

Relatório de Auditoria
Invalidez
Sinistro: 2008/007434 - 1

Seg.: 6238/01 - MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A./DELPHOS

CNIS

CADASTRO NACIONAL
Informações e Serviços

Data: 26/01/2008

Data Acidente: 19/01/2005

Perícia em Consultório

Vítima: DANNILO BATISTA CARVALHO ALBUQUERQUE

Cidade: JUCÁS-CE

Seguradora: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A./DELPHOS - 6238/01

Ocorrência: INVALIDEZ PARCIAL - 2

Cidade: IGUATU-CE

Requerente/Beneficiário: DANNILO BATISTA CARVALHO ALBUQUERQUE

Qualificação:

Procurador: N/C

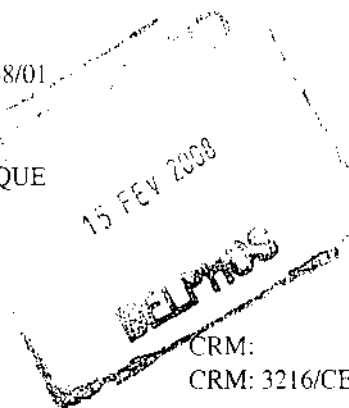
Procuração:

Cidade: -

Médico Assistente: N/C

Médico Avaliador: JOSÉ GERARDO VALE MATOS

Analista: RAFAEL PARADELLAS VON DOLLINGER



Resultado da Auditoria

1 - Avaliação Médica

APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

2 - Conclusão da Auditoria

INVALIDEZ REDUZIDA.

Membros	Pleiteado(%)	Avaliado(%)
- PERDA DO USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO	(100,00 de 070,00)	(010,00 de 070,00)
- PERDA DO USO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO	(100,00 de 070,00)	(020,00 de 070,00)

TOTAL PLEITEADO: 100,00% - R\$ 13.500,00

TOTAL AVALIADO : 21,00% - R\$ 2.835,00

DT. PERÍCIA: 24/01/2008

Observação

DRA. DORES MARIA B. C. MENDES
RESP. TÉCNICA

Seg/Reg: MARFUE / Dez 2007

Sinistro nº 2008/007434 Processo nº 100/008648/08/01

Relação de Documentos	Sim	Não	Deficiente
Boletim de Ocorrência			
Certidão de Óbito			
Laudo de Necrópsia / IML			
Certidão de Nascimento da vítima			
Certidão de Casamento da vítima			
Autorização de Pgto/Crédito de Indenização			
Documento de Identidade da vítima			
CPF da vítima			
Documento de Identidade do beneficiário			
CPF do beneficiário			
Comprovante de residência do beneficiário			
Declaração de Herdeiros / Concubinato / Alvará Judicial			
DUI			
Procuração			
Documentos do procurador			
Comprovante de residência do procurador			

PROCEDIMENTO	Prestador : (x) CNIS () MS
(x) Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Nexó () Investigação	
Obs.:	
<u>CAUSE: VÍTIMA</u>	

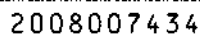
Liberado para pagamento ☐ Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Revisor: Luis Fernando Data: 14/01/08

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

```
* Megadata Computacoes                D.P.V.A.T.                08/01/2008  14:24:26 *
*      Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre      *
* DPV015T                                1004 / DPV016P *
*=====
```

ENTER = CONTINUAR PF03 = FIM PF07 = VOLTA MENU



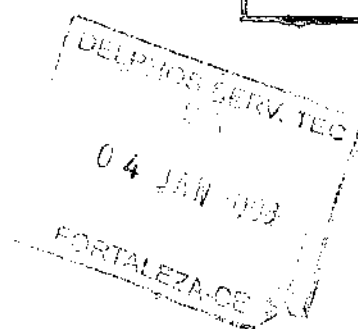
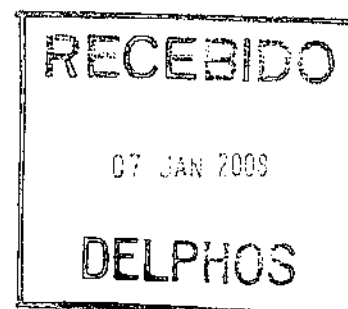
PRADO CIMA
9 845543 318114

