

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO	DATA SINISTRO	ORA	MODALITA' APERTURA		
219/AR/12	15/11/2012	12.30	DENUNCIA AGENTE		
LINEA	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO		ANGOLO		
21	TARANTO - VIA DANTE ALIGHIERI		VIA CAGLIARI		
DIREZIONE		N° SOCIALE	TARGA AUTOBUS		
FARO - PORTO MERCANTILE		541	CX 205 XG		
MATR. AGENTE	COGNOME	NOME	Codice Fiscale		
140100	FONTANA	QUINTO FRANCO	FNTQTF54S30E8820		
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	DATA ASSUNZIONE	COMUNE DI RESIDENZA	C.A.P.	
MANDURIA	30-11-54	02-03-83	MANDURIA	74024	
DOMICILIO	TIPO PATENTE	N° PATENTE	RILASCIATA A	DATA RILASCIO	SCADENZA PATENTE
VIA REGINA GIOVANNA	D	TA2106922X	PREF. - TA	10/09/1982	30/11/2014
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T.			COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		
ALLIANZ SPA - DIV. ALLIANZ - RAS					

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	COMUNE DI RESIDENZA
Mercedes	Classe B			
VIA / PIAZZA		COMPAGNIA ASSICURATRICE		
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA			COMUNE DI RESIDENZA	
1° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
MONTERVINO ANNA - Nata a Taranto il 13/03/1973		Residente a Taranto in Corso Italia n.106		
2° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO	COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE	
3° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
4° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

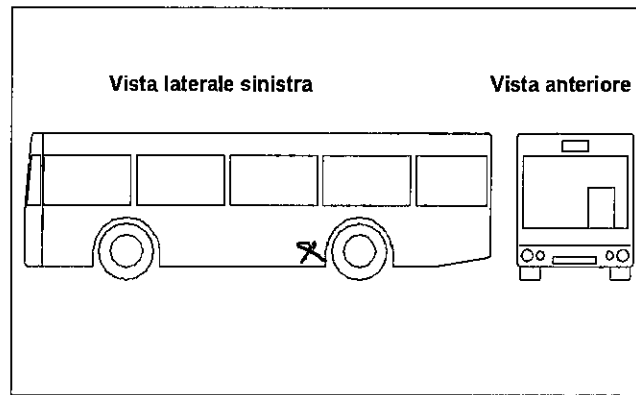
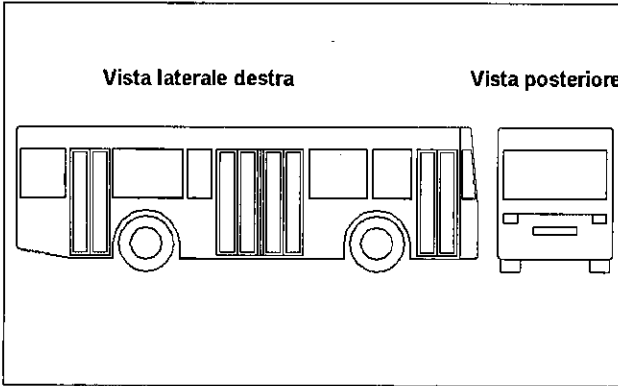
AUTORITA' INTERVENUTA

TESTIMONI

NESSUNO

VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

NESSUNO

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

SUL PARAURTI ANTERIORE LATO DESTRO ERA VISIBILE UN BREVE TRATTO SUPERFICIALE DI VERNICE DEL BUS DI COLORE AZZURRO

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

SINISTRO APERTO INIZIALMENTE D'UFFICIO SU COMUNICAZIONE PROT. 20066 DEL 16/11/2012 DELLA SIG.RA MONTERVINO ANNA.

DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE FONTANA QUINTO FRANCO:

INTORNO ALLE ORE 12.30 DEL 15/11/2012 PERCORREVO VIA DANTE ALIGHIERI CON DIREZIONE "PORTO MERCANTILE". DOPO AVER EFFETTUATO LA FERMATA NEI PRESSI DELL'INCROCIO CON VIA CAGLIARI, MI FERMAVO SULLA CORSIA DI DESTRA AL SEMAFORO ROSSO PRIMO DELLA FILA.

SULLA CORSIA DI SINISTRA, CON OBBLIGO DI SVOLTA A SINISTRA, ERA FERMA GIA' UN'AUTOVETTURA AL SEMAFORO. ALLO SCATTARE DEL VERDE, MI AVVIAMO LENTAMENTE E IN TALE CIRCOSTANZA VEDEVO DALLO SPECCHIETTO ESTERNO SINISTRO UNA VETTURA DI MARCA MERCEDES CLASSE B DI COLORE NERO CHE PROCEDEVA SULLA CORSIA DI SINISTRA DIETRO LA VETTURA FERMA CAMBIARE CORSIA DEVIANDO A DESTRA.

LA CONSEGUENZA DI QUESTA MANOVRA ERA CHE IL MERCEDES CON IL PARAURTI ANTERIORE LATO DESTRO STRISCIAVA MOLTO LIEVEMENTE UN PANNELLO CENTRALE DI COLORE AZZURRO DEL FIANCO SINISTRO DEL BUS.

SUBITO DOPO IL FATTO SCENDEVO DAL BUS PER VERIFICARE EVENTUALI DANNI AL BUS E NON AVENDO RISCONTRATO NULLA MI RIMETTEVO ALLA GUIDA E RIPRENDEVO LA CORSA SENZA ANNOTARMI LA TARGA DELL'AUTOVETTURA CHE ERA CONDOTTA DA UNA DONNA.

