

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: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS CASSIANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000049089-7

Nr. da Autenticação 3664ED65C034F84E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036191 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO RENAL DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM NEFRECTOMIA DIREITA. (P8) ALTA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO RIM DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO RIM DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 6 E 9.

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
Lesões de órgãos e estruturas retro-peritoneais 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 médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/8181/NOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impedirá o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ACERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Íris Maria Bezerra da Silva

Inscrito(a) no CPF/CNPJ

011.376.334 / 48

na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

Maria das Graças C. da Silva

Inscrito(a) no CPF sob o Nº 047.592.364 / 22

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Maria das Graças C. da Silva

Inscrito(a) no CPF sob o Nº

047.592.364 / 22

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Recusou

Renda:

Recusou

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Nossa Senhora das Graças</u>	Número:	<u>60</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Baraúna</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>Não possui</u>	CEP:	<u>59 695 - 000</u>	Tel. (DDD):	<u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data:

Monóvia - PE 28/10/2019

Íris Maria Bezerra da Silva
Assinatura do Declarante

GIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **48486 - MARIA DAS GRACAS CASSIANO DA SILVA** (34 a 6 m 11 d)

Nascimento: 19/02/1985

Natural: BARAUNA, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 04759235422

Prof:

Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Pai: FRANCISCO CASSIANO SOBRINHO

Logradouro: AMAURI RIBEIRO, 84

CEP: 59695000

Bairro: CENTRO

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84 94104052

Compl:

Motivo(alegação pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: BARAUNA RN/ DR ITALO

Classificação:

02/09/2019 20:07:35

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
20:40	90x70		98			100			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO, CEFALÉIA + VÔMITOS COM SANGUE + TCE?

Horas: 20:40

Paciente vítima de queda de moto há ± 5 horas sem uso de capacete (sic). Nega perda de consciência. Refere náuseas, 6 episódios de hematemese e tontura. Relata um episódio de hematuria. Refere dor em região de dorso de dorso lombar para flanco e hipocôndrio. Traçado ao ser visto sem alteração. Nega alergias medicamentosas e cirúrgicas. Cefaleia: dor no A-axial, sem sinais de hipertensão, sem cervicalgia. B- MV em AHT, JRA, indolente a palpação. C- PA: 90x70; pulso simétrico, perfêreo; FC: 100bpm. D- ECG IS, supraventricular, sem alterações. E- inspeção e hematoma em região frontal de hematoma espontâneo. Diagn. Inicial: Politrauma, contusões

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORARIO	ASSINT.
1. Dito zero			
2. SRS 1000ml, EV, o			
3. Dipirona 1g + ABO, EV, agora			
4. Bolus paragem de SVO			
5. Bolus TC de crânio, face, tórax e abdome			
6. Bolus avaliação de UCR, BMF			
7. Observação			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONTERNE O ORIGINAL JAME MOSSORO 11/09/2019 SANE TARCISIO			

SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: () Greenher CID, PROC

CID

Proc

Data: / /19, Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 02 de Setembro de 2019.

Carimbar

(Assinar e

Laparotomia Explorada (040704046-1)

Rev 02/09/19 20:35:20

[illegible]

NC - 22Q

REC 15

Gen. L. H. A.

R. G. Jones. new altered branches

→ All the

André Lima Batista
Neurocirurgia Endovascular
Celular: 4119

HOSPITAL REGIONAL TABOESIO MAN
ESTA CONFORME O ORIGINAL
NOME DOSSORO 1-10-50

~~SAME / ARQUIVO~~



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Mano da Graça C. S. M.

Jovent com neuro de
Acidente de moto
Com fratura no úmero
do fêmur, fratura do pul
do cotovelo e capela
(6x)
e fratura de
deveria

+CEI

02092015

Dr. Italo Fernandes
MÉDICO
CRM 8282

HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO

Rua Expedito Alves, S/N - Moinho Novo - Baraúna/RN
Fone: (84) 3320.3920

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO NAIÁ
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/09/2019

SAME / ARQUIVO



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Moisés da Costa C. S. L.