**Aviso de Registro de
Recebimento de Processo**

Nº do Aviso:	4702008
Data do Aviso:	04/01/2008
Nome da Vítima:	DANNILO BATISTA CARVALHO ALBUQUERQUE
A Vítima Possui CPF ?	SIM
Nº do CPF:	115.047.757-16
Data de Nascimento:	06/05/1986
Natureza do Sinistro:	INVALIDEZ
Data do Sinistro:	19/01/2005
Seguradora:	6238 - MAPFRE SEGUROS
Telefone Para Contato:	(88) 35811280
E-Mail Para Contato:	laaraujo@ibest.com.br
Empresa Conveniada:	;



4702008
(04/01/2008 - SD/10 - HELENITA.FEITOSA)



Em 17 de dezembro de 2007.

Ofício Nº 001/2007
Ilmo(a) Sr(a)
Dr(a) Analista de Seguros
DELPHOS Serviços Técnicos S/A
Rio de Janeiro – RJ

Sr(a) Dr(a) Analista

Através do presente, faço chegar às mãos de Vossa Senhoria, os documentos abaixo indicados, para fins de pagamento do seguro obrigatório DPVAT por minha invalidez os quais vão abaixo regularmente indicados, a saber:

- 01 – Original da **Autorização de Pagamento** devidamente assinada e com numero da Conta Bancária;
- 02 – Original do **Boletim de Ocorrência Policial**;
- 03 – Certidão de Inexistência de Instituto Médico Legal na cidade de Jucás - CE -CE;
- 04 – Atestado Médico;
- 05 – Cópia autenticada do **Boletim de Atendimento Médico Emergencial**;
- 06 – Cópia da **Cédula de Identidade** constando o CPF ;
- 07 – **Comprovante de Residência**;
- 08 – **DUT** veículo.

Ao ensejo apresento-lhe votos de estima, consideração e apreço.

Atenciosamente,

DANNILO BATISTA CARVALHO ALBUQUERQUE
CPF 115.047.757-16

Nº do Sinistro,

Seguro Obrigatório Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos

Nº do Protocolo

INVALIDEZ PERMANENTE

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 19/01/2005

Vítima

Dannilo Batista Carvalho Albuquerque

CPF 115 047.737-16

Seguradora

Mappe Seguros

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome

Dannilo Batista Carvalho Albuquerque

Vítima

Representante Legal

Endereço para Correspondência

Rua Vicente Abdoral

nº 00056 Complemento

Bairro

Df. São Pedro

Cidade

Yucas

UF

CE CEP 63580.000

Telefone para contato

88.35811280

Preencha com x para documentação entregue
Preencha com para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- Aivará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

Procuração

Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador

CPF

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

X

Documentação recebida sem conferência

Data

01/01/08

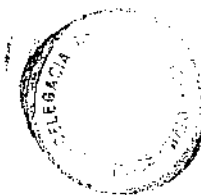
Nome

Patente

Identidade _____



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTES / OUTROS

Nº B.O.: 479-04200/2007 CIOPS: -

DATA/HORADA COMUNICAÇÃO: 31/10/2007 12:41

DATA/HORADA OCORRÊNCIA: 19/01/2005/19:00

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: ROD RODOVIA X CE 375 QUE LIGA IGUAU A JUCÁS

NAO INFORMADO JUCAS/CE

PONTO DE REFERÊNCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Afirma o declarante que transitava na motocicleta Honda CG 125 titan KS, ano de fabricação 2000 e modelo 2000, placa HWF-9436, cor vermelha, chassi 9C2JC3010YR083427, renovação 747900922, em nome de sua esposa Sra. Maria Socorro Batista Carvalho, juntamente com o jovem Antonio Marcos de Paula Oliveira CPF 034145243-25, residente no Sítio Alto dos Bodes, município de Jucás/ce, na rodovia que liga a cidade de Iguaú/ce a Jucás/ce, quando a altura o aterro sanitário do município de Jucás/ce, encontrou outra motocicleta guiada por uma pessoa que não foi identificada, pois este evadiu-se do local do ocorrido, e que por este veículo foi ofuscado, ou seja, o condutor do outro veículo não baixou o farol da moto no momento em que os dois veículos se cruzaram, causando assim a queda do declarante e seu colega, que sofreu algumas lesões pelo corpo, vindo a ser primeiramente atendido no Hospital Municipal de Jucás e depois transferido para o Hospital regional de Iguaú/ce. Nada mais a declarar deu-se por encerrado este B.O.//

