

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000006692-0

Nr. da Autenticação D3825FE4F4F2BDB5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429816 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA. P-11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

AUZENIR DOS SANTOS COSTA
POV BARRA DA ONÇA, 00 / CASA - AREA RURAL
POCO REDONDO / SE CEP 48010000 (AG 430)

Emissão 20/08/2018 Referência Ago / 2018
Classificação: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro 10 - 450 - 672 - 1018 Nº medidor MSU12020797

energisa
ENERGISA NOROESTE (DISTRIB ENERGIAS) S.A.
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Araçatuba / SP - CEP 13000-150

CNPJ 13.017.403/0001-40 - Insc Est 270.767.436
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 006 120.900
Cód para Deb. Automático: 00010830503

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2018 20/08/2018 18/09/2018 526.562.163-8

UC (Unidade Consumidora): 3/1083050-3
Insc Est

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/07/18	1443	20/08/18	1531	
Demonstrativo				
CC - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Valor Total (R\$)
0601 Consumo em kWh	88.000	0.390/88	33.50	0.00
0601 Adic. B Vermelha			4.85	0.00
0610 Subsídio			14.35	0.00
JANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607 CONTRIB. ILLUM. PUBLICA			8.44	0.00
0603 RELIGACAO NORMAL (7/2018)			3.28	0.00
0604 JUROS DE MORA 05/2018			0.67	0.00
0604 JUROS DE MORA 06/2018			0.28	0.00
0605 MULTA 05/2018			0.72	0.00
0605 MULTA 06/2018			0.69	0.00
0609 ATUALIZACAO MONETARIA 05/2018			1.20	0.00
0609 ATUALIZACAO MONETARIA 06/2018			0.50	0.00
0606 Devolução Subsídio			-11.57	0.00
CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	53.77	0.00	0.00

Media últimos meses (kWh)
92

VENCIMENTO
27/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 53,77

Histórico de Consumo (kWh)											
78	81	78	106	102	95	97	106	91	82	82	
Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18

8360.7698.4c5e 508e acea.0c12.1e48.3bd1

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	21.74	0.00	NOMINAL 115
DIC TRIMESTRAL	43.49		CONTRATADA 100
DIC ANUAL	7.82		LIMITE INFERIOR 121
DIC MENSAL	15.64		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia SE	12.27	22.82
Compra de Energia	19.15	35.63
Serviço de Transmissão	1.76	3.27
Encargos Sociais	2.88	5.36
Impostos, Dívidas e Encargos	15.41	28.66
Outros Serviços	2.25	4.26
Total	63.77	100.00

Valor do USD (Ref 6/2018) R\$ 16,47

INVESTPREV

15 JUL 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jose Marcos Alexandre da Silva
RG nº 3.466.170-0, data de expedição 12/08/2008
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 060.361.225-02
com domicílio na cidade de Poço Redondo, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Parqueado Barra da Onça, nº SLN
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rita de Cassia dos Santos Torres, cujo o condutor era
Jose Marcos Alexandre da Silva
Veículo: PASINDTOCECE7A Modelo: MONDIA IGGLDS TITAN ES Ano: 2003
Placa: H2V 7803 Chassi: 9C2UC30203R123739
Data do Acidente: 12/03/19

Local e Data:

Poço Redondo-SE, 28-05-2019

Jose Marcos Alexandre da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

INVESTPREV

15 JUL 2019

Selo TJSE: 201 9 29563 004249
Acesse: www.tjse.jus.br/X/010721
Reconheço como verdadeira (a) a (s) firma (s) de Jose Marcos Alexandre da Silva
em testemunho da verdade.
1º Ofício da Comarca de Poço Redondo-SE, 28-05-2019
Bel. Marco Aurélio Modesto Maren

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Rita De Cassia Dos Santos Torres portador do RG: 1.471.163 CPF: 007.303.125-93 residente no Povoado Barra Da Onça S/N Bairro: Área Rural Cidade: Poço Redondo -SE Cep: 49.810-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo, pois só foi liberado 1.687,50 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO CID:S82.8** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas, não consigo andar direito, fico a merecer dos outros, por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

Rita de Cassia dos Santos Torres

RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 02/08/2019

INVESTPREV

09 AGO 2019

TESTEMUHAS:

Vanessa Rosa Aragão

Haldeide Oliveira Rosa

RECEITUÁRIO

Nome: Rita de Camis de Sack
Sony

Morte e devida feição
 o grau de ciber for a via
 de modo de modo e posterior
 fofos de fofos e fofos
 e de fofos de fofos,
 tendo fofos e fofos e
 alto de fofos e fofos
 19: 382

Dr. Robinson Calzado A. Junior
CMTA

Ass. e Carimbo / CRM

Data

INVESTPREV

09 AGO 2019

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Rita De Cassia Dos Santos Torres portador do RG: 1.471.163 CPF: 007.303.125-93 residente no Povoado Barra Da Onça S/N Bairro: Area Rural Cidade: Poço Redondo -SE Cep: 49.810-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo, pois só foi liberado 1.687,50 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO CID:S82.8** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas, não consigo andar direito, fico a merecer dos outros, por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

