15

FOPAG DEMLURB

CNPJ: 020.430.120/0001-36

MES/ANO DE REFERENCIA: 11/2017

Nome: CARLOS AUGUSTO OLIVEIRA CANIN

Cargo: AUXILIAR DE SERVICOS

Letra: D

Cod	Vencimentos	Unid	Valor
00001	SALARIO BASE	1	1157,26
00192	PONTO FACULTATIVO	3	153,88
00380	ADC PART. COL. RES - A	65,00	727,15
00700	HORA EXTRA 50%	56	441,86
00820	ADICIONAL NOTURNO	20	26,30
00890	INSALUBRIDADE 40%		381,52

Total de Vencimentos: 2.887,97

Cod	Descontos	Unid	Valor
00002	IRRF	7,5	35,81
00018	SINERPU - SEGURO V	11/2017	20,25
00060	FPSM - FD. PREV. SERV	11	127,30
00156	KIT LANCHE	0	3,00
00648	SINERPU - PLANO OD	11/2017	12,00

Total de Descontos: 198,36

Total Liquido: 2.689,61

Sal. Base	Base IRRF	Aliq IRRF
0,00	2.760,67	0,00
Base FPSM	Base FGTS	Val. FGTS
1.157,26	0,00	0,00

SENHA PARA SERVICOS NA INTERNET: 55406033

SITE: www.demlurb.pjf.mg.gov.br

B2167,14654,35555,0673E



JUIZ DE FORA
PREFEITURA



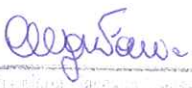
Juiz de Fora, 26 de fevereiro de 2018

DECLARAÇÃO

Declaramos que, **CARLOS AUGUSTO OLIVEIRA CANIN**, é servidor deste Departamento Municipal de Limpeza Urbana – **DEMLURB**, admitido em 28/08/2007 na função de **AUXILIAR DE SERVIÇOS(ROTAS)**, o mês estava afastado em Acidente de Trabalho, desde o dia 07/11/2017 e teve alta em 15/02/2018, sendo que o mesmo ficou afastado num total de 101(Cento e Um)dias, e o mesmo já retornou às suas atividades laborativas.

Atenciosamente,

20430120/0001-361
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
LIMPEZA URBANA - DEMLURB
AV. FRANCISCO VALADARES, 1000
VILA IDEAL CEP 36020-420
JUIZ DE FORA - MG


Cristiane Maria de Moraes
Chefe da Divisão de Planejamento e Controle
DEMLURB

DEMLURB

Av. Francisco Valadares, 1.000 - Vila Ideal - CEP 36.020-420 - Tel: (32) 3690-3501 / 3502
Juiz de Fora - MG

**JUIZ DE FORA**

PREFEITURA

Nº 0265

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO (CAT)

095 3285

INSTITUIÇÃO

SECRETARIA ÓRGÃO:

Departamento Municipal de Limpeza Urbana

ENDEREÇO:

Av. Francisco Valadares nº 1000 - Vila Ideal

MUNICÍPIO:

Juiz de Fora

ESTADO:

MG

CNPJ:

20.430.120/0001-36

CÓDIGO DA ATIVIDADE:

90.00-0

ACIDENTADO

NOME:

Carlos Augusto de Oliveira Canim

ENDEREÇO (RUA, N.º, CIDADE):

Fernando Moraes Lopes, 190 - S. JUDAS TADEU

DATA DO NASCIMENTO

14/01/1980

IDADE:

37

SEXO:

MASC

ESTADO CIVIL:

CASADO

CTPS / CARTEIRA DE IDENTIDADE:

MG 8819850

PROFISSÃO:

Ajudante de Serviços

SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO:

-

REABERTURA DA CAT:

SIM

NÃO

X

POR:

HORA

DIA

MÊS

X

REINÍCIO TRATAMENTO:

SIM

NÃO

X

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE:

07/11/2017

HORA:

16H45

SETOR DO ACIDENTADO:

Cofre de Noturno

TIPO DE ACIDENTE:

Trazido

DATA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO:

07/11/2017

LOCAL DO ACIDENTE:

VIA BO PMMG

HOUVE REGISTRO POLICIAL?

SIM

X

BO Nº

NÃO

X

OBJETO CAUSADOR:

VIA BO PMMG

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):

VIA BO PMMG

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE LIMPEZA URBANA
CONFERE COM ORIGINAL**

EM 26 / 02 / 2018

Cristina Maria Machado Gomes Pa
Chefe da Divisão de Planejamento e Co
DEMLURB**TESTEMUNHAS**

NOME:

-

ENDEREÇO:

NOME:

-

ENDEREÇO:

LAUDO DE EXAME MÉDICO

1 - Apresentação do Acidentado

HPS

07/11/17 16:55

2 - Descrição da(s) lesão(ões)

Trauma punho

3 - Diagnóstico provável

Trauma punho

4 - Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso?

5 - Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teria(m) provocado?

6 - Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado:

X

Hospitalar

X

Ambulatorial

7 - Duração provável do tratamento:

(sessenta)

60 dias

8 - O acidentado foi hospitalizado em:

data

local

data GH/AT

9 - Deverá o acidentado, afastar-se do trabalho?

X SIM () DIAS

NÃO

10 - Condições patológicas preexistentes ao acidente:

NÃO

11 - Observações:

Rx + INO + ultra-
som

Localidade:

Juiz de Fora

Data:

28/11/17

MÉDICO DE ATENDIMENTO:

Francisco Antônio de Oliveira

CRM MG 18132

Serviço médico a que foi encaminhado:

H.P.C. SULTA

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIP
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALORES: _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____

CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): *Carlos Augusto de Oliveira Canin*

ASSINATURA DO COMPRADOR: *Carlos Augusto de Oliveira Canin*

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 369 C.P.C.

TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Av. Barão do Rio Branco, 2380 - Centro - Juiz de Fora - MG - Tel.: 3215-3118

Declaro ser autêntica a presente fotocópia cujo original me foi apresentado. De que dou fé.

Em teste _____ da verdade.

ENOL 4,53 - R\$ 6,29

JUIZ FERNANDO R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE

— CARLOS A. DE ALMEIDA - ARIIDES MACEDO

— ANILIANA C. CAMPOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - MG

Nº 012646104610
 76551147415

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 01

00767949307

043.597.466-10

GZZ-8041

RONALDO LUCIO SPINELLI

9C2MC35002R011067111

PAS/MOTOCICLETA

HONDA/CBX 250 TWISTER

02L/249CC

GASOLINA

2001/2002

AZUL

MOTOR: MC35E-201167

JUIZ DE FORA MG

19/08/16

SGSM



PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA

REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO MÉDICA

Secretaria de Administração e Recursos Humanos
Subsecretaria de Pessoas
Departamento de Ambiente Organizacional

Nº DO LAUDO

84745

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN			MATRICULA
ENDEREÇO WALDIR MARTINS DE OLIVEIRA			SECRETARIA DEMLURB
BAIRRO / CIDADE SÃO JUDAS TADEU	DATA DE NASCIMENTO 14/01/1980	TELEFONE (32)8838-4106	PRONTUÁRIO Nº 016442
CARGO AUX DE SERVIÇOS		REGIME JURIDICO (X)ESTATUTÁRIO ()CONTRATO OU COMIS. () CLT	
EFETIVO NA PJF (X)SIM ()NÃO	VÍNCULO COM A PJF? CARGO (S) EFETIVO(S) - Quantos? 01	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos?	

MOTIVO DA LICENÇA/AFASTAMENTO

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:

- ☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE
☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA
☐ LICENÇA MATERNIDADE / PRORROGAÇÃO
☐ PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO / READAPTAÇÃO FUNCIONAL
☒ PERÍCIA

E APRESENTA:

- ☐ ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO
☐ SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
☐ EXAMES COMPLEMENTARES
☐ OUTROS _____



ASSINATURA DO SERVIDOR / RESPONSÁVEL

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 07, 11, 17 até 15, 02, 18
B) TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____
C) ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____
D) MATERNIDADE NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____

EM CASO DE TRATAMENTO DE SAÚDE:

O TRATAMENTO É CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO? ☒ SIM ☐ NÃO

O AFASTAMENTO SE ENQUADRA NO PARÁGRAFO ÚNICO, DO ARTIGO 115, DA LEI Nº 8710/95. ☒ SIM ☐ NÃO

TRATA-SE DE LICENÇA:

☐ INICIAL ☒ PRORROGAÇÃO

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO

- ☒ O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES
☐ ENCAMINHADO À READAPTAÇÃO
☐ VOLTAR PARA EXAMES TRÊS DIAS ANTES DO TÉRMINO DA LICENÇA
☐ ENCAMINHADO AO INSS
☐ SER APOSENTADO POR INVALIDEZ A PARTIR DE ____/____/____
☐ ENCAMINHADO À PERÍCIA

Declaro que durante o período de licença por Motivo de Saúde, não exercerei outra atividade remunerada, estando ciente de que o descumprimento da norma estabelecida no § 3º do artigo 91 da Lei nº 8.710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita às penalidades previstas na legislação municipal.

Em ____/____/____



ASSINATURA DO SERVIDOR / RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO SERVIDOR / RESPONSÁVEL

15/2/18

DRA. SÓFIA MOREIRA
CRM-MG 21208

21238

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

67566

MS/DATASUS		HOSPITAL PRONTO SOCORRO DR MOZART GERALDO TEIXEIRA	
No. DO BE: 1171374		DATA: 07/11/2017 HORA: 17:14 USUARIO: ADRIANA ALVES	
CNS:		SETOR: 06 - P.A. CIRURGIA GERAL	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN	DOC....	: M8819850
IDADE.....	: 37 ANOS NASC: 14/01/1980	SEXO...	: MASCULINO
ENDERECO.....	: RUA ANTONIO MORAES LOPES	NUMERO:	: 190
COMPLEMENTO...	: CASA	BAIRRO:	: SAO JUDAS TADEU
MUNICIPIO.....	: JUIZ DE FORA	UF: MG	CEP....: 36087-600
NOME PAI/MAE...	: ALBINO CARLOS CANIN	/ANTONIA DE	OLIVEIRA CANIN
RESPONSAVEL...	: USB 05 ANDERSON 707802688945011	TEL....	: 32 9 88384
PROCEDENCIA...	: BARBOSA LAGE - BAIRRO		: 106
ATENDIMENTO...	: VITIMA ACIDENTE AUTOMOBILISTICO		
CASO POLICIAL..	: SIM	PLANO DE SAUDE....	: NAO
ACID. TRABALHO:	: SIM	VEIO DE AMBULANCIA:	: SIM
TRAUMA:	NAO		
PA: [	X	mmHg]	PULSO: [] TEMP.: []
EXAMES COMPLEMENTARES:	[] RAO X	[] SANGUE	[] URINA [] TC
	[] LIQUOR	[] ECG	[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS: Paciente relata acidente motociclístico com perda de consciência. Queixa dor em mandíbula e bolsa escrotal. Glasgow 15, estável, ressonância livre, pele estável. mvc ARA			
Rx			
DIAGNOSTICO:		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
Ed: parar a neurocirurgia			
DATA DA SAIDA: / /		HORA DA SAIDA:	
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA [] DESISTENCIA			
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO			
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):			
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL			
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO	

