



DANIEL FARIAS PORTO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Edmundo Pinto do Nascimento
RG: 200.2010205150 SSP ce
CPF: 04255175357
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: solteiro
Profissão: autônomo
Residente e domiciliado: Rua Dom Nísio Albano, 1442
Cidade: Fortaleza **Estado:** Ceará **CEP:** 60.000-000

OUTORGADO: Dr. Daniel Farias Porto, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, Rua 25 de março nº705 sala 203, Centro, CEP 60.060-120, Fone: (85)30478110.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 08 de junho de 2013

Edmundo Pinto do Nascimento
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

NOME: *Adauto Pinto do Nascimento*
CPF: *042.551.753-57*
ESTADO CIVIL: *solteiro*
PROFISSÃO: *autônomo*

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c art.14, § 1º da lei 5584/70, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/Ce, 26 de junho de 2013

x Adauto Pinto do Nascimento

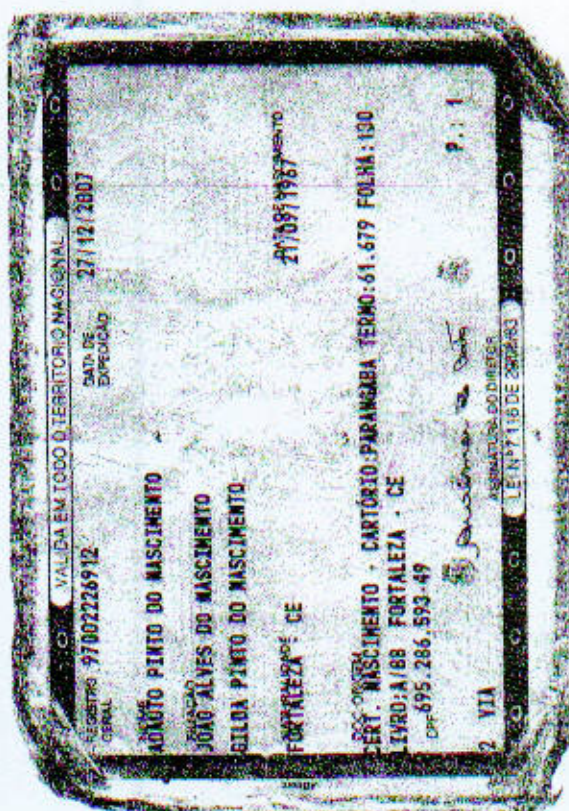
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adauto Pinto do Nascimento,
portador(a) da Identidade nº 2002010205150 e inscrita no C.P.F sob o nº
04255175357. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
Rua Dom. Xisto Albano, 1442
Os Altos, (Complemento) _____ (Bairro) Vila Pery,
(Cidade) Rentizeira (Estado) MG, CEP _____.

Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

26 / 06 / 13

Adauto Pinto do Nascimento
Assinatura





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 30. DISTRITO POLICIAL



30^o DP

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 130 - 7243 / 2011

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/08/2011 05:50:57**
Data / Hora da Ocorrência : **04/03/2011 20:45:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DEP. PAULINO ROCHA 1001**
CAJAZEIRAS FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: **COND. MORADA DOS BOSQUES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ADAUTO PINTO DO NASCIMENTO**
Nascimento : **21/09/1967**
RG: **97002226912** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:
Filiação: **JOÃO ALVES DO NASCIMENTO**
GILDA PINTO DO NASCIMENTO
Endereço: **AV DEPUTADO PAULINO ROCHA 1001 AP 402. Q. SUL BL B**
CAJAZEIRAS
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **88428151**

Histórico

informa a noticiante que seu esposo ADAUTO PINTO DO NASCIMENTO sofreu um acidente de transito na data e local acima mencionados, tendo registrado o BO nº113-3339/2011, e na ocasião a noticiante fez referencia que seu esposo havia sofrido pancada na cabeça , porém após alguns dias foi cientificada que o seu esposo tinha sofrido também fratura no calcanhar esquerdo, conforme laudo médico, assim requer a expedição de guia ao CML para exame de corpo de delito. E nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : **CÉLIA MARIA FALCÃO DO NASCIMENTO**
Endereço : **AV DEPUTADO PAULINO ROCHA 1001 AP 402 BL. B Q SUL**
Bairro : **CAJAZEIRAS**
Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **99804469**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 30. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