Rita de Cassia dos Santos Torres

RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 02/08/2019

TESTEMUHAS:

Vanessa Rosa Aragão

Haldelaine Oliveira Rosa

INVESTPREV

13 SET 2019

RECEITUÁRIO

Nome:

Ribeiro de Camargo dos Santos
Santos

Morbo PT de dentes feio, furo
o ponto de contato for a linha
de fratura do dente e posterior
fratura do tônus do esmalte
e deformação do dente,
sendo fratura linear e
alto deficiente de posição
CRM: 582

Dr. Roberto Carlos A. Junior
CRM: 582
02
06
2019

Ass. e Carimbo / CRM

Data

INVESTPREV

13 SET 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.471.163 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 20/02/2017

NOME
RITA DE CÁSSIA DOS SANTOS TORRES

FILIAÇÃO
EUNICE DOS SANTOS TORRES
PEDRO CAETANO TORRES

NATURALIDADE
PAO DE ACUCAR-AL DATA DE NASCIMENTO
17/05/1978

DOC ORIGEM
CT. NASCIM. NR 3.170 LV A-03 FL 102V
CART. DIST. COMARCA DE PAO DE ACUCAR-AL
007.303.125-93

LEI Nº 7.167 DE 29/06/2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Rita de Cassia dos Santos Torres

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INVESTPREV

15 JUL 2019

15 JUL 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429816 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/8/11/12 (ANEXO 3) _CIRURGIA. REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Rita de Cassia dos Santos Torres
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Agricultora, portador da cédula
de identidade RG nº 1.471.163, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 007.303.125-93, residente na (endereço
completo) Povoado Barra da Onça S/N, na cidade de
Poço Redondo, (UF) SE, CEP 49.810-000 nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Consulor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Sinos nº 217, na cidade de
N. Sra da Glória (UF) SE, CEP 49.680-000 a quem confiro
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) Rita de Cassia dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**. Torres

INVESTPREV

15 JUL 2019

(local e data) Poço Redondo, 05 de Junho 2019

(assinatura) Rita de Cassia dos Santos Torres

(RG) 1.471.163



Selo TJSE: 201 <u>9</u> 29563 <u>4530</u>
Acesse: www.tjse.jus.br/X/YA2630
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>Rita de Cassia dos Santos Torres</u>
em testemunho da verdade.
1º Ofício da Comarca de Poço Redondo/SE <u>05/06/2019</u>
Bel. Marco Aurélio Modesto Maron Notário Titular

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429816

Vítima: RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 3893

Conta: 000006692-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429816

Vítima: RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





INVESTPREV

15 JUL 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 007.303.125-93 Nome completo da vítima: Rita De Cassia Dos Santos Torres

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rita De Cassia Dos Santos Torres CPF: 007.303.125-93

Profissão: lavradora Endereço: Rodado Boma Da Onca Número: 511 Complemento: Casa

Bairro: Área Rural Cidade: Poco Redondo Estado: SE CEP: 49810-000

E-mail: Marcosdegloria@gmail.com Tel.(DDD): 79-99918-9207

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3893 CONTA: 6692 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Nossa Senhora da Glória; 11-06-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rita de Cassia dos Santos Torres

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

INVESTPREV

15 JUL 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056489/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/05/2019 08:23 Data/Hora Fim: 28/05/2019 08:53
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo
Data/Hora do Fato: 17/03/2019 14:40

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)
Logradouro: estrada que dá acesso ao Povoado Barra da Onça

Bairro: Assentamento Barra

CEP: 48.100-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RITA DE CASSIA DOS SANTOS TORRES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Pão de Açúcar Sexo: Feminino Nasc: 17/05/1978
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Eunice dos Santos Torres Nome do Pai: Pedro Caetano Torres

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: Povoado barra da onça

CEP: 48.810-000

Telefone: (79) 99643-2904 (Celular)

INVESTPREV

15 JUL 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 060.361.275-02	Placa HZV7803
Renavam 800899857	Número do Chassi 9C2JC30203R123739
Ano/Modelo Fabricação 2003/2003	Cor VERMELHA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Poço Redondo
Marca/Modelo HONDA CG 125 TITAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Rita de Cassia dos Santos Torres	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que trafegava pela estrada que dá acesso ao Assentamento Barra da Onça, na garupa de uma motocicleta tendo como condutor JOSÉ MARCOS ALEXANDRE DA SILVA, quando perderam o equilíbrio após cruzarem um redutor de velocidade, "quebra molas"; QUE devido a queda sofreu fraturas no pé esquerdo sendo conduzida por populares a UPA POÇO REDONDO, de onde foi transferida para o Hospital da cidade de Itabaiana; É o relato.



Delegado de Polícia Civil Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 28/05/2019 08:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056489/2019

ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos

Ag. Pol. Jd. 1. Classe
Cleber Martins da Silva
Matrícula 30671647

José Roberto de Melo Santos
Ag. Pol. Jd. 1. Classe
Matrícula 30671647

Rita de Cassia dos Santos Torres

Rita de Cassia dos Santos Torres
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ela) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 349-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

15 JUL 2019