Prescrit com urso de
saúde e auto
Com tran. em urso
de foc. incluindo em pol
de contatos e cepelens
(6x)
e furores - e de
denovins

+ C.E.I.

01092015

Dr. Italo Fernandes
MÉDICO
CRM 8292

HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO

Rua Expedito Alves, S/N - Moínho Novo - Baraúna/RN

Fone: (84) 3320.3920

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO NIAIA
ESTÁ CONFERIDO O ORIGINAL
SANEAMENTO 14/03/2019
SANEAMENTO
SANEAMENTO ARQUIVO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

Name: Monica Greer Osborne 5/1/16

Idade: 33 Sexo: F Estado Civil: 60 Years Profissão: Agricultura

३


Abstract

Endereço: 1000 Prizmo

Enid: Responsible:

Spain/100

Date: 02-09-19

Alt: 

Dias de Fiergabaçoni

2017

Exhibit _____

Diagnóstico inicial:

Account of growth. ES covered in
moss

ආයුර්වේදය

Dr. Heidi Standaas
2014-2015
E-mail: hstandaas@u.wisc.edu
Phone: 608/263-4292

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE FENÓLOGIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Spis Moreira Bezerra da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: **SPIS MOREIRA BEZERRA DA SILVA**

NÚMERO: **1072.305.887**

DATA DE EMISSÃO: **09/05/2012**

IDENTIFICAÇÃO: **SPIS MOREIRA BEZERRA DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO: **06/03/1978**

CPF: **12.123.456-7**

RG: **12.345.678-9**

ASSINATURA: *Spis Moreira Bezerra da Silva*

LOCAL: **RIO GRANDE DO NORTE**

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA

EU, Maria dos Góes Estiano da Silva, CPF: 044.592.364-22,
SINISTRO: 3190636600, VENHO POR MEIO DESTA CARTA INFORMAR QUE
MEU PROCESSO DE INVALIDEZ FOI NEGADO, FIZ UMA CONSULTA
PARTICULAR, O MÉDICO ME PASSOU UM LAUDO ESPECIFICANDO TODAS
AS MINHAS SEQUELAS. PEÇO QUE VERIFIQUE ESTE LAUDO QUE FOI
ENVIADO E QUE MARQUE UMA PERÍCIA PARA O MÉDICO ANALISAR
PESSOALMENTE MINHAS SEQUELAS.

Maria dos Góes Estiano da Silva

DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA

CRM 1130-MTB149 RJ

ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MÉDICO

A paciente MARIA DAS GRACAS CASSIANO
da SILVA, 33 anos de idade, agricultora,
CPF: 047.592.384-22.

HISTÓRICO: Acidente de trânsito moto
com carro em estrada CARROCAZ, ocorrida
no dia 02 de setembro de 2019, na cidade de
BARAUNAS, trazida em AMBULÂNCIA ao
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS
MAIA em Mossoró, com ABDOMEM AGUDO
CIRÚRGICO. Boletim de Atendimento
Nº 60377/2019

DIAGNÓSTICO: Rotura de Bazo + vísceras
ABDOMINAIS e perda total do
RIM DIREITO. Operada de urgên-
cia e INTERNADA durante 5 dias.
CD 5360 + 537.0
S 371

SEQUELAS:

- DOR ABDOMINAL que se
exacerba com simples jor-
nada em pé, não pode agachar-
se, ou esforço a partir de
moderado. Não mais consegue
trabalhar.
- Perda da capacidade funcional
LABORAL e QUOTIDIANA de 60%.