POICHE' NON C'E' STATA NESSUNA BRUSCA FRENATA E TANTO MENO UN FORTE URTO NESSUN VIAGGIATORE MI SEGNALAVA DI AVER RIPORTATO DANNI FISICI.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

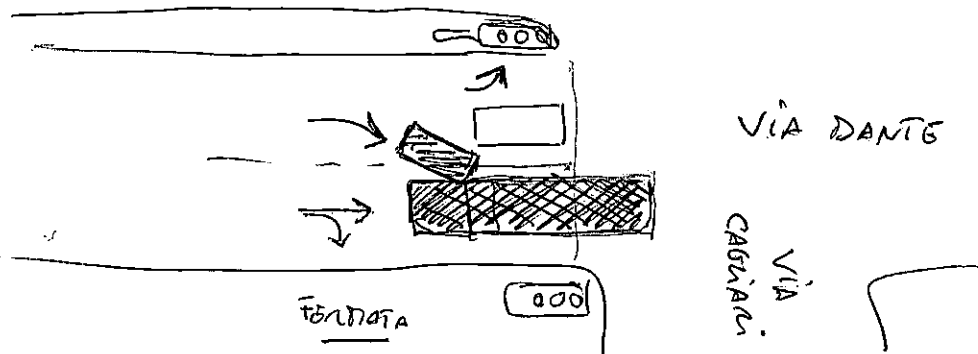
APERTURA SINISTRO

SI NO

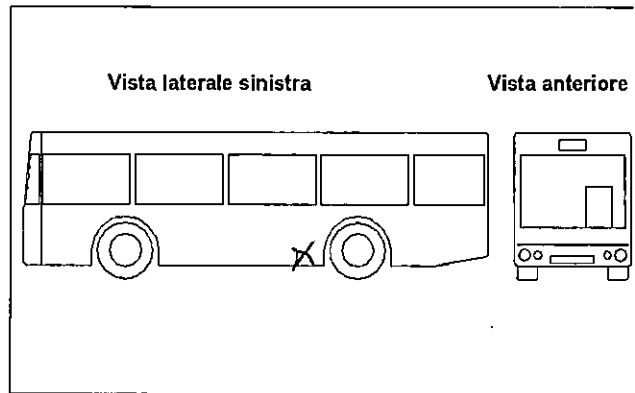
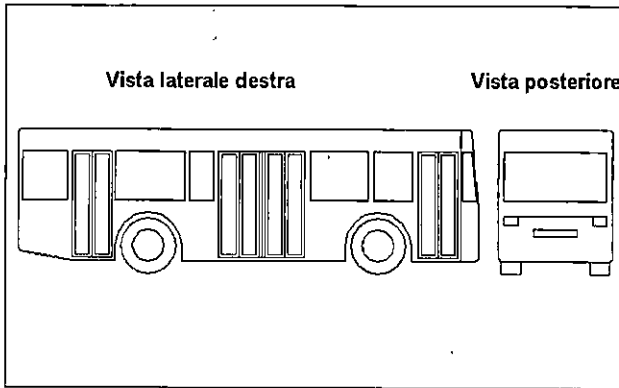
Il Capo Ufficio
[Signature]

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

TA. 04/12/2012 *[Signature]* Il Conducente



DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

NESSUNO

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

SUL PARAURTI ANTERIORE LATO DESTRO ERA VISIBILE UN BREVE TRATTO SUPERFICIALE DI VERNICE DEL BUS DI COLORE AZZURRO

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

SINISTRO APERTO INIZIALMENTE D'UFFICIO SU COMUNICAZIONE PROT. 20066 DEL 16/11/2012 DELLA SIG.RA MONTERVINO ANNA.

DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE FONTANA QUINTO FRANCO:

INTORNO ALLE ORE 12.30 DEL 15/11/2012 PERCORREVO VIA DANTE ALIGHIERI CON DIREZIONE "PORTO MERCANTILE". DOPO AVER EFFETTUATO LA FERMATA NEI PRESSI DELL'INCROCIO CON VIA CAGLIARI, MI FERMAVO SULLA CORSIA DI DESTRA AL SEMAFORO ROSSO PRIMO DELLA FILA.

SULLA CORSIA DI SINISTRA, CON OBBLIGO DI SVOLTA A SINISTRA, ERA FERMA GIÀ UN'AUTOVETTURA AL SEMAFORO. ALLO SCATTARE DEL VERDE, MI AVVIAVO LENTAMENTE E IN TALE CIRCOSTANZA VEDEVO DALLO SPECCHIETTO ESTERNO SINISTRO UNA VETTURA DI MARCA MERCEDES CLASSE B DI COLORE NERO CHE PROCEDEVA SULLA CORSIA DI SINISTRA DIETRO LA VETTURA FERMA CAMBIARE CORSIA DEVIANDO A DESTRA.

LA CONSEGUENZA DI QUESTA MANOVRA ERA CHE IL MERCEDES CON IL PARAURTI ANTERIORE LATO DESTRO STRISCIAVA MOLTO LIEVEMENTE UN PANNELLO CENTRALE DI COLORE AZZURRO DEL FIANCO SINISTRO DEL BUS.

SUBITO DOPO IL FATTO SCENDEVO DAL BUS PER VERIFICARE EVENTUALI DANNI AL BUS E NON AVENDO RISCONTRATO NULLA MI RIMETTEVO ALLA GUIDA E RIPRENDEVO LA CORSA SENZA ANNOTARMI LA TARGA DELL'AUTOVETTURA CHE ERA CONDOTTA DA UNA DONNA.