6756

MS/DATASUS HOSPITAL PRONTO SOCORRO DR MOZART GERALDO TEIXEIRA

No. DO BE: 1171370 DATA: 07/11/2017 HORA: 16:50 USUARIO: ADRIANA ALVES
 -CNS: SETOR: 09 - P.A. TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN DOC....: M8819850
 IDADE.....: 37 ANOS NASC: 14/01/1980 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA ANTONIO MORAES LOPES NUMERO: 190
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: SAO JUDAS TADEU
 MUNICIPIO.....: JUIZ DE FORA UF: MG CEP....: 36087-600
 NOME PAI/MAE...: ALBINO CARLOS CANIN /ANTONIA DE OLIVEIRA CANIN
 RESPONSÁVEL...: USB 05 ANDERSON 707802688945011 TEL....: 32 9 88384
 PROCEDENCIA...: BARBOSA LAGE - BAIRRO 106
 ATENDIMENTO...: VITIMA ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: []

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
☐ LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

*Trauma punho
 Dor intensa edema
 Deformidade
 Queixa punho dor bolsa serosa
 DIAGNOSTICO: Trauma e/ou devio punho*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

A I H

MPS/SUE/SS
 CONFERE COM
 ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / /
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
☒ A REVELIA [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL

X Joelma da Costa Valério Lima
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Francisco Antônio de Oliveira
 CRM 112

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MINAS GERAIS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Carlos Augusto de Oliveira Corim / 37a

01-PROTOCOLO MANCHESTER

INICIO DE TRIAGEM:

06:54

FIM DE TRIAGEM:

06:57

TEM ALERGIA A ALGUM REMÉDIO:

☐ SIM

☒ NÃO

QUEIXA PRINCIPAL:

Colisão moto x obj fixo (poste), lesão confusa da cabeça
da região inguinal e bolsa escrotal, escoriações MMSS, MMII
Sat. no local 90% bpa.

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

Sat O2 = 93

FC: 83

Temp.:

Glicemia:

Régua dor nº:

PA:

VERMELHA

LARANJA

AMARELO

VERDE

ECG 14

ENCAMINHADO:

CLÍNICA

CIRURGIA

ORTOPEDIA

AZUL

ODONTO

UBS

OUTROS

OUTRA UNIDADE.URGENCIA:

PSIQUIATRIA

PROFISSIONAL:

CRM/ COREN:

Jusselaine da Graça Silva
ENFERMEIRA
COREN-MG 292881

2. REAVALIAÇÃO DE MANCHESTER

INÍCIO DA TRIAGEM :

FIM DA TRIAGEM :

QUEIXA PRINCIPAL:

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

Sat O2 =

FC:

Temp.:

Glicemia:

Régua dor nº:

PA:

VERMELHA

LARANJA

AMARELO

VERDE

ECG

ENCAMINHADO:

CLÍNICA

CIRURGIA

ORTOPEDIA

AZUL

ODONTO

UBS

OUTROS

OUTRA UNIDADE.URGENCIA:

PSIQUIATRIA

PROFISSIONAL:

CRM/ COREN:

3. AVALIAÇÃO DO TRAUMA:

INAIS VITAIS DO PRÉ-HOSPITALAR:

VEIO DE AMBULÂNCIA:

☒ SIM

☐ NÃO

T: P: 89 R: 20 PA: 140 x 60 SAT: 90-95 ECG: 14 HGT: 113 mg/dl

1-MECANISMO DE TRAUMA: PAF: ☐ SIM ☒ NÃO FAB: ☐ SIM ☒ NÃO AUTO/BICICLETA/MOTO ☒ SIM ☐ NÃO

TRAUMA ALTA TRANSFERÊNCIA: ☒ SIM ☐ NÃO QUEDA ALTURA (>50%ALTURA): ☐ SIM ☐ NÃO HOUVE EJEÇÃO DO

VEÍCULO, MORTES OU GRANDE DEFORMAÇÃO DO VEÍCULO: ☐ SIM ☒ NÃO

2-DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO: PERDA DE CONSCIÊNCIA: ☐ SIM ☒ NÃO sabe relatar

PERDA DE SENSIBILIDADE OU FORÇA OU ESFÍNCTER: ☐ SIM ☒ NÃO ONDE?

3-ENCONTRADO FORA VEÍCULO: ☐ SIM ☒ NÃO moto relaxado c/ concreto por Terceiro

4-IMOBILIZAÇÃO ADEQUADA: ☒ SIM ☐ NÃO ANOTAR ALTERAÇÃO:

5-DISTÚRPIO COAGULAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO ANOTAR:

RECEBEU MEDICAÇÃO: ☒ SIM ☐ NÃO ANOTAR: SFO 19.1. 500 ml AUPMSE. Jelco 18

TRIAGEM INICIOU SAIS DE REHIDRATAÇÃO ORAL? ☐ SIM ☒ NÃO

ATENÇÃO: EM SITUAÇÃO DE POSSÍVEL DEMORA, PREENCHER E CARIMBAR:

