

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606772 **Cidade:** São Paulo do Potengi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA DIAFISÁRIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PG 5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

136

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



AMARELO

HISTÓRICO DE ATENDIMENTO MÉDICO

MATRÍCULA: 2019.04893-2 DATA: 27/07/2019
NOME: ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ HORA: 20:52:43
IDADE: 24 (a) e 1 (m) DATA DE NASC.: 01/06/1995 NOME DA MÃE: TEREZINHA MENINO DE SOUZA CRUZ
SEXO: M(x) F() TELEFONE: (84) 99700-4073 COR: PARDO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
RG: 2.762.580 EMISSÃO: 18/12/2018 CPF: 018.605.894-79 CARTÃO SUS: 898003700613684
PROFISSÃO: ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO
END.: RUA PRINCIPAL, nº 390
BAIRRO: ALTO DA RAIZ ZONA: URBANA CIDADE: MACAIBA
PONTO DE REFERÊNCIA: CEP: 59.280-000
ACOMPANHANTE: ESPOSA JECIONE

QUEIXA PRINCIPAL: DOR + EDEMA EM TORNOZELO ESQ, APOS SOFRER QUEDA DE MOTO
HÁ QUANTO TEMPO: 27/07/2019
DIABETES: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() HAS: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() ETILISTA: SIM() NÃO(X) SOCIALMENTE()
ALERGIA: SIM() NÃO(X)
GESTANTE: SIM() NÃO(X)
TABAGISTA: SIM() NÃO(X)
MEDICAÇÕES EM USO:
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM() NÃO(X)
NOTIFICAÇÃO: SIM() NÃO(X)
É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM(x) NÃO() QUAL: CENTRO DE SAÚDE LUIS ANTONIO FONSECA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:
PACIENTE RELATA DOR + EDEMA EM TORNOZELO ESQ, APOS SOFRER QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS DA CHEGADA:
HORA: 20:52 TA: 140,0x100,0 PULSO: ALTURA: PESO:
RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:
ESCALA DE DOR: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 (x) 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10
ENFERMEIRA: FELIPE LEONCIO MARINHO DO NASCIMENTO
Assinatura e Carimbo profissional

EVOLUÇÃO MÉDICA:
Dr. Felipe Augusto

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:
Lesão por estresse Trauma
Assinatura e Carimbo do Médico

136

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTOPREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

AMARELO

BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO Nº 038116433

MATRÍCULA: 2019.04693-2 DATA: 27/07/2019
 NOME: ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ HORA: 20:52:43
 IDADE: 24 (a) e 1 (m) DATA DE NASC.: 01/06/1995 NOME DA MÃE: TEREZINHA MENINO DE SOUZA CRUZ
 SEXO: M(x) F() TELEFONE: (84) 99700-4073 COR: PARDO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 RG: 2.762.580 EMISSÃO: 18/12/2018 CPF: 016.606.894-79 CARTÃO SUS: 898003700513684
 PROFISSÃO: ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO
 END: RUA PRINCIPAL, nº 390
 BAIRRO: ALTO DA RAIZ ZONA: URBANA CIDADE: MACAIBA
 PONTO DE REFERÊNCIA: CEP: 59.280-000
 ACOMPANHANTE: ESPOSA JECIONE

QUEIXA PRINCIPAL: DOR + EDEMA EM TORNOZELO ESQ, APOS SOFRER QUEDA DE MOTO

HÁ QUANTO TEMPO: 27/07/2019

DIABETES: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() HAS: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() ETILISTA: SIM() NÃO(X) SOCIALMENTE()

ALERGIA: SIM() NÃO(X)

GESTANTE: SIM() NÃO(X)

TABAGISTA: SIM() NÃO(X)

MEDICAÇÕES EM USO:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM() NÃO(X)

NOTIFICAÇÃO: SIM() NÃO(X)

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM(x) NÃO() QUAL: CENTRO DE SAÚDE LUIS ANTONIO FONSECA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:

PACIENTE RELATA DOR + EDEMA EM TORNOZELO ESQ, APOS SOFRER QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS DA CHEGADA:

HORA: 20:52 TA: 140,0x100,0 PULSO: ALTURA: PESO:
 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:
 ESCALA DE DOR: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 (x) 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10
 ENFERMEIRA: FELIPE LEONCIO MARINHO DO NASCIMENTO

Assinatura e Carimbo profissional

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dr. Felipe Leoncio

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

*Lesão por estresse
Trauma*

Assinatura e Carimbo da Médica
 Assinatura e Carimbo do Profissional

Autenticação: a20b5399f53d59578fa7ee6e0b8a248b



HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: **136734 ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ**