MATRÍCULA: 060535-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Célia Maria Falcão do Nascimento*

VISTO DO DELEGADO(A): *[Assinatura]*



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

EMITIDO EM:

HORÁRIO:

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Nº REGISTRO

ADALTO PINTO DO NASCIMENTO

9030

TIPO DOCUMENTO

Nº DOCUMENTO

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RAÇA / COR

21/09/1967

M

NOME DA MÃE

TELEFONE DE CONTATO

GILDA PINTO DO NASCIMENTO

80428151

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO

CELIA-ESPOSA

ENDEREÇO DO PACIENTE(RUA, Nº, BAIRRO)

TELEFONE DE CONTATO

AV DEPUTADO PAULINO LOIA 1001

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓDIGO IBGE

UF

CEP

FORTALEZA

2304400

CE

Ocorrência

LOCAL

☐

RESIDÊNCIA

☐

INST. ENSINO

☐

TRABALHO

☐

ÁREA PÚBLICA (Especificar)

AMBULANCIA/ORIGEM:

ACIDENTE / VEÍCULO:

PLACA:

HORA:

CONDUTOR:

LOCAL ACIDENTE:

MUNIC.: OCORRÊNCIA

CÓD. IBGE

Tipo do Atendimento

1 - ADULTO

3 - TRAUMATOLÓGICO

5 - OFTALMOLÓGICO

7 - ENDOSCÓPICO RESPIRATÓRIO

9 - SPA

11 - CEATOX

2 - PEDIÁTRICO

4 - OTORRINO

6 - ODONTOLÓGICO

8 - ENDOSCÓPICO DIGESTIVO

10 - CTG

Motivo do Atendimento

CID PRINCIPAL

CID SECUNDÁRIO

Atendimento Médico

ANAMNESE

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO

CID

SADT SOLICITADOS

() HC () SU () PCR () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO - X () OUTROS

CONDUTA

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

/ / às h

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

Parecer Médico 1

ESPECIALIDADE

DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

/ / às h

EXAME CLÍNICO

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO

CID

CONDUTA

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

/ / ÀS h

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

Núcleo Hospitalar de Patologia
Núcleo de Patologia



fls. 20
Fortaleza

RÉGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

EMITIDO EM: 04/03/2011
HORÁRIO: 21:41

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE ADAUTO PINTO DO NASCIMENTO				Nº REGISTRO 399173	
TIPO DOCUMENTO REGISTRO CIVIL	Nº DOCUMENTO 97002226912	DATA DE NASCIMENTO 21/09/1967	SEXO MASO	RAÇA / COR NAO INFO	
NOME DA MÃE GILDA PINTO DO NASCIMENTO				TELEFONE DE CONTATO (08) -	
NOME DO RESPONSÁVEL CELIA MARIA-ESPOSA				TELEFONE DE CONTATO	
ENDEREÇO DO PACIENTE(RUA, Nº, BAIRRO) RUA AV. DEPUTADO PAULINO ROCHA 1001 CAJAZEIRAS				TELEFONE DE CONTATO	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA		CÓDIGO IBGE	UF CE	CEP	

Ocorrência

ATROPELAMENTO

LOCAL ☒ RESIDÊNCIA AMBULANCIA/ORIGEM:	☐ INST. ENSINO ACIDENTE / VEICULO:	☐ TRABALHO PLACA:	☐ ÁREA PÚBLICA (Especificar)	HORA:	CONDUTOR:
LOCAL ACIDENTE:		MUNIC.: OCORRÊNCIA		CÓD. IBGE	

Tipo do Atendimento

1 - ADULTO 3 - TRAUMATOLÓGICO 5 - OFTALMOLÓGICO 7 - ENDOSCÓPICO RESPIRATÓRIO 9 - SPA 11 - CEATOX
2 - PEDIÁTRICO 4 - OTORRINO 6 - ODONTOLÓGICO 8 - ENDOSCÓPICO DIGESTIVO 10 - CTQ

Motivo do Atendimento

CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO
---------------	----------------

