ENTRADA

21 JAN 2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DENATRAN

6397141580

00000

- CE

6397141580

INTERIOR

DETRAN-CE

Valdemiro Tavora de Castro

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR EMBARCAÇÕES TRANSPORTADAS QUANDO SEGURÁVEIS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180052007 **Cidade:** Itatira **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIA LILIANA ABREU DE SAUSA
Nacionalidade: BRASILEIRA **Est. Civil:** CASADA
Profissão: AGRICULTORA
Identidade: 2017100785-3 SSPDS/CE **CPF:** 225.449.568-28
Endereço: AV. ZEZE JUCA Nº. 00127 - DISTRITO DE LAGOA DO MATO - ITATIRA/CE

OUTORGADO:
Nome: OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO **Est. Civil:** CASADO
Profissão : MICRO EMPRESARIO
Identidade: 2007400186-2 **CPF:** 853.116.933-04
Endereço: RUA VENCESLAU VIEIRA BATISTA Nº. 168 BAIRRO OSMAR CARNEIRO - BOA VIAGEM /CE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima ANTONIA LILIANA ABREU DE SOUSA

ITATIRA /CE 21 DE DEZEMBRO DE 2017
LOCAL E DATA

INVESTPREV SEGURADORA S/A
24 JAN. 2018
ENTRADA

antonia liliana Abreu de Sousa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LAGOA DO MATO ITATIRA - CEARÁ
Autenticação
Data
Ofício

Antonia Geraldo Oficiala - CPF CHPJ: 12.359 Lagoa do Mato
MPF 02
CH422838

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Nº Sinistro: **3180052007**
Vitima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180052007**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Nº Sinistro: **3180052007**
Vitima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180052007.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Nº Sinistro: **3180052007**
Vitima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180052007**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Sinistro: **3180052007**
Vítima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180052007** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**

Sinistro: **3180052007**
Vítima: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180052007** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2018

Carta n°: 12793870

A/C: ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU

Nº Sinistro:	**3180052007**
Vitima:	**ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Data do Acidente:	**17/12/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA**

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: **ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU**
Valor: **R$ 337,50**
Banco: **237**
Agência: **000001302-1**
Conta: **000003401-0**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**337,50**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R$	**337,50**

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro 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: ***3180052007***

Nome do(a) Examinado(a): ***ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU***

Endereço do(a) Examinado(a): ***AV ZEZE JUCA nº 127 - DT LAGOA DO MATO - ITATIRA/CE***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 20171007853 - SSP***

Data e local do acidente: ***17/12/2017 ITATIRA/CE***

Data e local do exame: ***07/05/2018 FORTALEZA/CE***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CLINICO. ALTA MÉDICA. EVOLUIU COM SEQUELA RESIDUAL

III.Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITACAO RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO. NAO EXISTEM SINAIS OBJETIVOS QUE JUSTIFIQUEM AS QUEIXAS SUBJETIVAS DA PERICIANDA

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[X] SIM [ ] NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

[ ] Sem sequela permanente

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): ***JOELHO DIREITO***

[X] 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%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REFERE NAO TER REALIZADO RADIOGRAFIA NEM TOMOGRAFIA OU ULTRASSON
REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO EXAMINADOR -

Médico Perito: MARCUS BARRETO CONDE CRM:52.38123-0/RJ

Marcus B. Conde
Médico
CRM 52.38123-0

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180052007 **Cidade:** Itatira **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA RESIDUAL DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CLINICO. ALTA MÉDICA. EVOLUIU COM SEQUELA RESIDUAL.
LIMITACAO RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO. NAO EXISTEM SINAIS OBJETIVOS QUE JUSTIFIQUEM AS QUEIXAS SUBJETIVAS DA PERICIANDA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida:

Observações: * REFERE NAO TER REALIZADO RADIOGRAFIA NEM TOMOGRAFIA OU ULTRASSON

* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO EXAMINADOR -
.

Médico examinador: MARCUS BARRETO CONDE

CRM do médico: 52.38123-0

UF do CRM do médico: RJ

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**2,5 %**	**R$ 337,50**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Janice de Almeida Pinto Miguez

Seguradora LÍDER

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

Autorização de pagamento "0014"

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.

INVESTPREV SEGURADORA S/A
24 JAN. 2018
ENTRADA

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 ASL:
CPF da Vítima: 225.449.568-28
Nome completo da vítima: ANTONIA LILIANA ABREU DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: ANTONIA LILIANA ABREU DE SOUSA
CPF Titular da conta: 225.449.568-28
Profissão: AGRICULTORA
Endereço: AV. ZEZE JUCA
Número: 00127
Complemento: CASA
Bairro: DISTRITO LAGOA DO MATO
Cidade: ITATIRA
Estado: CEARA
CEP: 62.720-000
Telefone (DDD): (88) 99667 4049
Email: oliveirafsilva@ibest.com.br

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

- [X] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] BRADESCO (237) [ ] BANCO DO BRASIL (001) [ ] ITAÚ (341)
[ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. ____ D/V ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. ____ D/V ____ (Informar dígito se existir)

[X] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: BRADESCO S/A NRO. 237
AGÊNCIA NRO. 1302 D/V 1 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 3401 D/V 0 (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.

ITATIRA/CE, 21 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

x antonia liliana Abreu de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
8ª DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE
UNIDADE DE POLICIA DE CARIDADE

POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DA OCORRÊNCIA
NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO
Nº B.O: 0055/2018
DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 17/01/2018 as 14h:50 min.
DATA/HORA DA OCORRÊNCIA:17/12/2017 às 14h30min.
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:RUA TIRADENTES COM AVENIDA ZEZÉ JUCA, DT. LAGOA DO MATO, ITATIRA/CE.
PONTO DE REFERENCIA:

HISTÓRICO: A noticiante compareceu à está Unidade Policial, onde fez o seguinte relatório; Que no dia, hora e local acima citado, vinha na garupada motocicleta de COD. RENAVAM 804481938 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KSEPLACA HXA 0524, CHASSI 9C2JC30712R506059DE COR AZULANO/MODELO 2002 depropriedade do seu esposo ANTONIO IRAN DE SOUSA,quando os mesmos passavam pela rua acima citada ao passar por pedras soltas na via o contudo veio a perder o controle da motocicleta vindo a caírem ao solo, logo após o acidente a mesmo foi para o PSF de Lagoa do Mato onde apresentada trauma no joelho direito com escoriações pelo corpo e logo depois foi encaminhada para Hospital Regional . Que o escriavante informa que não teve nenhum tipo de atendimento por parte da Polícia, Corpo de Bombeiro ou Samu. E NADA MAIS DISSE E NEM FOI PERGUNTADO. //////////

INVESTIGAÇÃO E SEGURANÇA PÚBLICA
24 JAN. 2018
ENTRADA

DADOS DA NOTICIANTE.
Nome. ANTONIA LILIANA ABREU DE SOUSA
RG: 2017100785-3 SSPDS/CE CPF:225.449.568-28.
Data de Nascimento: 04/02/1979
Filiação: ANTONIA PAULINO DE ABREU
Endereço: AV. ZEZE JUCA Nº. 00127 DT LAGOA MATO, ITATIRA/CE CEP. 62.725-000.

Claudio Sergio Candido Barrocas
Chefe da Unidade Policial
Mat.: 28488-1-3

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
MATRICULA: 28488-1-3
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: antonia liliana abreu de sousa

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA LILIANA PAULINO DE ABREU

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01302-1

CONTA: 000000003401-0

Nr. Autenticação
BRADESCO10052018050000000000237013020000000340133750 PAGO