☐ ESPECIALISTA ESTAR EM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

☐ NÚMERO EXCESSIVO DE ATENDIMENTOS

☐ NÚMERO EXCESSIVO DE ATENDIMENTOS COM ALTA GRAVIDADE

CARIMBO E ASSINATURA

MP/S/SUE/SS

HORA DA ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

CONFERE COM

ORIGINAL

n



BOLETIM DE Ocorrência

BO NÚMERO

CIAD/P-2017-60450006

FI. 1/6

UNIDADE RESPONSÁVEL PELO REGISTRO PEL PTRAN/4 CIA PM IND PE/4 RPM		MUNICÍPIO JUIZ DE FORA	
UNIDADE DE ÁREA RESPONSÁVEL			
UNIDADE MILITAR: 173 CIA PM/27 BPM/4 RPM			
UNIDADE POLICIAL: 3ª DELEGACIA DE POLICIA CIVIL/JUIZ DE FORA			
DATA DO REGISTRO 07/11/2017 18:05		DESTINATÁRIO 3ª DELEGACIA DE POLICIA CIVIL/JUIZ DE FORA	
ORIGEM DA COMUNICAÇÃO			
COMO FOI SOLICITADO O ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA LIGACAO TELEFONICA		DATA DA COMUNICAÇÃO 07/11/2017	HORA DA COMUNICAÇÃO 15:46
DADOS DA OCORRÊNCIA / ATIVIDADE			
PROVÁVEL DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA PRINCIPAL T00009 - ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA			
ALVO DO EVENTO XXXX		TENTADO / CONSUMADO CONSUMADO	
DATA/HORA DO FATO 07/11/2017 15:46	DATA/HORA DO INÍCIO DO ATENDIMENTO NO LOCAL 07/11/2017 15:48	DATA/HORA FINAL DO ATENDIMENTO 07/11/2017 19:05	DATA/HORA FINAL DO PREENCHIMENTO 07/11/2017 19:05
DESCRIÇÃO DO LUGAR VIA DE ACESSO PUBLICA		COMPL DE LOCAL MEDIATO VIA DE ACESSO PUBLICA	
LOCAL (AV., RUA, ETC) AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE / RUA ONOFRE DE OLIVEIRA SALLES			
NÚMERO XXXX	KM XXXX	COMPLEMENTO XXXX	BAIRRO / VILA CIDADE DO SOL
MUNICÍPIO JUIZ DE FORA		UF MG	PAÍS BRASIL
PONTO DE REFERÊNCIA XXXX		LATITUDE -21° 43' 3,59"	LONGITUDE -43° 24' 8,04"
TIPO VIA XXXX			
CAUSA PRESUMIDA OUTROS - CAUSAS RELACIONADAS A TRANSITO			
DESCRIÇÃO OUTRAS CAUSAS PRESUMIDAS NÃO FOI POSSÍVEL APURAR A CAUSA DO ACIDENTE.			
QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS			
ENVOLVIDO 1			
SEXO MASCULINO	TIPO ENVOLVIMENTO CONDUTOR DE VEICULO E VITIMA	TIPO DE PESSOA FISICA	COD. NATUREZA T00009
DESCRIÇÃO NATUREZA ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA		TENTADO / CONSUMADO CONSUMADO	
NOME COMPLETO CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN			
NACIONALIDADE BRASILEIRA	DATA NASCIMENTO 14/01/1980	NATURALIDADE / UF SAO PAULO / SP	
IDADE APARENTE 37	GRAU DA LESÃO GRAU DA LESAO - IGNORADO	ESTADO CIVIL CASADO	
ORIENTAÇÃO SEXUAL IGNORADO		IDENTIDADE DE GÊNERO NAO SE APLICA	
ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR VÍTIMA ENTREGUE AO HOSPITAL	NÚMERO DA FICHA 1171371	NOME DA UNIDADE DE SAÚDE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL	
CUTIS BRANCA	OCUPAÇÃO ATUAL GARI		
RELAÇÃO VÍTIMA / AUTOR IGNORADA			
MÃE ANTONIA DE OLIVEIRA CANIN			
PAI ALBINO CARLOS CANIN			
TIPO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CARTEIRA DE IDENTIDADE CIVIL			
NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDADE 8819850	ÓRGÃO EXPEDIDOR SESP - SECRETARIA ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA	UF MG	CPF / CNPJ 04359746610
ESCOLARIDADE ALFABETIZADO			
ENDEREÇO (AV., RUA, ETC) RUA WALDIR MARTINS OLIVEIRA	NÚMERO 190	KM XXXXX	COMPLEMENTO XXXX
BAIRRO SAO JUDAS TADEU	MUNICÍPIO JUIZ DE FORA	UF MG	
PAÍS BRASIL	CEP XXXX	TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR XXXX	TELEFONE COMERCIAL/CELULAR XXXX
PESO ESTIMADO XXXX	ALTURA ESTIMADA XXXX	CALVÍCIE ? XXXX	COR CABELO XXXX

DIGITADOR: PM1229756

REGISTRO PENDENTE DE RECIBO ELETRÔNICO

GERADO POR: PC1352498

08/11/2017 11:13

Registro sujeito a alterações até o dia 08/11/2017 19:05



BOLETIM DE Ocorrência

BO NÚMERO

CIAD/P-2017-60450006

FI. 2/6

ENVOLVIDO 1

COR OLHOS XXXX	ESTRABISMO ? XXXX	DEFICIÊNCIA FÍSICA XXXX
AMPUTAÇÃO XXXX		
ATITUDES/SINAIS DE EMBRIAGUEZ NÃO / XXXX		
SINAIS DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS ? NÃO	SOFRIMENTO MENTAL XXXX	
DEFICIÊNCIA AUDIOVISUAL XXXX		
CICATRIZ XXXX		
DEFORMIDADE XXXX		
LOCAL / TIPO TATUAGEM XXXX		
LOCAL / TIPO ACESSÓRIO XXXX		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES XXXX		
ETILÔMETRO FOI UTILIZADO NESTE ATENDIMENTO ? NÃO		
MOTIVO NÃO HOUVE NECESSIDADE	OUTROS NÃO HOUVE NECESSIDADE	
PRISÃO / APREENSÃO SEM PRISAO	HOUE USO DE ALGEMAS / IMOBILIZAÇÃO DE ENVOLVIDOS ? NÃO	