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: DANNILO BATISTA CARVALHO ALBUQUERQUE

DATA DE NASCIMENTO: 06/05/1986

FILIAÇÃO: CICERO CARVALHO ALBUQUERQUE

MARIA SOCORRO BATISTA CARVALHO

ENDEREÇO: R FRANCISCO ANDRÉ DE SOUZA 37

VILA SÃO PEDRO

JUCÁS/CE

TELEFONE:

α. Danillo Batista C Albuquerque

➤ DADOS DO NOTICIANTE

NOME: VÍTIMA

Helio B. da Costa
Delegado Policia Civil
Mat. 126897-1-3

CONFIDENTIAL

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

EU, Dannilo Batista Carvalho Albuquerque PORTADOR (A) DO

RG Nº 2001029119706 EXPEDIDO POR SSP/PC EM (DATA) 20.09.2001 E

CPF 113.547.757-16 / CNPJ _____

NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A
INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA

Dannilo Batista Carvalho Albuquerque, AUTORIZO A
SEGURADORA Mapa Seguros A EFETUAR O RESPECTIVO
PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO Nº _____ Nº AGÊNCIA _____ C/C _____

2. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

3. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

4. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

5. PAGAMENTO CONTRA-RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL S/A

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

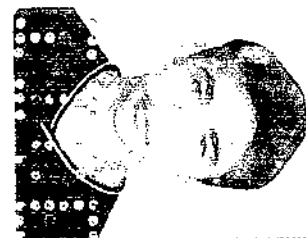
Juiz-De, 17 de Dezembro 2007
LOCAL / DATA

Dannilo Batista C. Albuquerque
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

2001029119706 DATA: 20/9/2001
NOME DANNILO BATISTA CARVALHO ALBUQUE
RQUE
FILIAIS CICERO CARVALHO ALBUQUERQUE E M
ARIA SOCORRO BATISTA CARVALHO

RA LUGAR JUCAS-CE DATA DE NASCIMENTO 6/5/1986
DOC ORIGEM CERT.NASC. 23006 L A 22 F
12 IGUATU CE

ASSINATURA DO DETENIDO



Dannilo Batista C. Albuquerque

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

Nome

Nascimento

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 33 12125 02 154500 - 5 Data de emissão 22/06/2007
 Nome **DANILO BATISTA CARVALHO ALBUQUERQUE**
 End. postal **RU VICENTE ABDORAL 00056 - DT SAO PEDRO DO - JUCAS CEP 83580-000**
 Medidor 9346160 Poste 0000

coelce

Av. Barão de Studart, 2917 CEP 60127-900 Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3 www.coelce.com.br
 central de atendimento telefone fixo 0800 2850 196 telefone celular 9090 6811 6000

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Endereço **RU VICENTE ABDORAL 00056**
 Classe **RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA** Fator de potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 115047757-16 CGF
 Nome do responsável

Nº DO CONTRATO 2-13574-1

COMPOSIÇÃO DE VALOR DO CONSUMO VALOR (R\$)

Energia	5,79
Transmissão	0,28
Distribuição	2,67
Encargos Setoriais	0,46
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,03
Total	10,23

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura atual	Leitura anterior	Códst.	Consumo (kWh)	Cons. incl.	Cons. fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4981	4921	1	60	0	30	0,11835	3,55
					30	0,20474	6,14
20/06/07	21/05/07		30 DIAS		60		9,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto	IGUATU	Mês	ABR/2007
Padrão mensal individual		Apuração mensal individual	
DIC	35,00	DIC	1,77
FIC	20,00	FIC	1,00
DMIC	17,50	DMIC	1,77

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

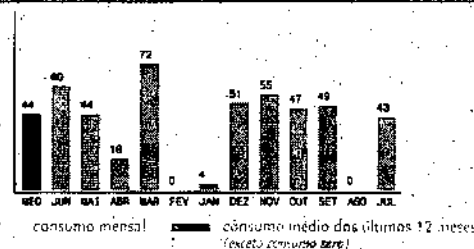
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	20,48
DESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA RENDA	-10,79
MULTA MORATORIA REF 04/2007	0,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	1,72
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	0,54

ICMS

Base de cálculo	ISENTO	Mês referência	JUN/2007
Alíquota		Apresentação	19/07/2007
Valor do imposto		Próx. leitura	19/07/2007

DATAS

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0AAC.C828.8885.A1BE.899D.9956.CE21.445C

Importante

CONTAS EM ATRASO
REVERSO DE VENCIMENTO:
 Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 9,00.
 Conforme Resolução Anel 15/00, Art. 51, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após o decurso de 15 dias do envio deste comunicado.
 Caso o débito relacionado ao fado tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso.

DEBITOS ANTERIORES	MES/ANO	VALOR R\$
	05/2007	9,00

Consta desta fatura R\$ 1,03 referente a PIS e COFINS. (Art. 9º Res. 100/2006 - ANEEL e Lei n.º 10.837/04 e 10.893/04)

autenticação mecânica cliente

FICHA DE ADMISSAO

Registro: 0076554

Prontuario: 0037671

DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE

NOME DANILLO BATISTA CARVALHO ALBUQUERQUE SEXO NASCIMENTO IDADE
ESTADO CIVIL RELIGIAO COR CELULAR DOCUMENTO
SOLTEIRO CATOLICA AMARELO Nao Apresentou
PROFISSAO: VENDEDOR AMBULANTE NATURALIDADE: JUCAS -CE
ENDERECO: FRANCISCO ANDRE DE SOUZA NUMERO: COMPLEMENTO: 00037

BAIRRO: VILA SAO PEDRO CIDADE: JUCAS ESTADO: CE
PT. REF.: CEP: 63.580-000 TELEFONE: (88) 35173007
PAI: CIDERIO CARVALHO ALBUQUERQUE MAE: MARIA SOCORRO BATISTA CARVALHO
CONJUGE:
RESPONSAVEL: A MAE ORIGEM:
URGENCIA AVISAR: IGNORADO, CFE. PORT. 84 DE 24/06/97
ACIDENTE DE TRANSITO ACIDENTE DE TRABALHO
[X] SIM [] NAO [] SIM [X] NAO
DIAGNOSTICOS: S.S.M. C.I.D. 10

DADOS REFERENTE CONVENIO

NOME: 0000-SISTEMA UNICO DE SAUDE PLANO:
RIC: DATA VALIDADE: Permanente

DADOS DA ADMISSAO

RESP. ADMISSAO: ILDETANIA MARIA BATISTA DATA: 19/01/2005 HORA: 21:00
MEDICO SOLICITANTE: SANDRO LIMA SIQUEIRA CRM: 007234 DT. ALTA:
MEDICO RESPONSAVEL: PERICLES GOMES DE ARUJO FILHO CRM: 001784 HR. ALTA:
CODIGO DO SUS - PROCEDIMENTO SOLICITADO
39011151 REDUCAO CIRURGICA DA DIAFISE DA TIBIA, COM FIXACAO
PERMANENCIA/SUS: 6 dias PREVISAO ALTA: 25/01/2005
ACOMODACAO: CLINICA CIRURGICA LOCAL: CIR02 LEITO: 00003 C/CORRENTE: 33802-8

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESPONSAVEL: A MAE

O abaixo assinado A MAE.....
pessoa responsavel pelo doente DANILLO BATISTA CARVALHO ALBUQUERQUE.....
da plena autorizacao aos medicos no hospital HOSPITAL REGIONAL DR. MANOEL BAT que
o assistirem para fazerem as investigacoes julgadas necessarias ao diagnostico
e para execucao do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposicoes
gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

IGUATU, 19 de Janeiro de 2005

RESPONSAVEL

Testemunha: _____

Testemunha: _____

Couper el o original

Maria Socorro Batista Carvalho
Assistente Social
Rec-53 - 2324



Fundação de Saúde Pública do Município de Iguatu
Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira

IGUATU-CEARÁ

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

37641

Nome		Unidade		Código / CNPJ	
HCLy				41334201/000103	
Orgão Emissor					
Nome do Cliente					
Daniela Batista Carvalho Albuquerque					
Endereço (Rua, Nº, Bairro)				Município	
R. F. de André de Sá N: 37 - V. das Pedras				Juazeiro	
UF		CE			
Cep		Data do Nasc.		Sexo	
61530000		01.05.86		Masculino	
				Feminino	
		11		3	
				Sexo	
				Segurado	
				Conjuge	
				Filho	
				Outro Dep.	
				2	
				4	
				6	
				8	
Nome do Segurado					
Vínculo com a Previdência					
Empreg. Empregador Autônomo Desempregado Aposn. Não Segurado					
1 2 3 5 7 9					
CNPJ da Empresa					
CPF do Médico Solicitante					
884.306.804-35					
Proced. Solicitado					
43000002					
Car. Int.					
Data da Emissão					
19.01.05					
CPF do Méd. Responsável					
Assint. do Méd. Resp.					
Preencher em caso de					
Acidente de Trânsito					
Causa Externa					
CGC da Seguradora					
Nº do Bilhete					
Série					