Atendimento Médico

ANAMNESE Paciente vítima de atropelamento, fez uso de bebida alcoólica. Apresenta escoriações em face, lesões contusas em fronte e couro cabeludo. Ex. Físico: mega dor abdominal, dispnéia, outras queixas.		
DIAGNÓSTICO Politrauma	CÓDIGO	CID
SADT SOLICITADOS () HC () SU () PCR () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO - X () OUTRO		
CONDUTA		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO 04/03/11 às 21 h 45'	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE	

Parecer Médico 1

ESPECIALIDADE Neurocir	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO 04/03/11 às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE
EXAME CLÍNICO Paciente vítima de TCE + trauma de face. Sem Glasgow 10-5, 10-5, 10-5. TC Normal. Cond. Otorrinolaringológica. Dr. André Soldado Antonio Neurocirurgião CRM 9541 CID		
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	CID
CONDUTA		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / ÀS h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA LUCIA	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/07/2013 às 21:42, sob o número 01790811020138060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0179081-10.2013.8.06.0001 e código E06BA5.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

" 24 horas de proteção a vida "

3x parte

Boletim de Emergência Reg.: 3998140

O Sr.(a) Adauto Pinto do Nascimento

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 19 / 03 / 11, às :

h. Tendo como causa do socorro fratura do cotovelo
esquerdo

Observações: Necessita curativo - de
suas atividades laborais durante
30 dias

Fortaleza, 19 de março de 200 11

Médico de Plantão - CRM:

André Soares
CRM 12350
CRM 12350

CPF:

Meus doc/Arq Word/CPD/ Boletim de Emergência Reg.doc

4

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

2x aud.



IDENTIFICAÇÃO DE MACAS - EIXO:

Nº:

Nome: ADALTO PINTO DO NASCIMENTO			BE: 399173	
Idade:	Cor:	Identificação:		
Chegada: 04 / 123 / 2011	às h min	Internado: () Sim (☒) Não	Sexo: (☒) M	
Diagnóstico: POLITRAUMIA		Especialidade: NEURO CO		
Pareceres: BME (FRATURA OPEN) + CIR. GERAL (LOGS.)				
Exames pendentes: (☒) TC () US (☒) RX () Laboratório () Outros: _____				
Dieta: () Zero () Geral () Branda () Hipossódica () Outra: _____				
OBSERVAÇÕES:				
Médico Residente:			Interno:	
Data: 05/03/2011				
Hora: h min		Carimbo / Ass. Médico - CRM		

CONFIRMED
ORIGINAL
DATE 12/03/11
JAMC

Os dados contidos neste documento têm fins estatísticos como fonte de informação de apoio para realização de trabalhos na área de educação do trânsito, engenharia, operação e fiscalização.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



LAUDO ABDOMINAL

2x conv.

NOME: Adauto Pinto do Nascimento ID. _____SEXO: MASCULINO ☒ FEMININO ☐MÉDICO SOLICITANTE: _____ DATA: 04/03/11

- FÍGADO

TEXTURA: HOMOGÊNEA ☒ HETEROGÊNEA ☐
 VOLUME: NORMAL ☒ AUMENTADO ☐ DIMINUIDO ☐
 CONTORNOS: REGULARES ☒ IRREGULARES ☐
 VV BILIARES INTRA HEPÁTICAS: NORMAIS ☒ DILATADAS ☐

OUTROS: _____

- RINS

TÓPICOS
 MÓVEIS AOS MOVS RESPIRATORIOS: SIM ☒ NÃO ☐
 VOLUME: NORMAL AUMENTADO DIMINUIDO

MEDIDAS RD _____ X _____ X _____ CORTEX _____
 RE _____ X _____ X _____ CORTEX _____

OUTROS: _____

- VESÍCULA BILIAR

CHEIA ☒ VAZIA ☐ PAREDE: NORMAL ☒ ESPESSA ☐
 CÁLCULOS: AUSENTES ☒ PRESENTES ☐

COLÉDOCO: normal OUTRO: _____

CÍSTICO: _____

- PÂNCREAS: HOMOGÊNEA ☐ HETEROGÊNEA ☐
 TEXTURA: NORMAL ☐ AUMENTADO ☐ DIMINUIDO ☐
 VOLUME: _____
 OUTROS: Não visto

- VASOS

NORMAIS: ☐ De calibre normal

OUTROS: _____

SEM EVIDÊNCIA DE
 LÍQUIDO NA CAVIDADE

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: **ADALTO PINTO DO NASCIMENTO** Nome da mãe: **GILDA PINTO DO NASCIMENTO**
Estado civil: **solteiro** Sexo: ☒ Masc ☐ Femin Idade: **43**
Residência: **AV. DEPUTADO JOAQUIM LOJA 1001** Bairro: **MASCULINO**
UF: **CE** Regional: **CE I II III IV FORTALEZA** Procedência: **CAJAZEIRAS**

DEMANDA ADMINISTRATIVA Data de Nascimento 21/09/ 1967

QUEIXA

Retorno Traumatologista - Dr. Saulo

Há quanto tempo: Dias: Meses: Anos:

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS VITAIS

Escala de dor Adulto

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pontos:
Sem dor	Dor leve		Dor moderada			Dor forte			Pior dor possível		

Escala NIPS

Escala comportamental de dor para recém-nascidos

Parâmetro	0	1	2
Expressão facial	relaxada	contraída	-
Choro	ausente	resmungos	vigoroso
Respiração	relaxada	alterada	-
Braços	relaxados	fletidos/estendidos	-
Pernas	relaxadas	fletidas/estendidas	-
Estado de consciência	dormindo/calmo	desconfortável	-

Significado da pontuação: 0 sem dor; 1-2 dor fraca; 3-5 moderada; 6-7 forte

Escala de Faces por Mauricio de Souza

Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor forte	Pior dor possível

Pontos: Pontos:

PA: P: FR: Temp: SATO₂:

NÚMERO DE VEZES QUE PASSOU PELA UNIDADE

Posto de saúde: Hospital Secundário: Hospital Terciário:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Nenhum

REFERÊNCIA PARA A REDE

Básica:

Secundário:

Terciário:

Ambulatório especializado:

Pronto atendimento:

DIA DA SEMANA / TURNO

☐ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado ☐ Domingo ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

Data e Hora

Responsável pelo acolhimento (Carimbo)

Carimbo e Assinatura
ENFERMEIRA
COREN-CE 108.401



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA - IJF
DEPARTAMENTO MÉDICO - DEMED
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - SERDIMAG



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

CÓDIGO 4502 TCI

☒ CRÂNIO
☐ TÓRAX
☐ ABDÔMEM

PACIENTE <i>ADALDO PINHO NASCIMENTO</i>		IDADE	SEXO: ☐ MASC. ☐ FEM.
ENDEREÇO, Nº, BAIRRO: <i>Es</i>		CIDADE:	UF:
PROCEDÊNCIA:	TIPO DE CONVÊNIO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM:

ATESTADO

ATESTO, para fim de prova junto à Delegacia Regional do Trabalho no Ceará, que Adauto Pinto do Nascimento, RG _____, CTPS _____, é portador de deficiência, conforme a seguir descrito, enquadrando-se nas disposições estabelecidas no art. 1, Parte I, da Convenção n.º 159, da OIT, combinado com o art. 4.º, do Decreto n. 3.298/99, com as alterações introduzidas pelo art. 70, do Decreto n.º 5.296, de 02/12/2004.

☒ DEFICIÊNCIA FÍSICA

☐ DEFICIÊNCIA AUDITIVA

☐ DEFICIÊNCIA VISUAL

☐ DEFICIÊNCIA MENTAL

☐ DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

descrição: CJD: B91 (Sequela de Polio-mielite) 07 cm

Data: 02/07/09

CSP JANIVAL DE ALMEIDA VIEIRA
CÓD 14117

R. COELHO GARCIA 25 PASSAREL

Autorizo a ~~FONE 3298~~ divulgação do teor deste atestado por empresa interessada em minha contratação, especialmente para apresentação à fiscalização da DRT-CE.