ENVOLVIDO 2

SEXO FEMININO	TIPO ENVOLVIMENTO CUSTODIANTE	TIPO DE PESSOA FÍSICA	COD. NATUREZA T00009	TENTADO / CONSUMADO CONSUMADO
DESCRIÇÃO NATUREZA ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA				
NOME COMPLETO JOELMA DA COSTA VALERIO CANIN				
NACIONALIDADE BRASILEIRA	DATA NASCIMENTO 19/08/1984	NATURALIDADE / UF JUIZ DE FORA / MG		
IDADE APARENTE 33	ESTADO CIVIL CASADO			
ORIENTAÇÃO SEXUAL IGNORADO	IDENTIDADE DE GÊNERO NAO SE APLICA			
CUTIS BRANCA	OCUPAÇÃO ATUAL DO LAR			
MÃE MARIA DA GLORIA COUTO VALERIO				
PAI GERALDO DA COSTA VALERIO				
TIPO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CARTEIRA DE IDENTIDADE CIVIL				
NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDADE 13790925	ÓRGÃO EXPEDIDOR SESP - SECRETARIA ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA	UF MG	CPF / CNPJ 07448137603	
ESCOLARIDADE ALFABETIZADO				
ENDEREÇO (AV., RUA, ETC) RUA WALDIR MARTINS OLIVEIRA	NÚMERO 190	KM XXXXX	COMPLEMENTO XXXX	
BAIRRO SAO JUDAS TADEU	MUNICÍPIO JUIZ DE FORA			UF MG
PAÍS BRASIL	CEP XXXX	TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR XXXX	TELEFONE COMERCIAL/CELULAR XXXX	

ANEXO TRÂNSITO

TIPO DE ACIDENTE CHOQUE	
DANOS AO PATRIMÔNIO PRIVADO XXXX	
PÚBLICO	
FEDERAL	XXXX
ESTADUAL	XXXX
MUNICIPAL	XXXX

VEÍCULOS



VEÍCULOS

VEÍCULO 1

SITUAÇÃO DO LOCAL

ACIDENTE COM VITIMA, LOCAL DESFEITO PARA DESOBRUIR O TRANSITO

ENVOLV. NR. 1	SITUAÇÃO VEÍCULO VEICULO LIBERADO	MOTIVO APREENSÃO XXXX
NR. CRLV/GIA XXXX	RENAVAM 767949307	TIPO DE VEÍCULO MOTOCICLETA
CHASSI 9C2MC35002R011067	MARCA / MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER	MUNICÍPIO JUIZ DE FORA
ESPECIE PASSAGEIRO	CATEGORIA PARTICULAR	ACOPADO? XXXX
PLACA GZZ-8041	COR PREDOMINANTE AZUL	ANO EXERCÍCIO 2017
	ANO FABRICAÇÃO 2001	SEGURO OBRIGATÓRIO ? XXXX
		SEGURO OPCIONAL ? XXXX

NOME PROPRIETÁRIO

CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN

OS DADOS DO VEÍCULO FORAM VALIDADOS NO SDAK?

SIM

DADOS CONDUTOR SIM	PAÍS DE EMISSÃO BRASIL	TIPO NOVA	Nº DO REGISTRO 05068183076	CATEGORIA AD	RECOLHIDA ? NÃO	UF MG
DATA 1ª HABILITAÇÃO 01/11/2010	DATA VENCIMENTO 25/01/2021	SITUAÇÃO DO CONDUTOR HABILITADO				

SENTIDO DO TRÁFEGO DO VEÍCULO (ORIGEM/DESTINO)

DECRESCENTE

TACÓGRAFO

DECRESCENTE

Nº OCUPANTES

1

HOVE CONDIÇÕES DE PRODUIR MATERIAL FOTOGRÁFICO ?

NÃO - FALTA DE EQUIPAMENTO FOTOGRÁFICO

TODOS OS OCUPANTES DO VEÍCULO

ENVOLVIDO CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN	DISPOSITIVO DE SEGURANÇA DISP. SEGURANÇA - IGNORADO	OCUPANTE CONDUTOR DE VEICULO E VITIMA (1305)
--	--	--

DANO(S) APARENTE(S)

CONFORME RELATÓRIO DE DANOS DO VEÍCULO

VEÍCULO TRANSPORTANDO CARGA XXXX	Nº DA ONU XXXX	Nº DA NOTA FISCAL XXXX	VALOR DA NOTA FISCAL XXXX	EXPEDIDOR XXXX
-------------------------------------	-------------------	---------------------------	------------------------------	-------------------

MERCADORIA TRANSPORTADA

XXXX

DINÂMICA DO ACIDENTE - VEÍCULO 1

NATUREZA DO MOVIMENTO DO VEÍCULO

SEGUINDO EM FRENTE

PONTO DE IMPACTO

FRENTE CENTRAL

VIA PISTA DUPLA	NÚMERO DE FAIXAS DE TRÁNSITO 2 (DUAS)
LARGURA DA PISTA LARGA (ACIMA DE 7.0M)	TRAÇADO DA PISTA CURVA
RELEVO DA PISTA PLANO	SEPARAÇÃO FÍSICA CANTEIRO