Nascimento: 01/06/1995 Idade: 24 ano(s) 1 mes(es) 2 Natural: RN SAO PEDRO

Sexo: Masculino

CNS: 898003700513684 CPF: 01660589479

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: TEREZINHA MENINO DE SOUZA CRUZ

Pai: FRANCISCO CANINDE DA CRUZ

Endereço: RUA ANTONIA DULINEIDE, 390 - ZONA RURAL - SAO PEDRO

Cidade: RN SAO PEDRO

CEP: 59480-000 Telefone: (84) 997004073

BOLETIM Nº: **38217/2019** Sala Inicial: **ORTOPEDIA, CONSULT - VERDE - 120 Min**

Triagem: 27/07/2019 23:35

Admissão: 27/07/2019 23:46

Boletim: 28/07/2019 01:38

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Queixa: TRAUMA EM MIE APOS QUEDA DE MOTO

Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☒ Não

VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA ESQ HA 02 HORAS

AO EX: EGB, COSNCIENTE, EUPNEICO

PERNA ESQ: DOR, EDEMA, SEM EQUIMOSE

BOA PERFUSÃO DISTAL

SEM DEFICIT NEURO-VASC

RX TORNOMELO ESQ: FRATURA DE FÍBULA TRAÇO TRANSV

HD: FRATURA DE FÍBULA ESQ (S82.6)

CD: RX PERNA

Alergia: N

Medicação em uso: N

EXAME FÍSICO

JÁ DESCRITO

Solicito exames:

32020115 - PERNA AP E PERFIL ESQUERDO - RX

Profissional: MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA

CRM: RN 4788

Saída: () Liberação Médica; () Revela; () Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITER; () Transferido para:

Data e Hora da Saída: ___/___/2019 ___:___

Médico:

Bloco Hospitalar de Epidemiologia

28-07-19
9-

Paciente: 138734 - ALEXARAUJO DE SOUZA CRUZ

BAA: 4-38217/2019

Idade: 24 ano(s) 1 mes(es) e 27 dia(s)

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 27/07/2019 23:48

Início Validade: 28/07/2019 02:29 até 29/07/2019 18:59

Prescrição Nº: 1

Sala: ORTOPEDIA, CONSULT

Hospital: Unidade: WG - ORTOPEDIA, CONSULT

Convênio: SUS/GRATUITO

Médico Resp.: 1-MEDICO PLANTONISTA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

28/07/2019 02:30:14 - RX PERNA ESQ: FX FIBULA DIAFISARIA, POUCO DESVIO, TRANSVERSO
HD: FX FIBULA DIAFISARIA ESQ (S82,6)
Cd: TALA BOTA MIE
AINES + O
SEM CARGA
ALTA DA ORTOPEDIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

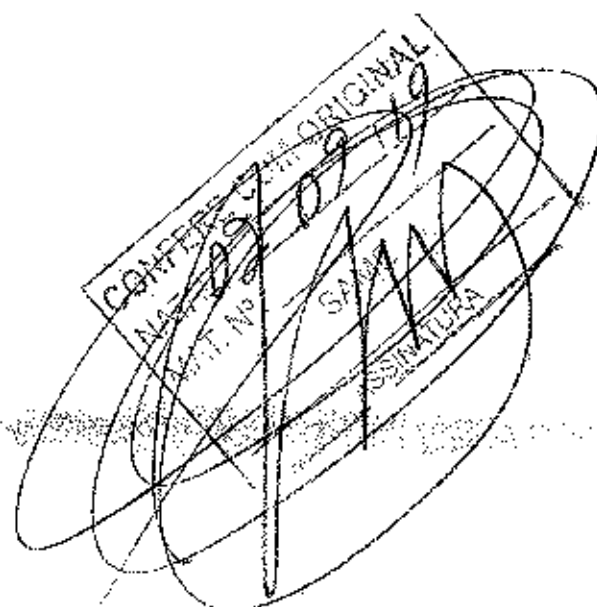
PROCEDIMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - TALA GESSADA MEMBRO INFERIOR
Obs.: TALA BOTA MIE

1

MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA
CRM-4788/RN



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS - RN

8

D. *Marcelo*
Cirurgião Geral
CRM 12345

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade Originária: *Unidade A.S. Cruz* Município: _____
PACIENTE: *Adriano A.S. Cruz* Prontuário: _____
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: [] M [] F Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