POICHE' NON C'E' STATA NESSUNA BRUSCA FRENATA E TANTO MENO UN FORTE URTO NESSUN VIAGGIATORE MI SEGNALAVA DI AVER RIPORTATO DANNI FISICI.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

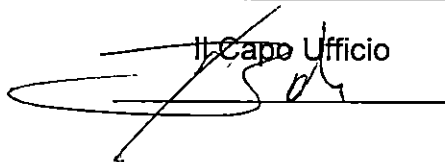
APERTURA SINISTRO

SI NO

Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente



Tar 04/11/2012 Fontana Quinto

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO	DATA SINISTRO	ORA	MODALITA' APERTURA		
219/AR/12	15/11/2012	12.30	DENUNCIA AGENTE		
LINEA	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO		ANGOLO		
21	TARANTO - VIA DANTE ALIGHIERI		VIA CAGLIARI		
DIREZIONE		N° SOCIALE	TARGA AUTOBUS		
FARO - PORTO MERCANTILE		541	CX 205 XG		
MATR. AGENTE	COGNOME	NOME	Codice Fiscale		
140100	FONTANA	QUINTO FRANCO	FNTQTF54S30E8820		
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	DATA ASSUNZIONE	COMUNE DI RESIDENZA	C.A.P.	
MANDURIA	30-11-54	02-03-83	MANDURIA	74024	
DOMICILIO	TIPO PATENTE	N° PATENTE	RILASCIATA A	DATA RILASCIO	SCADENZA PATENTE
VIA REGINA GIOVANNA	D	TA2106922X	PREF. - TA	10/09/1982	30/11/2014
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T.			COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		
ALLIANZ SPA - DIV. ALLIANZ - RAS					

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	COMUNE DI RESIDENZA
Mercedes	Classe B			
VIA / PIAZZA		COMPAGNIA ASSICURATRICE		
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA			COMUNE DI RESIDENZA	

1° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO
MONTERVINO ANNA - Nata a Taranto il 13/03/1973	Residente a Taranto in Corso Italia n.106
2° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO	COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE	
3° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			
4° DANNEGGIATO	NATURA DEL DANNO			

AUTORITA' INTERVENUTA

TESTIMONI

NESSUNO

VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

Taranto, li 16/11/2012

Spett.le
Direzione Amat Spa
Via Cesare Battisti n.657
74121 - TARANTO

La sottoscritta Montervino Anna nata a Taranto il 13/3/1973 e ivi residente in Corso Italia n.106, abbonata tessera n. D7062, trasportata a bordo del bus di linea 21, informa codesta azienda che a seguito dell'incidente stradale verificatosi a Taranto in data 15/11/2012 ore 12.15 circa in Via Dante incrocio con Via Cagliari, ha riportato danni fisici come da certificazione medica che si allega in copia.

Distinti saluti.

Montervino Anna



AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

S.C. DI MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. A. BRUNO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° REG. N° 183573

Data 15/11/12
Orario di Ingresso 17.25
Orario di Uscita 20.00

Cognome RONTERVINO Nome ANNA Sesso M F

Luogo e data di nascita TA 13/03/73

Residenza TA CORDO ITALIA, N. 106

Documento d'identità

Diagnosi Fratture composte delle metacarpi
dx e centrosele pollice sinistro.

LA PRESENTE RELAZIONE NON HA VALIDITÀ MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVA

P.R.

Accertamenti e terapia effettuata V.R.; B) M. spalle dx + piede sin.

Consulenze ORTOPEDIA

Giunto cadavere A disposizione A.G. SI NO Riscontro diagnostico SI NO

Specificare se si tratta di:
 Infortunio sul lavoro Incidente stradale *Motociclista*
 Lesioni provocate Incidente stradale senza responsabilità di terzi
 Infortunio scolastico Incidente domestico
 Incidente sportivo Altro *AUTOBUS LINTA N. 21*
 Morso di animali Accidentale

Data dell'incidente 15/11/12 Luogo dell'incidente VIA DANTE

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: SI NO

Ricovero: NO SI Riparto

Note *Le note ed anamnesi con le indicazioni del
collegio ortopedico Uff. Rx decisa di cont. alle 7 p.m.*

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia e successivamente
in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità. *voluto così*
FIRMA *ortopedica*

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO
STABILIMENTO OSPEDALIERO CENTRALE
PRONTO SOCCORSO
Dot. S. PIZZANO
Cod. Fisc. 910937

NO DOCUMENTO

Lead p

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA"
74100 TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440
Direttore: Dr. Angelo BRUNO

ALLA S.C. DI RADIOLOGIA

RICHIESTA DI ESAME RADIOLOGICO

N. 103573 Taranto 15/01/2012 Ore 17,15

Per il Sig. Monturino Aune

nato a TA il 13/3/73

e residente in TA Via C.SO ITALIA n. 106

Affetto da Tumo occipitale

si richiede Rx: Spalle dx + piedi sinis

Il Medico di guardia

Risposta alla richiesta di Rx: N. 792635 Data

A) Non reperti di significato patologico

B) FRATTURA COMPRESA DELLA NECK KLA W. COMPRESA DISTRETTI
ALTA: LESIONI ISIONI SUPERIORI SPINA CALCANEARE ANTICORRE
E-PORTO...
DEL...
...