CONDIÇÃO DA PISTA

BOA

PAVIMENTO

ASFALTO

ACOSTAMENTO

NAO HA

CALÇADA

BOM/BOA

CARACTERÍSTICA DA VIA

OUTRAS

MÃO DE DIREÇÃO DA VIA

DUPLA

OBRA DE ARTE

NAO HA OBRA DE ARTE

SUPERFÍCIE DA PISTA

SECA

TEMPO

BOM

LUMINOSIDADE

DIA

SINALIZAÇÃO VERTICAL

BOA

SINALIZAÇÃO HORIZONTAL

BOA

SINALIZAÇÃO EXISTENTE

OUTROS (NO HISTORICO)

MARCAS LONGITUDINAIS (VIÁRIAS)

FAIXA INTERMITENTE

CONTROLE DE TRÁFEGO

INEXISTENTE

RESTRIÇÃO DE VISIBILIDADE

NAO HA

VELOCIDADE PERMITIDA EM KM/H

XXXX

DANOS/AVARIAS - VEÍCULO 1

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

SIM

1. GARFO DIANTEIRO

DIGITADOR: PM1229756

REGISTRO PENDENTE DE RECIBO ELETRÔNICO

GERADO POR: PC1352498

08/11/2017 11:13

Registro sujeito a alterações até o dia 08/11/2017 19:05



VEÍCULOS

DANOS/AVARIAS - VEÍCULO 1

2. MESA SUPERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA				NÃO INFORMADO
3. MESA INFERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA				NÃO INFORMADO
4. COLUNA DE DIREÇÃO				NÃO INFORMADO
5. CHASSI				NÃO
6. GARFO TRASEIRO				NÃO
7. EIIIXO TRASEIRO (TRICICLOS)				NÃO
TOTAL SIM	TOTAL NA	TOTAL GERAL (SIM + NA)		MONTA
4		4		MÉDIA

OBSERVAÇÕES

DANOS APARENTES NO SETOR FRONTAL.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA / ATIVIDADE

DESLOCAMOS ATÉ O LOCAL DO ACIDENTE ONDE A VIATURA PREFIXO 25008 NO COMANDO DO SGT DA COSTA JÁ SE ENCONTRAVA ADOTANDO AS PRIMEIRAS PROVIDÊNCIAS, E O MOTOCICLISTA SR CARLOS AUGUSTO JÁ SE ENCONTRAVA RECEBENDO ATENDIMENTO MÉDICO NO INTERIOR DO SAMU SOB O SOCORRISTA QUINTANILHA; A MOTOCICLETA SE ENCONTRAVA CAÍDA NA PISTA DA DIREITA DA AVENIDA NO SENTIDO BENFICA X CENTRO DE FRENTE A UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, POSTE ESTE QUE APRESENTAVA UMA MARCA EM SUA BASE INDICANDO QUE A MOTOCICLETA TERIA COLIDIDO NAQUELE PONTO. APLICAMOS A LEI 5970/73 E RETIRAMOS O VEÍCULO DA PISTA DEVIDO AO RISCO DE OCORRER NOVOS ACIDENTES E ESTAR OCORRENDO GRANDE CONGESTIONAMENTO NA VIA. O MOTOCICLISTA SE ENCONTRAVA TOTALMENTE CONFUSO NÃO CONSEGUINDO RELATAR O QUE HAVIA ACONTECIDO. O SAMU ENCAMINHOU A VÍTIMA PARA O HPS ONDE ESTE FOI ATENDIDO CONFORME FICHA Nº 1171371 APRESENTANDO LESÃO NO PUNHO DIREITO E DOR NA REGIÃO PÉLVICA ALÉM DE NÃO CONSEGUIR SE LEMBRAR O QUE HAVIA ACONTECIDO. A MOTOCICLETA E OS PERTENCES DO MOTOCICLISTA FORAM ENTREGUES PARA SUA ESPOSA SRA JOELMA DA COSTA VALÉRIO.

Perícia Técnica

PERÍCIA TÉCNICA COMPARECEU?	PREFIXO DA VIATURA	PLACA DA VIATURA	PERITO (MATRÍCULA - NOME)
NAO	XXXX	XXXX	XXXX - XXXX
MOTIVO DO NÃO COMPARECIMENTO			
APLICADA A LEI 5970/73 DEVIDO AO RISCO DE OCORRER NOVOS ACIDENTES E GRANDE CONGESTIONAMENTO NA VIA.			

VIATURAS

VIATURA 1

TIPO DA VIATURA		ÓRGÃO		
PRINCIPAL		POLICIA MILITAR		
DESCRIÇÃO / OBSERVAÇÃO				
VIATURA COM CELA -				
PLACA	PREFIXO / ÓRGÃO	REGISTRO GERAL	PREFIXO PADRÃO	PROBLEMAS DURANTE O ATENDIMENTO
PYW3403	XXXX	25008	25008	XXXX

VIATURA 2

TIPO DA VIATURA		ÓRGÃO		
COBERTURA		POLICIA MILITAR		
DESCRIÇÃO / OBSERVAÇÃO				
VIATURA COM CELA -				
PLACA	PREFEIO / ÓRGÃO	REGISTRO GERAL	PREFIXO PADRÃO	PROBLEMAS DURANTE O ATENDIMENTO
PYW3348	XXXX	25006	25006	XXXX

MILITARES/POLICIAIS INTEGRANTES

MILITAR/POLICIAL INTEGRANTE

NUM VIATURA	MATRÍCULA	CARGO
1	1229467	3 SARGENTO
NOME COMPLETO		
MARCO AURELIO DA COSTA		
CORPORAÇÃO		
POLICIA MILITAR		
UNIDADE		
1 PEL/269 CIA PM/27 BPM/4 RPM		