Resultado Clínico: *Prontuário de Adriano A.S. Cruz*
Resultado de Exames: *Características: Nenhum*
Tratamento já realizado: *Suporte / Nutrição*
Impressão Diagnóstica: *60x10 /*
09/06/2019
Médico: _____ CRM: _____ Data: _____

Encaminhamento para especialistas: *ENTENDIMENTO - UBS*
Consulta marcada para Unidade: _____
Para Dr. _____ às _____ horas do dia _____

SUS - RN

FICHA DE CONTRAREFERÊNCIA

Unidade Referência: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____
Resultado Clínico: _____
Resultado dos Exames já Realizados: _____
Diagnóstico: _____
Consulta: _____
Observações: _____
Médico: _____ CRM: _____ Data: _____

Garantimos a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário nº _____)
Oriente-o para retornar a Unidade de origem: _____ Município: _____

UPA
24h

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA - RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUIZIO ALVES

AV. Mônica Dantas S/N Centro, Macaíba- RN Tel.: 3271-8500
CNPJ: 29.470.568/0001-58

RECEITUÁRIO

NOME: Alencar Araújo de Sáezio Cruz

Encaminhado Paciente ao serviço de
Ortopedia do Hosp. W. Gurgel.

- Paciente Estadual vítima de acidente
auto-abilístico com fratura de
fíbula $\frac{1}{3}$ medial do Pêrto Esquerdo

codificado

Dr. Deyvidy C. do Nascimento
Médico
CRM/RN 8.683

22/04/19

DATA: / /

Médico - CRM

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190606772

Vítima: ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190606772

Vítima: ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 28/07/2019, emitido pelo Dr. MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA CRM nº 4788 - RN, da Instituição UPA - MACAIBA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 016.605.894-79 4 - Nome completo da vítima: ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ

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

5 - Nome completo: ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ 6 - CPF: 016.605.894-79
7 - Profissão: NGCISO INFORME 8 - Endereço: RUA ANTONIA DULCINEIDE DA SILVA 9 - Número: 390 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59464-000
15 - E-mail: m.arauciacruz@outlook.com 16 - Tel (DDD): (84) 99694-7773

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0034 CONTA: 00042900 4
(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.

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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 - Impugnação expressa do beneficiário não assinada 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pannomirim, 18/09/2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO
PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040171/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2019 08:25 Data/Hora Fim: 04/09/2019 08:48
Delegado de Polícia: Otacílio de Medeiros Guedes Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: 1ª Delegacia Regional de Polícia Civil de São Paulo do Potengi

Data/Hora do Fato: 27/07/2019 19:30

Local do Fato

Município: São Pedro (RN)
Logradouro: BR 304
Complemento: BR 304

Bairro: zona rural de são
Nº: BR
CEP: 59.480-000

Tipo do Local: Em veículo

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Masculino Nasc: 01/06/1995
Profissão: Do Lar
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: TEREZINHA MENINO DE SOUZA CRUZ Nome do Pai: FRANCISCO CANINDE DA CRUZ

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 016.605.894-79
RG - Carteira de Identidade: 002762580

Endereço

Município: Santa Maria - RN
Logradouro: rua antônia durcineide
Complemento: casa
Bairro: alto são francisco
Telefone: (84) 99699-5909 (Celular)

Nº: 390

CEP: 59.464-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição moto	CPF/CNPJ do Proprietário 016.605.894-79
Placa MXM4665	Renavam 00883864940
Número do Motor KC08E16932232	Número do Chassi 9C2KC08108R932232
Ano/Modelo Fabricação 2008/2008	Cor AZUL
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Natal
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS	Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 07/04/2017



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO
PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040171/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que estava pilotando sua moto com destino para a casa de um colega em um referido sítio momento em que na BR 304 colidiu em um cachorro que atravessou a pista fazendo com que o comunicante perdesse o controle de sua moto caindo da mesma que teve fratura da perna esquerda, que do local foi socorrido por populares para unidade de pronto atendimento em Macaíba RN UPA, e que ao chegar em Macaíba foi encaminhado para o pronto socorro Clóvis Sarinho em Natal onde teve todo atendimento medico de acordo com boletim medico nº 382172019.

ASSINATURAS

Manoel Márcio Tomaz

Agente de Polícia
Matrícula 1088534

Responsável pelo Atendimento

Alex Araújo de Souza Cruz

ALEX ARAUJO DE SOUZA CRUZ
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origina, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Otacílio de Medeiros Guedes Filho
Impresso por: Manoel Márcio Tomaz
Data de Impressão: 04/09/2019 08:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos