

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12363225

A/C: IRANILDO SOUSA MOURA

Nº Sinistro: 3180012881
Vítima: IRANILDO SOUSA MOURA
Data do Acidente: 06/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **IRANILDO SOUSA MOURA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000747**

Conta: **0000040452-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 3.375,00 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = | R\$ | 3.375,00 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180012881 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **IRANILDO SOUSA MOURA**
Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES nº 78 - FATIMA II - CRATEUS/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2009098023076 - SSP**
Data local do exame: **13/01/2018 TAUÁ/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE OSSOS DA FACE. AO EXAME: APRESENTA TC DE CRÂNIO DO DIA 08/08/2017 [HEMATOSSINUS EM SEIO ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL + FRATURAS EM PROJEÇÃO DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO + ASA MAIOR DO ESFENOIDE DIREITO + MAXILA DIREITA + COMPARTIMENTO BILATERAL DA ÓRBITA DIREITA NO ASPECTO SUPERIOR DO OSSO NASAL + EDEMA DE PARTES MOLES SOBRETUDO O FRONTAL + DIMINUTOS FOCOS DE PNEUMOENCEFALO ESPARSOS]. CEFALÉIA PÓS - TRAUMA E LIMITAÇÃO DA MASTIGAÇÃO EM PROJEÇÃO PARA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR DIREITA E REDUÇÃO NA ABERTURA DA BOCA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. RELATA ALTA EM OUTUBRO DE 2017.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRANEO FACIAIS

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

CRANIO FACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO COM SEQUELA BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - TAUÁ, 13/01/2018

Médico Perito: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO CRM:16205/CE

Montezuma F. Alexandrino
MÉDICO
CRM - CE 16.205

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180012881 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **IRANILDO SOUSA MOURA**
Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES nº 78 - FATIMA II - CRATEUS/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2009098023076 - SSP**
Data local do exame: **13/01/2018 TAUÁ/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE OSSOS DA FACE. AO EXAME: APRESENTA TC DE CRÂNIO DO DIA 08/08/2017 [HEMATOSSINUS EM SEIO ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL + FRATURAS EM PROJEÇÃO DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO + ASA MAIOR DO ESFENOIDE DIREITO + MAXILA DIREITA + COMPARTIMENTO BILATERAL DA ÓRBITA DIREITA NO ASPECTO SUPERIOR DO OSSO NASAL + EDEMA DE PARTES MOLES SOBRETUDO O FRONTAL + DIMINUTOS FOCOS DE PNEUMOENCEFALO ESPARSOS]. CEFALÉIA PÓS - TRAUMA E LIMITAÇÃO DA MASTIGAÇÃO EM PROJEÇÃO PARA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR DIREITA E REDUÇÃO NA ABERTURA DA BOCA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. RELATA ALTA EM OUTUBRO DE 2017.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRANEO FACIAIS

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

CRANIO FACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO COM SEQUELA BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - TAUÁ, 13/01/2018

Médico Perito: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO CRM:16205/CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012881

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IRANILDO SOUSA MOURA

Data do acidente: 06/08/2017

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE. AO EXAME: APRESENTA TC DE CRÂNIO DO DIA 08/08/2017 [HEMATOSSINUS EM SEIO ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL FRATURAS EM PROJEÇÃO DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO ASA MAIOR DO ESFENOIDE DIREITO MAXILA DIREITA COMPARTIMENTO BILATERAL DA ÓRBITA DIREITA NO ASPECTO SUPERIOR DO OSSO NASAL EDEMA DE PARTES MOLES SOBRETUDO O FRONTAL DIMINUTOS FOCOS DE PNEUMOENCEFALO ESPARSOS]. CEFALÉIA PÓS - TRAUMA E LIMITAÇÃO DA MASTIGAÇÃO EM PROJEÇÃO PARA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR DIREITA E REDUÇÃO NA ABERTURA DA BOCA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRANEO FACIAIS

Resultados terapêuticos: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. RELATA ALTA EM OUTUBRO DE 2017.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/01/2018

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO COM SEQUELA BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL -

Médico examinador: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO

CRM do médico: 16205

UF do CRM do médico: CE

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau leve - 25 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO



ESTAÇÃO: CRATEUS DATA: 06/08/17 Nº DA ASS.
NOME: RAYLDO DE SOUSA MOURA
IDADE: 43 SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: CE 187
BAIRRO: CAMPO VELHO

HORA DA OCORRÊNCIA: 19:05
CHEGADA AO LOCAL: 19:15
SAÍDA DO LOCAL: 19:25
CHEGADA AO HOSPITAL: 19:35

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÚBITO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: LANSÃO DE MOTO

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

| | | | | | |
|------------------------------|---------------|--------------------|------------|--|--|
| COR | | PELE | | RESPIRAÇÃO | |
| CIANÓTICO () | | QUENTE () | SECA () | SUPERFICIAL () | |
| PÁLIDO (X) | | FRIA (X) | UMIDA () | DIFÍCIL () | |
| CONGESTO () | | NORMAL () | NORMAL () | NORMAL (X) | |
| NORMAL () | | | | AUSENTE () | |
| PULSO RADIAL | | ENCHIMENTO CAPILAR | | SANGRAMENTO | |
| FORTE () | IRREGULAR () | NORMAL () | | AUSENTE () | |
| FRACO () | AUSENTE () | RETARDADO () | | MÍNIMO () | |
| REGULAR (X) | | AUSENTE () | | MODERADO (X) | |
| | | | | INTENSO () | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL | | FALA | | PUPILAS | |
| ALERTA () | | NORMAL (X) | | D _____ mm REAGENTE () SEM RESPOSTA () SEM REAÇÃO () | |
| RESPOSTA A COMANDO (X) | | CONFUSA () | | | |
| RESPOSTA A DOR () | | ININTELIGÍVEL () | | | |
| SEM RESPOSTA () | | NENHUMA () | | | |