MILITAR/POLICIAL INTEGRANTE

NUM VIATURA	MATRÍCULA	CARGO
1	1423235	CABO
NOME COMPLETO		
RODRIGO RODRIGUES MENDES		
CORPORAÇÃO		
POLICIA MILITAR		
UNIDADE		
3 PEL/269 CIA PM/27 BPM/4 RPM		

MILITAR/POLICIAL INTEGRANTE



MILITAR/POLICIAL INTEGRANTE

NUM VIATURA 2	MATRÍCULA 1229756	CARGO 3 SARGENTO
------------------	----------------------	---------------------

NOME COMPLETO

APARECIDO JOSE DA SILVA

CORPORAÇÃO

POLICIA MILITAR

UNIDADE

PEL PTRAN/4 CIA PM IND PE/4 RPM

MILITAR/POLICIAL INTEGRANTE

NUM VIATURA 2	MATRÍCULA 1305564	CARGO CABO
------------------	----------------------	---------------

NOME COMPLETO

KLEBER BONETTI COELHO

CORPORAÇÃO

POLICIA MILITAR

UNIDADE

PEL PTRAN/4 CIA PM IND PE/4 RPM

DADOS PARA CONTROLE INTERNO/RELATOR DA OCORRÊNCIA

UNIDADE

PEL PTRAN/4 CIA PM IND PE/4 RPM

MATRÍCULA 1229756	NOME COMPLETO APARECIDO JOSE DA SILVA
----------------------	--

CARGO
3 SARGENTO

CORPORAÇÃO

POLICIA MILITAR

ASSINATURA

RECIBO DA AUTORIDADE A QUE SE DESTINA OU SEU AGENTE / AUXILIAR POLICIAL
OU RECIBO DO RESPONSÁVEL CIVIL

DESTINATÁRIO / RECIBO 1

Recebi o "Boletim de Ocorrência" de Número BO CIAD/P-2017-60450006 e Número de REDS 2017-033834238-001 para conhecimento e providências, bem como as pessoas, materiais, objetos, animais, substâncias e/ ou documentos que, existindo, estejam descritos ou assinalados neste documento.

DATA XXXX	HORA XXXX	MATRÍCULA XXXX	NOME XXXX
--------------	--------------	-------------------	--------------

CARGO

XXXX

ÓRGÃO/UF

POLICIA CIVIL / MG

UNIDADE

3ª DELEGACIA DE POLICIA CIVIL/JUIZ DE FORA

PROVIDÊNCIA A SER TOMADA PELA AUTORIDADE

XXXX

ITENS ENTREGUES A ESTE DESTINATÁRIO

XXXX

ASSINATURA

RECIBO GERADO POR

PM1229756 - APARECIDO JOSE DA SILVA

DATA DE CRIAÇÃO DO RECIBO:

07/11/2017 18:44

DESTINATÁRIO / RECIBO 2

DATA XXXX	HORA XXXX	MATRÍCULA XXXX	NOME XXXX
--------------	--------------	-------------------	--------------

CARGO

XXXX

ÓRGÃO/UF

POLICIA CIVIL / MG

UNIDADE

COORDENACAO DE ADMINISTRACAO DE TRANSITO

PROVIDÊNCIA A SER TOMADA PELA AUTORIDADE

XXXX

ITENS ENTREGUES A ESTE DESTINATÁRIO

XXXX



SISTEMA INTEGRADO DE DEFESA SOCIAL - POLÍCIA MILITAR

Nº 2017-033834238-001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO NÚMERO

CIAD/P-2017-60450006

Fl. 6/6

ASSINATURA

RECIBO GERADO POR:

DATA DE CRIAÇÃO DO RECIBO:

07/11/2017 19:05

***** FIM DO REGISTRO: O RESTANTE DA PÁGINA DEVE SER INUTILIZADO. *****

DIGITADOR: PM1229756

REGISTRO PENDENTE DE RECIBO ELETRÔNICO

Registro sujeito a alterações até o dia 08/11/2017 19:05

GERADO POR: PC1352498

08/11/2017 11:13



CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN

LAUDO MÉDICO

PACIENTE DE 37 ANOS, TRANSFERIDO DO HPS PARA HMTJ DIA 08/11/17.
RELATA COLISÃO MOTO X POSTE DIA 07/11/17 COM PERDA DE
CONSCIENCIA. FOI ATENDIDO NO HPS ONDE FORAM FEITAS
RADIOGRAFIAS QUE DIAGNOSTICARAM FRATURA DE RADIO DISTAL
DIREITO.

PACIENTE ENCAMINHADO PARA CENTRO CIRURGICO NO DIA 10/11/17
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA COMINUTA E GRAVE
DE RADIO DISTAL COM CHANCES DE EVOLUIR PARA PSEUDOARTROSE
REALIZADO OSTEOSINTESE COM PLACA T E PARAFUSOS, REALIZADO
FIXAÇÃO COM FIOS K SOB RADIO E UTILIZADO FIXADOR EXTERNO TIPO
COLLES. OBSERVADO FRATURA DO ESCAFOIDE, OPTADO POR TRATAMENTO
CONSERVADOR. PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS, BOA
PERFUSÃO DISTAL.

