

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12363225

A/C: IRANILDO SOUSA MOURA

Nº Sinistro: 3180012881
Vitima: 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 Vítimas 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 TAUCA/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 ORBITA 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 complicações.

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

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRANEO FACIAIS

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

CRANIO FACIAL

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

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 - TAUCA, 13/01/2018

Médico Perito: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO CRM:16205/CE



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 TAUCA/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 ORBITA 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 complicações.

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

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRANEO FACIAIS

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

CRANIO FACIAL

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

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 - TAUCA, 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]. CEFALEIA 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 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

Jeanildo Souza Moura

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jeanildo Souza Moura	754.725.543.49	Ocupação
Endereço	Número	Complemento
TR. Prof. Búlio Rodrigues	78	Vila
Bairro	Cidade	CEP
Fatima II	Crato	63400-000
Email	Telefone(DDD)	
	88.996.59.5003	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUSO 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)			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
0747		40.452	10
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Erafeus-CE, 20 de Dezembro de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG.CRATEUS
DATA: 20/12/2017 HORA: 16:19:47
TERMINAL: 07471697 CONTROLE: 074716970675

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA:	0747.013.00040452-0
	IRAHILDO 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 0181
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 LOPEZ 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: **ABALROAMENTO**

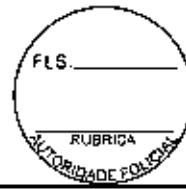
Histórico

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).



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445-5012 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

ELTON SOUSA MOURA

VISTO DO DELEGADO(A):

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

+Laniffo Sousa Moura

ESTADO DO CEARÁ - 23/12/2017 - 15:21 - DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



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 711.541.843-04, com
domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRAVESSA PROFESSOR LISBOA RODRIGUES, nº 78,
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: 9C2KE1680FR202605

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) POB
ELTON SOUSA MOURA

Dou fé. Crateús-CE 21 NOV 2017
Em Testemunha: _____ da verdade

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