Firma TSRM

Ricovero NO SI reparto

Il Medico Radiologo
Struttura Completa SS. Annunziata
Dott. Angelo GALASSI
DIRIGENTE MEDICO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA *Jedi*
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dott. Angelo BRUNO
Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

N. *113573*

Data *15/11/12*

Ora *19,00*

RICHIESTA DI CONSULENZA ALLA S. C. DI *ORTOPEDIA*

Cognome *NOZZI* Nome *ALDO* Sesso *M*

Luogo e data di nascita *TA 13/03/1973*

Residenza *TA 70130 ITALIA NOZZI*

Affetto da *Trauma con osteocondroiti alla gamba destra*

Terapia eseguita in Pronto Soccorso

Prestazioni eseguite in altra S. C.

IL MEDICO DI GUARDIA

Risposta alla richiesta di consulenza

*Chiamata non dolente di tipo perire
in sede di sindrome frattura (perforata!),
Sintomi: gonfiore, dolore, ematoma
D/C 121307 150 5 1 g. t. x 7 p.
brava al coll. x 10 pp.
La persona porta su di sé ortopedici*

Cod. prestazioni eseguite *Contatto con la base del pol. per il
controllo con radiografia*

IL MEDICO CONSULENTE

(DORINA PASCOLINI)

15/11/2002 220 12.15

VIA DANTE ALIGHIERI / 807. VIA CIBINARI

~~10~~ LIOU MOTO CON AZIENDA

L. 21

MONTE RUINO ANNA
(D 7062)

1313173
TARANNO

CEDOLA DI VIAGGIO DEL BUS N° 541 DATA 15/11/2012

RISERVATO OPERATORE DI ESERCIZIO					RISERVATO AI CONTROLLI			
Linea N°	Orario di partenza		Orario di arrivo		OPERATORE: COGNOME E NOME (STAMPATELLO)	Orario	Località	Firma Verificatore (PER ESTESO)
	CAPOLINEA LOCALITÀ	ORE	CAPOLINEA LOCALITÀ	ORE				
20	P.M.	7.08	TALS.	8.43	MARTINO VIO	750	M. G.	(S)
20	TALS.	8.43	P.M.	/	MARTINO VIO			
21	PM	1027	FARO	1157	Fontana			
21	FARO	1157	PM		Fontana			
21	PM	1400	FARO	1515	PANZANO			
21	FARO	1530	PM		PANZANO			
					1630			
					PF			

LISTA DI CONTROLLO (CHECK-LIST)

(Da compilarsi a cura dell'Operatore di Esercizio all'inizio ed alla fine di ogni turno)

1

TURNO DI SERVIZIO n° _____

DALLE ORE 6,24

ALLE ORE 10,18

LINEA 20

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
MARTINO Vito

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

2

TURNO DI SERVIZIO n° _____

DALLE ORE 1000

ALLE ORE 1312

LINEA 21

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
Fontana

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

3

TURNO DI SERVIZIO n° 468

DALLE ORE 1110

ALLE ORE 1202

LINEA 21

FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO
Beltrame G.

CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno
Indicatori di linea	NE	NE
Indicatori di direzione	NE	NE
Impianto illuminazione	NE	NE
Luci interne	NE	NE
Strumentazione di bordo	NE	NE
Obliteratrici	NE	NE
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M
Estintore	M	M
Pulizia del bus	INS	INS
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE

NE = Non Efficiente **M = Mancante** **INS = Insufficiente**

Irregolarità riscontrate durante il servizio (incidenti - guasti - etc.), già comunicata all'Area Tecnica con bolla di lavoro n° _____ del _____:

al rientro - visto: L'ADDETTO MOVIMENTO E TRAFFICO _____ / ore _____

Taranto, li 27 NOV. 2012

Prot.. 20764 UAG

RACCOMANDATA A.P.

Egr. Sig.
Fontana Quinto Franco
Via Regina Giovanna Pal. B Sc. F
74024 - MANDURIA (TA)

OGGETTO: RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI
Ns. Rif. 219/AR/12

Con nota pervenuta in data 16/11/2012, la Sig.ra Montervino Anna ci ha segnalato di aver riportato danni fisici a seguito dell'incidente, non denunciato, verificatosi a Taranto in data 15/11/2012 ore 12.15 in Via Dante Alighieri incrocio con Via Cagliari, tra un autobus della linea 21 e un'autovettura. La sig.ra viaggiava sul bus dell'Amat linea 21.

Poiché da accertamenti eseguiti è risultato essere Lei l'Agente in servizio alla guida del bus 541 linea 21, coinvolto nel sinistro in questione, si richiede di far pervenire all'Ufficio Sinistri, **entro tre giorni dalla data di ricezione della presente**, dettagliata **relazione scritta sui fatti lamentati**.

Qualora Lei non fosse a conoscenza del fatto lamentato dovrà, comunque, essere rilasciata dichiarazione scritta.

Si precisa che il mancato riscontro alla presente richiesta nei termini richiesti, potrebbe costituire grave pregiudizio per l'Azienda e, pertanto, la Sua condotta sarà valutata disciplinarmente ai sensi del R. D. 148/1931.

L'ufficio sinistri aziendale rimane a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

In attesa di Suo riscontro, porgiamo distinti saluti.


IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

Avviso di ricevimento

Raccomandata Pacco

Assicurata Euro _____

Data di spedizione _____

Destinatario _____

Via _____

C.A.P. _____

Egr. Sig.
Fontana Quinto Franco
Via Regina Giovanna Pal. B
74024 - MANDURIA (TA)

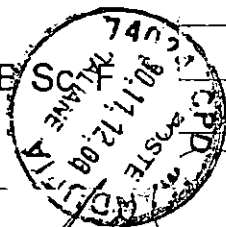
BARI CMP
Poste

04.12.12

14 22 8020 376 2

Numero

Italiane



Fontana Quinto 30/11/12

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Consegna effettuata ai sensi dell'art. 20 D.M. 01.10.08:

Inviî multipli a un unico destinatario

Sottoscrizione rifiutata

Posteitaliane



Avviso di ricevimento

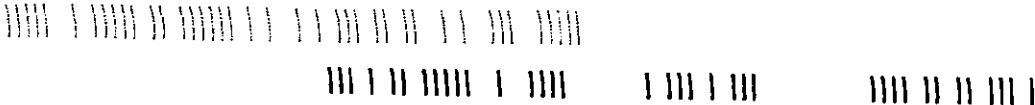
EP2153/EP2160 - Mod. 23 IP - MOD. 01304A - SL [3] Ed. 08/11

Da restituire a _____



A.M.A.F. S.p.A.
AZIENDA PER LA MOBILITA'
NELL'AREA DI TARANTO
Via C. Cattisti, 657
74100 TARANTO

219/A/112





AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA/1
 PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
 STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. Ernesto LUPO
 Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

N° 0549

Data 8/1/05
 Orario di Ingresso 10.30
 Orario di Uscita 10.60

Cognome Montanaro Nome Anna Sesso **F**
 Luogo e data di nascita TA 13/3/73
 Residenza TA via p. Valle 106
 Documento d'identità _____

Diagnosi Trauma antero-orbitario ed retro-orbitario

Prognosi F (viti) P.R.

Accertamenti e terapia effettuata
10/11/05 trattamento oculare e laser
prova di vista

Consulenze _____
 Giunto cadavere A disposizione A.G. SI NO Riscontro diagnostico SI NO

- Specificare se si tratta di:
- Infortunio sul lavoro
 - Lesioni provocate
 - Infortunio scolastico
 - Incidente sportivo
 - Morso di animali
 - Incidente stradale
 - Incidente stradale senza responsabilità di terzi
 - Incidente domestico
 - Altro infortunio L. antebra
 - Accidentale

Data dell'incidente 8/1/05 Luogo dell'incidente Autoscuola Lince 8
Corso Valle - v. ...

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: SI NO

Ricovero: NO SI Reparto _____

Note _____

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

Presidio Ospedaliero Controllo
 S.S. Annunziata
 Struttura di Accettazione e d'Urgenza
 TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

REGIONE PUGLIA
UNITA' SANITARIA LOCALE TA/1
N. 61 PARTITA IVA:02026690731
"SS. ANNUNZIATA" - TARANTO VIA BRUNO, 1

DATA: 08/01/2005

RICEVUTA TICKET N. 2644

Codice fiscale: MNTNNA73C53L049W
Assistito: MONTERVINO ANNA
Data nascita: 13/03/1973
Residenza: TARANTO
Indirizzo: CORSO ITALIA N 106 P.4
Esenz. ticket: NON ESENTE
N.ro ricetta: S 2005000 Y 000001229
Data Referto: 08/01/2005 N. Referto: 549

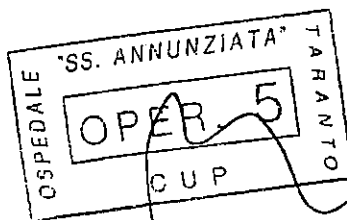
COD.	PRESTAZIONE	SEDE	CEN.COS	Q.TA'	IMPORTO
R040	VISITA SPEC. PRONTO SOCCORSO	0506	0903	1	19,21
TOTALE PRESTAZIONI					19,21
TOTALE TICKET					19,21

FUORI CAMPO IVA ESENTE DA BOLLO
ART. 4/5 D.P.R. 633/72 ART. 9 - D.P.R. 642/72
E SUCCESSIVE MODIFICHE E SUCCESSIVE MODIFICHE

L'addetto alla riscossione
----- 174T -----

Legenda sedi operative e centri di costo:
0506 OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

0903 PRONTO SOCCORSO



Svimservice S.p.A.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA/1
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

S. C. DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. Ernesto LUPO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

Fontanus Qu

Tentis 120

Acl al h. f 5-0 jrn

1781105

Acu

01010851 gct 2

AmAt S.p.A.
Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto

Trasporto pubblico urbano
di persone e bagagli al seguito
Partita IVA 00146330733

BiT Biglietto a Tempo
(90 minuti)

N. 1051313 SERIE 2004

08/05/09:02

Taranto, li 27/11/2012

Egr. Ing.
Cigliese Cosimo
Responsabile Area Commerciale
SEDE

OGGETTO: Sinistro n.222/AR/12 del 18/10/2012
Utente: **Ortona Antonia** Nata a Bitonto il 16/3/1932

Sinistro n.219/AR/12 del 15/11/2012
Utente: **Montervino Anna** Nata a Taranto il 13/3/1973 (Tess. D7062)

Si prega di comunicare se gli utenti indicati in oggetto, al momento del sinistro, erano in possesso di valido abbonamento per poter viaggiare sui bus.

In attesa di cortese riscontro Le porgo distinti saluti.