Juiz de Fora, 11 de NOVEMBRO de 2017



Hospital Therezinha de Jesus
Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33. São Mateus
CEP 36025-330
Juiz de Fora - MG
Tel.: (32) 4009-2277

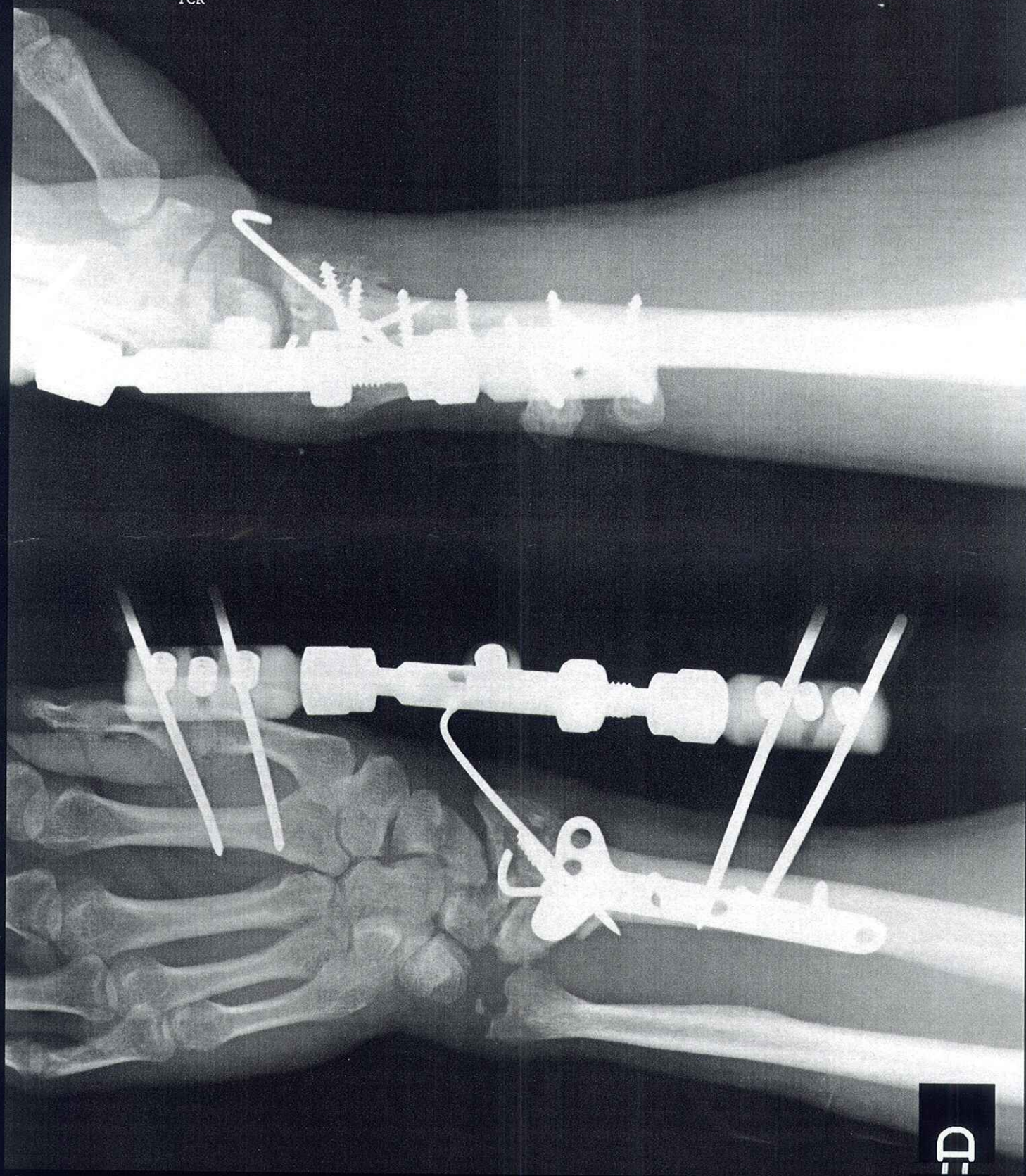
TCR E RADIOTEC
CARLOS ALGUSTO OLIVEIRA 687
07-11-2017 05:33:27PM



D

08-12-2017 712085 80.1
CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN

TCR



D



American Life Companhia de Seguros
Av. Angelica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220
CNPJ: 67.865.380/0001-27
Fone: (11) 3017-0022 - Fax: (11) 3017-0020

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO EM CONTA-CORRENTE/POUPANÇA

Nº do Sinistro: _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização 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 no recebimento da indenização no banco.

Eu CARLOS AUGUSTO OLIV. CARLIN
portador do R.G. nº 48.819.850, expedido por SSP/SP (46), na data 14/01/80, e
C.P.F. nº 043.597.466-10, CNPJ nº _____ na
qualidade de beneficiário (a) do valor referente a indenização do seguro de vida da vítima _____
Autorizo a Seguradora _____ a efetuar o respectivo pagamento / crédito,
de acordo com a forma abaixo indicada :

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO (Indicar apenas um tipo)

☐	CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	BANCO (NOME E NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO	Nº DA CONTA CORRENTE	DÍGITO
☒	CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA	BANCO (NOME E NÚMERO) <u>1536</u>	Nº AGÊNCIA <u>24004-013</u>	DÍGITO	Nº DA CONTA POUPANÇA <u>173004</u>	DÍGITO <u>0</u>
☐	CRÉDITO EM CONTA CONJUNTA	BANCO (NOME E NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO	Nº DA CONTA CONJUNTA	DÍGITO

Telefone (DDD+ Nº) _____ E-mail: _____

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

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 da referida indenização.

Obs.: O preenchimento deste formulário não é garantia de pagamento de indenização

LOCAL E DATA

Carlos Augusto Oliv. Carlin
ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)
(Assinar igual ao RG - Não precisa reconhecer firma)

ATENÇÃO: Preencher corretamente os dados de sua conta corrente, agência e banco, verificando sempre os dígitos, evitando assim a devolução do crédito.

32.98838 4106