Policlínica Médica

Rua João Pessoa, 68 - Centro Mossoró Rio de Janeiro RJ

Fone (84) 3321-6121

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clínica Otava Rosado

Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro

Fone (84) 2217-3636

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min


3ª e 5ª Todas as manhãs

Dr. William Carvalho Ferreira

Ortopedia - Doenças Reumáticas

Medicina do Trabalho

CRM 1130-MTB 149 RJ



OUTORGANTE

ORTORGADO

NOME DA VÍTIMA: Maria das Graças Cassiano da Silva
DATA DO ACIDENTE: 02/09/2019 COBERTURA: Invalidez

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Baraema RN. 15.10.2019

LOCAL E DATA

OFÍCIO DE NOTAS
BARALINA-III

Maria da Graça Cassiano da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Ave. Jovh • 1110 S. Grand • 824 • Centro
 Cód. 53 03 05 0 30 • 0 3 0 3 0 3 • RN
 Teléfono: (84) 350-2277

CARTÓRIO

REC. DE FIRMA N° 2019-004443

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

MORTO DOE PROOF CASEY

DAVIS AND DIMITSCHAK & PUGH SHOWN WITH

...the fact that the ...

Arabic-NL, 15/10/2019 00:26:09.

Gold Digital : 701.226.1029

[illegible][illegible]

0010, 城市: Moscow, ID: 770709, 国家: RU

NF-INS 0.00 135:R\$ 0,14 FUNAF 34-0.00

DNV HOKIA JUSTINA 06 JULVA EREAV 2 EAV

100

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 044.592.364-22 3 - CPF da vítima: 044.592.364-22 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro Góes da Silva

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

5 - Nome completo: Alexsandro Góes da Silva 6 - CPF: 044.592.364-22
7 - Profissão: De Lda 8 - Endereço: Rua Mano Torquino 9 - Número: 340 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Botucatu 13 - Estado: RN 14 - CEP: 5695-000
15 - E-mail: Alex.Petrucci 16 - Tel (DDD): (84) 99804-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (servente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 49089

☐ CONTA CORRENTE (fotos e holerites)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 o dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e na apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, se eu discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - 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.

34

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Botucatu RN 03/03/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



6277 8012 3841 6071

MARIA DAS GRACAS C SILVA

0560 013 00049089 7 07/21

el

DECLARAÇÃO

Eu Maria dos Graças Robine da Silva RG 002.181.819
e CPF 044.892.364-22 declaro para os devidos fins que
estive no banco Caixa Econômica para regularizar minha Conta
Poupança número 49089-4 da agência
0560 para poder receber o benefício da indenização do
Seguro DPVAT solicitado.

Maria dos Graças Robine da Silva RN 03/03/20

Cidade, Data

Maria dos Graças Robine da Silva
Assinatura do titular da conta bancária



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047828/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/10/2019 10:17 Data/Hora Fim: 01/10/2019 10:33
Delegado de Polícia: André Gustavo Videres de Albuquerque

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Baraúna

Data/Hora do Fato: 02/09/2019 16:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: ZONA RURAL

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA DAS GRAÇAS CASSIANO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Baraúna Sexo: Feminino Nasc: 19/02/1905
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria de Fátima da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002181819

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: RUA NEO TÁRGINO Nº: 299
Bairro: CENTRO
Telefone: (84) 9432-7275 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Não

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nome Civil: IRIS MARCIA BEZERRA DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 06/03/1978
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS Nº: 61
Bairro: ZONA RURAL



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047828/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição CARRO CINZA	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Iris Marcia Bezerra da Silva	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 134.991.324-35	Placa <u>POJDC36</u>
Renavam 01125942670	Número do Motor KC22E0GD15362
Número do Chassi 9C2KC2200GR015362	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Baraúna	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/04/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria das Graças Cassiano da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA TRANSITANDO EM VIA PÚBLICA EM SUA MOTOCICLETA, SEM CAPACETE, QUANDO UM VEÍCULO, CARRO DE COR CINZA, VINHA ATRÁS E COLIDIU NA MOTOCICLETA DA VÍTIMA QUE CAIU E SOFREU LESÕES NO RINS, CONFORME EXAME FÍSICO.

ASSINATURAS


Fábio Sterilson Torres de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 169.224-0
Responsável pelo Atendimento


Maria das Graças Cassiano da Silva
(Vítima / Comunicante)

*Dedico para os devidos fins de direito que sou(su)a responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Deturpação Caluniosa e 343-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.