LAUDO MÉDICO E JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos	
Piro, dor de ouvido e otite média de RX Fratura de Tibia	
Condições que Justificam a Internação	
Anomalia de Piro de Implantação	
Principais Resultados de Provas Diagnósticas	
Anomalia de RX	
Diagnóstico Inicial	
Fratura de Tibia	
Procedimento Solicitado	
Intussus	
Clínica	
Cirurgia Obstetícia Cli. Méd.	
1 2 3	
Tisiopneumol Psiquiátrica Pediatria Outras	
4 5 7 9	
Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)	
CRM	
Data	
19/01/05	

DATA PREV. 3450

Compare o original

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)

SUS

Nome: Danilo Batista Carvalho Albuquerque

Nº Prontuário	
37671	
Enf.	Leito
06	02

06

02

Notas Sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente devendo toda Anotação ser Assinada pelo Profissional que a fez.

[illegible]

[illegible]

PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTOS

SUS/HRI

NOME		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
Damilo Batista Carvalho Albuquerque		06	02	37671
DATA	PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTOS	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	RUBRICA
	1- f. l. i. r. e	SND	19/01/05 às	
	2- Repouso no leito	OK:	21h00 Paciente	
	3- SS/VV	Atenção	admitido p/ tratamento	
	4- Curativos 1º E.V. 6/6/15	24	cirúrgico e traumatologista	
	5- Gástrico 20ml E.V. 8/8/15	26	fratura de tíbia D.	
	6- Vitamina 10ml 8/8/15	22	PA = 120x80	
	7- Vit. B12 1mg 8/8/15	22	T = 36°C	
		3N	20.01.05	
			12:30 hs =	
			curativo da	
			ao C.C. para	
			cirúrgico	
			traumatológico	
20/1/05	Elas e Janna			
	Parece curado c/ 1 suture			
	Alta			
	Coupe c/ o original			

Sandro Lima Brito
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 7234 O-104-15-04-15

Maria Carmem Almeida
ENFERMEIRA
CRM 10.522-0

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Janete B. P. C. Albuquerque

Attestado

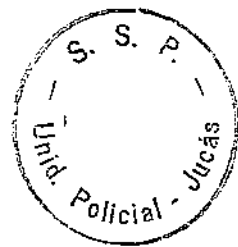
Pela via de carta de notificação

re dos 19/04/05, apresentados para de T. B. B.,
receber att. do T. B. B. re dos 22/08/07.

Apresentados para de T. B. B. re dos
apresentados em 35%

14/11/07

Sandra Lima Albuquerque
CRM 7234 CPT 894.306.504-19
Ortopedia e Traumatologia



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL-DPI-DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU
UNIDADE POLICIAL DE JUCÁS

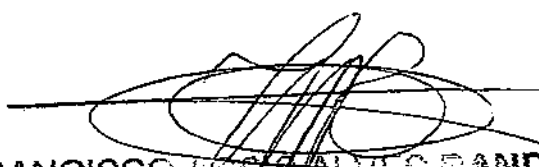
CERTIDÃO

FRANCISCO ASSIS ALVES BANDEIRA, 1º SGT PM,
ENCARREGADO DA UNIDADE POLICIAL DESTE MUNICÍPIO,
NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS, ETC...

CERTIFICA PARA OS DEVIDOS FINS E PROVAS LEGAIS, QUE
ESTA CIDADE DE JUCÁS-CE, NÃO DISPÕEM DE INSTALAÇÕES
PRÓPRIAS DO I.M.L. (INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

O REFERIDO É VERDADE. DOU FE.

JUCÁS-CE, 27 DE NOVEMBRO DE 2007.


FRANCISCO ASSIS ALVES BANDEIRA – 1º SGT PM
ENCARREGADO UNIDADE POLICIAL DE JUCÁS
MATRÍCULA 027.369-1-8