Data: 02/07/09

Adauto Pinto do Nascimento
assinatura do trabalhador

Valéria R. Cavalcanti Costa
Médica Interna
CMTA 3071
MÉDICO (carimbo e assinatura)

Art. 4.º, do Decreto n. 3.298/99, com as alterações introduzidas pelo art. 70, do Decreto n.º 5.296, de 02/12/2004:

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I- deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II- deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

III- deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- | | |
|-------------------------|---|
| a) comunicação; | b) cuidado pessoal; |
| c) habilidades sociais; | d) utilização dos recursos da comunidade; |
| e) saúde e segurança; | f) habilidades acadêmicas; |
| g) lazer; e | h) trabalho; |

V - deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências.

CRF

Centro de Reabilitação Funcional Ceará

Adauto Pinho da MASCARENHA
laudo médico

Ortopedia
 Traumatologia
 Fisioterapia

Posteriormente ao trauma de queda de altura de 10 metros tendo seguido para o Hospital de Traumatologia, fraturas do nariz, fratura do calcâneo esquerdo, ferida no couro cabeludo, fratura de dentes.

CID - S06.9, S02.2, S01.0, S92.0

Foi submetido a fixação com conservação de TCE. Tratamento conservador da fratura dos ossos do nariz e do couro cabeludo e tratamento dentário, tratamento com gesso da fratura do calcâneo.

Ficou com cicatriz cirúrgica. Diferença de nível nasal, desvio. Assimetria nasal com conotórrio nasal crônica, inflamação com claudicação. Dor no pé, não conseguiu caminhar. Dor no.

Prejudicado.

Atto médico cessar

Dr. Márcio Salim Almeida
 Traumatologia-Ortopedia
 CRM 4411

[Assinatura]

22 02 2013

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota
 Fone: (85) 3244-5597 / (85) 3244-3585



Serviços de seguros

JOSE WILSON GOMES FARIAS | [alterar senha](#) | [institucional](#) | [sair](#)CADASTRO
DE PROCESSOVISUALIZAR
PROCESSOCADASTRO
GERAISARQUIVO
MORTO

VISUALIZAR PROCESSO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

Voltar

PROCESSO

Número do Sinistro	2013/143216 (PARCIAL)		
Vítima	ADAUTO PINTO DO NASCIMENTO	Filial	MATRIZ - CURITIBA
Data Cadastro	11/03/2013	Garantia	INVALIDA
Data Sinistro	04/03/2011	Data Recepção	11/03/2013
Analista	DANIELE	Categoria	01 - VEICULO
Seguradora	Capemisa Vida e Previdência	Situação	PAGO

CORRETORA

Nome	JOSE WILSON GOMES FARIAS	Responsável	FARIAS
------	--------------------------	-------------	--------

PROCURADOR

Nome	Email
Telefone	CPF
Celular	

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio	Num Carta
07/05/2013	RECALL

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagto	Data Rateio	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Pleitado	Diferença	Dados Bancários
06/06/2013	07/06/2013	ADAUTO PINTO DO NASCIMENTO 695.286.593-49	3.037,50	13.500,00	-10.462,50	2 104/_1956/_ 650660/_

DOCUMENTOS

Data Solicitação	Data Recepção	Descrição
13/03/2013		? Adendo ao Boletim de Ocorrência nº 130-7243/2011 informando com detalhes a mecânica do fato, a posição da vítima (pedestre, condutor ou passageiro) e dados do veículo (Placa, Chassi ou se Veículo não identificado).
13/03/2013		? Ou apresentar o Boletim de Ocorrência nº 113-3339/2011 (citado no Boletim recepcionado) caso contenha as informações acima.
	01/04/2013	RECEBIDO B.O - DOC E PROC ENC P/ ANALISE
01/04/2013		Adendo ao boletim de Ocorrência nº 130-7243/2011 informando com detalhes a mecânica do fato, a posição da vítima (pedestre, condutor ou passageiro) e dados do veículo (placa, chassi ou se veículo não identificado).
01/04/2013		Ou apresentar o Boletim de Ocorrência nº 113-3339/ (citado no Boletim recepcionado) caso contenha as informações acima.
	03/05/2013	RECEBIDO B.O - DOC E PROC ENC P/ ANALISE
07/05/2013		SEGUE LIDER

GLOSA OU RELATÓRIO

CARTA