3

Prof. N° 21027
Del 30 NOV. 2012

P	PRESIDENTE	<input type="checkbox"/>
DG	DIRETTORE GENERALE	<input type="checkbox"/>
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/>
DT	DIRETTORE TECNICO	<input type="checkbox"/>
ME	ESERCIZIO MOVIMENTO	<input type="checkbox"/>
MA3	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	<input type="checkbox"/>
MA	ACQUISTI / CONTRATTI	<input type="checkbox"/>
EC	CONTABILITÀ / BILANCIO	<input type="checkbox"/>
LI	INFORMATICA	<input type="checkbox"/>
UP	PERSONALE / RETRIBUZIONI	<input type="checkbox"/>
UT	TECNICO	<input type="checkbox"/>
UPT	PRODOTTI TRAFFICO	<input type="checkbox"/>
URG	RAGIONERIA / ECONOMATO	<input type="checkbox"/>
STQ	STAFF QUALITÀ	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Il Capo Unità
AA.GG. - P.R. - Sinistri
D.ssa Tiziana Tursi

Prot. n.: 95 UAG

Taranto, li 10 2 GEN. 2013

Egr. Sig.ra
Montervino Anna
Corso Italia n.106
74121 - Taranto

e p.c. Spett.le
Centro Liquidazione Danni
ALLIANZ SPA
Via Acclavio n.2
74123 - TARANTO

OGGETTO: SINISTRO DEL 15/11/2012
Ns. Rif. 219/AR/12

Con riferimento alla Sua comunicazione pervenuta in data 16/11/2012, ns. prot. 20066, si comunica che la stessa è stata portata all'attenzione della ns. Compagnia Assicuratrice ALLIANZ Spa Divisione ALLIANZ – RAS, che ci legge per opportuna conoscenza.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matrichecchia)

Avviso di ricevimento

Raccomandata Pacco

Assicurata Euro _____

Data di spedizione _____

Destinatario _____

Via _____

C.A.P. _____ Lo _____

BARI CMP
Poste

09.01.13 - 17

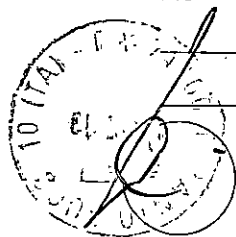
14228020419 7

Numero

Italiane

Dall'ufficio postale di _____

Egr. Sig.ra
Montervino Anna
Corso Italia n.106
74121 - Taranto



Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Consegna effettuata ai sensi dell'art. 20 D.M. 01.10.08:

- Invii multipli a un unico destinatario
 Sottoscrizione rifiutata

Posteitaliane



Avviso di ricevimento

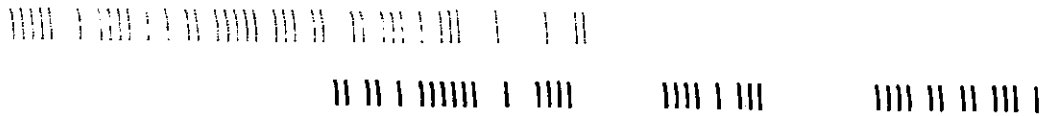
EP2159/EP2160 - Mod. 23 LP - MOD. 01304A - SL [3] Ed. 06/11

Da restituire a _____ A.M.A.F. s.p.a. _____

**AZIENDA PER LA MOBILITA'
NELL'AREA DI TARANTO**
Via C. Battisti, 657
74100 TARANTO



219/Ar112




219/A/12

Taranto, li 16/11/2012

Spett.le
Direzione Amat Spa
Via Cesare Battisti n.657
74121 - TARANTO

La sottoscritta Montervino Anna nata a Taranto il 13/3/1973 e ivi residente in Corso Italia n.106, abbonata tessera n. D7062, trasportata a bordo del bus di linea 21, informa codesta azienda che a seguito dell'incidente stradale verificatosi a Taranto in data 15/11/2012 ore 12.15 circa in Via Dante incrocio con Via Cagliari, ha riportato danni fisici come da certificazione medica che si allega in copia.
Distinti saluti.

Montervino Anna



AMAT s.p.a. - Protocollo in Arrivo
Prot. N. 20066
- 16 NOV. 2012
Ees 16 NOV. 2012
P PRESIDENTE
DG DIRETTORE GENERALE
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DT DIRETTORE TECNICO
UE ESERCIZIO MOVIMENTO
UAG AFFARI GEN./P.R./SINISTRI
UA ACCIUSI/CONTRATTI
UC CONTABILITA'/BILANCIO
UI INFORMATICA
UP PERSONALE/RETRIBUZIONI
UT TECNICO
uLPT PRODOTTI TRAFFICO
uLRG RAGIONERIA/ECONOMATO
STQ STAFF QUALITA'

9

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

S.C. DI MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. A. BRUNO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

RELAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° REG. N° 183573

Data 15/11/12
Orario di Ingresso 17,25
Orario di Uscita 20,00

Cognome RONTERVINO Nome ANNO Sesso M F

Luogo e data di nascita TA 13/03/73

Residenza TA CORSO ITALIA, n. 106

Documento d'identità

Diagnosi Fratture composte delle metà distali di
dx e contusioni piede sinistro.

LA PRESENTE RELAZIONE NON HA VALIDITÀ MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVA

P.R.

Accertamenti e terapia effettuata V.R. E / M spalle dx + piede sin.

Consulenze ORTOPEDIA

Giunto cadavere A disposizione A.G. SI NO Riscontro diagnostico SI NO

Specificare se si tratta di:

Infortunio sul lavoro

Lesioni provocate

Infortunio scolastico

Incidente sportivo

Morso di animali

Incidente stradale

Incidente stradale senza responsabilità di terzi

Incidente domestico

Altro AUTOBUS LINGA n. 21

Accidentale

Data dell'incidente 15/11/12

Luogo dell'incidente VIA DANTE

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: SI NO

Ricovero: NO SI Reparto

Note Le notizie el curato con le indicazioni del
collega ortopedico. Ullè bx clivida di cont. alle to 7 g sc.

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia e successo
in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità. voluto care

FIRMA ortopedice.

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA"
PRONTO SOCCORSO
Dott.ssa PIZZUTTA ANNA
Cod. Reg. 90037

01011500

PRONTO SOCCORSO

NO DOCUMENTO

led p

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA"
74100 TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

Direttore: Dr. Angelo BRUNO

ALLA S.C. DI RADIOLOGIA

RICHIESTA DI ESAME RADIOLOGICO

N. 103573 Taranto 15/01/2012 Ore 12,25

Per il Sig. Montemano Aure

nato a TA il 13/3/73

e residente in TA Via CSO ITALIA n. 106

Affetto da Trauma occipitale

si richiede Rx spalla dx + piede sinistro

Il Medico di guardia

Risposta alla richiesta di Rx N. 792635 Data _____

A) Non reperti di significato patologico _____

B) FRATTURA COMPRESA DELLA MANO CARPOMETACARPAL DISTALE -
NON ULTERIORI LESIONI DELLA SPINA SACRILE ANTERIORE
E POSTERIORE, CON CARATTERE APPARENTE, PROIEZIONE
DELLA MANO DISTALE CON LESIONE -

Firma TSRM _____

Ricovero NO SI reparto _____

A.U.S. Radiologo
Il Medico Radiologo
Stabilimento SS. Annunziata
Struttura Completa di Radiologia
Dott. Carlo GALASSI
DIRIGENTE MEDICO

1° Copia per il Pronto Soccorso - 2° Copia per la Radiografia (da consegnare al paziente) - 3° Copia per la Radiografia (dagli atti)

2210
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dott. Angelo BRUNO
Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440.

N. 183573

Data 15/11/11

Ora 19,00

RICHIESTA DI CONSULENZA ALLA S. C. DI ALTOPEDON

Cognome DONATELLI Nome ANNA Sesso

Luogo e data di nascita TA 13/03/1973

Residenza TA CORSO ITALIA N. 06

Affetto da T. allungo cor. oste nella 1/2 della gamba

Terapia eseguita in Pronto Soccorso

Prestazioni eseguite in altra S. C.

IL MEDICO DI GUARDIA

Risposta alla richiesta di consulenza

Chincometa non dolenzia del 1° piede
in sede di suddetta frattura (presenza?)
Si consiglia terapia sintomatica con
Diclofenac 150 mg qd x 7 gg.
Bisogna di coll. x 10 gg.
Cambiare il coll. in Cristallo.

Cod. prestazioni eseguite Cambio collaterale al piede
e della sintomatologia

IL MEDICO CONSULENTE

Taranto, li 6 DIC. 2012

Prot. n°: UPT/.....

c.a.

Capo Unità Organizzativa
Affari Generali
Dott.ssa Tiziana Tursi
SEDE

OGGETTO: Verifica abbonamenti utenti

Facendo seguito alle note specificate, si comunicano le informazioni richieste:

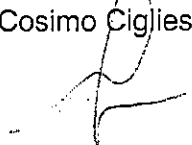
Prot. Richiesta	Utente	Data di nascita	tessera	Mese sinistro	Abbonato (periodo)
21027	ORTONA ANTONIA	16/03/1932	F38HA	OTTOBRE 2012	NO
21027	MONTEFINO ANNA	13/03/1943		NOVEMBRE 2012	SI

2191AC/AL

- Prot. n° 21627
- Del 07 DIC 2012
- PR PRESIDENTE
 - DIR DIRETTORE GENERALE
 - DIR DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 - DIR DIRETTORE TECNICO
 - SE ESECUZIONE MOVIMENTO
 - SE AFFARI GENERALI/DIRIGENTE
 - SA ACQUISTI/CONTRATTI
 - SE CONTABILITÀ/PIRANCIO
 - TE INFORMATICA
 - AP PERSONALE/RETRIBUZIONI
 - UT TECNICO
 - SP PRODOTTI TRAFFICO
 - MRG RAGIONERIA/ECONOMATO
 - STV STAFF UFFICIA

Distinti saluti.

Il Responsabile Area Commerciale f.f.
Ing. Cosimo Cigliese



Taranto, li 19/09/2013

Prot. n.: _____ UAG

Egr. Sig.
Aniulli Ettore
Coordinatore di Ufficio
UFFICIO RAGIONERIA
SEDE

OGGETTO/ RECUPERO FRANCHIGIE SINISTRI:

- 1) N. SIN. 919868165 DEL 15/11/2012 (NS. RIF. 219/AR/12) Importo € 2.000,00
- 2) N. SIN. 919905948 DEL 06/02/2013 (NS. RIF. 023/AR/13) Importo € 2.000,00
- 3) N. SIN. 923221521 DEL 24/04/2013 (NS. RIF. 078/AR/13) Importo € 1.000,00

Totale € 5.000,00

Si invita codesto Spett.le Ufficio a provvedere alla liquidazione delle franchigie di cui all'oggetto richieste dalla Compagnia ALLIANZ Spa che gestisce l'attuale copertura assicurativa di Responsabilità Civile Veicoli a motore.

La somma complessiva di € 5.000,00 (eurocinquemila/00) dovrà essere versata a mezzo bonifico bancario.

Di seguito vengono indicate le coordinate bancarie:

Codice IBAN: IT 83 B 035 8901 6000 1057 0004 543

Beneficiario: Allianz S.p.a.

Si resta in attesa dell'avvenuta notizia e copia del mandato predisposto.

Distinti saluti.