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS:

LACERAÇÃO NA REGIÃO FRONTAL DO CRÂNIO E NO SUPEROLHO DIREITO

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | (X) CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | (X) BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | (X) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | (X) FÉRULA DE TRAÇÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV. |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO:

H51

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE



133 WILK, 50 NOROIO, 30 PEDRIGO
SOCORRISTAS



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC UPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

| | | |
|---------------------------|--|---|
| Número do Sinistro ou ASI | CPF da Vítima 754.725.543.49 | Nome completo da vítima Francisco Sousa Moura |
|---------------------------|--|---|

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|---|---|--|
| Nome completo Francisco Sousa Moura | CPF titular da conta 754.725.543.49 | Profissão Açougueiro |
| Endereço R. Prof. Disleia Rodrigues | Número 78 | Complemento Casa |
| Bairro Fátima II | Cidade Cratoeiras | Estado CE |
| Email | CEP 63400-000 | Telefone (DDD) 88.996.59.000 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| AGÊNCIA NRO. 0747 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir) | | BANCO Nome CAIXA NRO. 000 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir) | |
| CONTA NRO. 40.452 D/V 0 (Informar dígito se existir) | | CONTA NRO. 000 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cratoeiras-CE, 20 de Dezembro de 2017

Local e Data

x Francisco Sousa Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CRATEUS

DATA: 20/12/2017

TERMINAL: 07471697

HORA: 16:19:47

CONTROLE: 074716970675

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA:

0747.013.00040452-0

NOME:

IRANILDO SOUSA MOURA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES:

NÚMERO DO ENVELOPE:

5500370363

NÚMERO DE CONTROLE:

354492816

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 5012 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/12/2017 12:25:28**
Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2017 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE-187**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **DETRAN**

Noticiante(s)

Nome: **ELTON SOUSA MOURA**
Nascimento: **16/05/1980** CPF: **981.226.573-20**
CNH: **06068086505** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA SOUSA MOURA**
SEBASTIÃO LUIS DE MOURA
Endereço: **RUA LUIS LOPES VERAS, 383 CONJ FREI DAMIÃO**
Bairro: **VENÂNCIOS** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9425-6147**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW7696** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KC1680FR202605 Renavam: **1042406666** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **SERGIO SOUSA MOURA** Situação: **NAO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTÓ**

Histórico

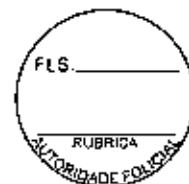
O DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, LEVANDO COMO PASSAGEIRO A PESSOA DE IRANILDO DE SOUSA MOURA, RESIDENTE NA TRAVESSA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES, 78, BAIRRO FÁTIMA II, NESTA URBE; QUE AO PASSAR PELO LOCAL ACIMA ESPECIFICADO, UM VEÍCULO HILUX, FEZ UMA ULTRAPASSAGEM EM ALTA VELOCIDADE, FECHANDO O DECLARANTE E O PASSAGEIRO, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR AO SOLO, JUNTAMENTE COM IRANILDO; QUE O MOTORISTA DA HILUX PROSSEGUIU EM DIREÇÃO À ZONA URBANA DE CRATEUS SEM PRESTÁ-LOS SOCORRO; QUE NÃO CONSEGUIU VERIFICAR A PLACA DA HILUX EM VIRTUDE DE SUA ALTA VELOCIDADE; QUE SOFREU ESCORIAÇÕES NO BRAÇO E NA PERNA DIREITAS E QUE O PASSAGEIRO SOFREU UMA FORTE PANCADA NA CABEÇA; QUE LIGOU PARA O 193 E SOLICITOU O SOCORRO DOS BOMBEIROS; QUE APÓS 15 MINUTOS OS MILITARES CHEGARAM AO LOCAL, PRESTANDO O SOCORRO A IRANILDO, CONDUZINDO-O PARA O HOSPITAL SÃO CAMILO, NESTA URBE. E NADA MAIS DISSE

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

ELTON SOUSA MOURA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445-5012 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

KAYRO CHRYSÓSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

ELTON SOUSA MOURA

VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

+ Elton Sousa Moura

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - 2017/12/20 15:35 - 01/01/2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SERGIO SOUSA MOURA
RG nº 2192190-91, data de expedição 29 / 11 / 1991
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 711.541.243-04, com
domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRAVESSA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES, nº 28,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima IRANILDO SOUSA MOURA, cujo o condutor era
ELTON SOUSA MOURA

Veículo: HONDA / CG 150 FAN ESPI
Modelo: 2015
Ano: 2015
Placa: PMW-4696-CE
Chassi: 9C2KE1680 FR 202 605
Data do Acidente: 06.08.2017
Local e Data: CRATEÚS - CEARÁ : 21.11.2017



Sergio Sousa Moura
Assinatura do Declarante

ELTON SOUSA MOURA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO BEZERRA - 1º. OFÍCIO
Reconheço(a) a(s) firma(s) por
autenticidade de SERGIO SOUSA
MOURA

Dou fé, Crateús-CE 21 NOV 2017
Em Testemunho _____ da verdade

Dr. Osvaldo Bezerra do Nascimento Jr.
Rua Coronel Lúcio, nº 486 - Centro
Crateús - Ceará - (88) 3691.0013



SEGURADORA LIDER DEUT 5 28/12/2017 15:28 - 0000003335154