15295

Prot. N. 19 SET, 2013

Il Capo Unità
AA.GG. - P.R. - Sinistri
D.ssa Tiziana Tursi

[Handwritten Signature]

PR	PRESIDENTE	<input type="checkbox"/>
RG	DIRETTORE GENERALE	<input type="checkbox"/>
RA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/>
RT	DIRETTORE TECNICO	<input type="checkbox"/>
EM	ESERCIZIO MOVIMENTO	<input type="checkbox"/>
AG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	<input type="checkbox"/>
AC	ACQUISTI/CONTRATTI	<input type="checkbox"/>
CC	CONTABILITA'/BILANCIO	<input type="checkbox"/>
IN	INFORMATICA	<input type="checkbox"/>
PE	PERSONALE/RETRIBUZIONI	<input type="checkbox"/>
TE	TECNICO	<input type="checkbox"/>
PT	PRODOTTI TRAFFICO	<input type="checkbox"/>
RG	RAGIONERIA/ECONOMATO	<input checked="" type="checkbox"/>
ST	STAFF QUANTITÀ	<input type="checkbox"/>

[Handwritten Signature]

Allegati: n.2 note Allianz del 11/09/2013 prot. 14803 e 14804.

Unita' Recupero Franchigie
C.so Italia 23 - 20122 Milano
tel. 02.7216.2192/2959 - fax 02.7216.6763

Agenzia ROMA GERENZA DIRETTE
P.ZZA DI S. SILVESTRO 13
00187 ROMA
Tel. 06 - 6768.1
Fax 06 - 6768.2439

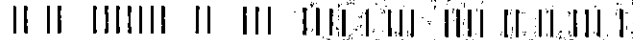
Milano, 02 settembre 2013



0017
MSI3008820F0010001.01 GE02
01298229 HXA25064006245
61 2 DC00S1352-A

Polizza n.: 059497052

Spettabile
AMAT
VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO TA

**Oggetto: riepilogo periodico di recupero franchigie.**

Spettabile AMAT


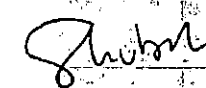
Vi inviamo sul retro e nelle eventuali pagine successive, il riepilogo periodico num. 010594970521308 degli importi di franchigia da rimborsare, in seguito alla liquidazione dei sinistri in elenco avvenuta in base alle condizioni generali di assicurazione.

L'importo totale da rimborsare è di **4.000,00 euro** e corrisponde alla somma delle franchigie di ogni singolo sinistro.

Vi preghiamo di effettuare il pagamento del relativo importo al più presto tramite la vostra agenzia, alla quale potrete rivolgervi per qualsiasi chiarimento. Qualora aveste nel frattempo già provveduto al pagamento, considerate nullo questo avviso e ci scusiamo del disturbo arrecato.

Ringraziamo per l'attenzione e con l'occasione vi porgiamo cordiali saluti.

Allianz S.p.A.
Jesus Marin Giulia Gliubich

Prot. N. 11804
Del 11 SET. 2013

PR	PRESIDENTE	<input type="checkbox"/>
DG	DIRETTORE GENERALE	<input type="checkbox"/>
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/>
DT	DIRETTORE TECNICO	<input type="checkbox"/>
SE	ESERCIZIO MOVIMENTO	<input type="checkbox"/>
UAG	AFFARI GEN. R. / SINISTRI	<input checked="" type="checkbox"/>
UA	ACQUISTI / CONTRATTI	<input checked="" type="checkbox"/>
UC	CONTABILITA' / BILANCIO	<input type="checkbox"/>
UI	INFORMATICA	<input type="checkbox"/>
UP	PERSONALE / RETRIBUZIONI	<input type="checkbox"/>
UT	TECNICO	<input type="checkbox"/>
UPT	PRODOTTI TRAFFICO	<input type="checkbox"/>
URG	RAGIONERIA / ECONOMATO	<input checked="" type="checkbox"/>
STU	SINISTRI / FAMILIA	<input type="checkbox"/>



Allianz S.p.A.
Sede legale
Largo Ugo Ineri, 1 - 34123 Trieste
Telefono +39 040 7781.111
Fax +39 040 7781.311
www.allianz.it
Codice 01

Uffici:
Milano 20122 - Corso Italia, 23
Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22
Trieste 34123 - Largo Ugo Ineri, 1
CF, P. IVA e Registro imprese
di Trieste n. 05032630963
Cap. sociale euro 403.000.000 i.v.

Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00152
Capogruppo del gruppo assicurativo
Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assicurativi n. 018
Società controllata, tramite
A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE - Monaco

Riepilogo delle Franchigie da recuperare

N. Sinistro	Data Sinistro	Località del Sinistro	Nominativo del danneggiato	Importo liquidato	Data liquidazione	Targa	Veicolo	Importo Franchigia
01.919868165	15/11/2012	VIA DANTE/CAGLIARI 74100 TARANTO MONTEVERNO ANNA	219/AR112	3.200,00				
01.919905948	06/02/2013	VIALE DE CESARE 74100 TARANTO BORGHI SENIO	023/AR113	2.436,00				

Oggetto: SINISTRO DEL 15/11/2012 A POL. RCV N. 0000059497052/0000066 - AMAT SPA (CX205XG) / MONTERVINO ANNA - NS. RIF. 219/AR/12

Mittente: Sinistri <sinistriamat@amat.ta.it>

Data: 05/12/2012 19.51

A: CLD DI TARANTO ALLIANZ SPA <mailcld123@allianz.it>, Domenico RAELE <domenico.raele@allianz.it>

Si trasmette la denuncia di sinistro indicato in oggetto.

Distinti saluti.

UFFICIO SINISTRI AMAT SPA
Via Cesare Battisti n.657
74121 - Taranto
Tel./Fax 099/7356261
e-mail: sinistriamat@amat.ta.it

—Allegati:—

219AR12.PDF

1.6 MB