

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: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000097801-9

Nr. da Autenticação FF2D06BD34813CB9



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1255, Tinal, CEP 59015-000
CNPJ: 08.324.345/0001-26 / INSC. Estadual: 20035.426-3
Admin. Central (54) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO

115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMRESSO EM 02/05/2019 ÀS 06:49:40

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

2674949

05/2019

ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA
RUA ANTONIO SOARES DO COUTO, N. 618 - BOM JARDIM
MOSSORÓ RN 59618-230

INSCRIÇÃO	ROTA	SELO ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
301.003.185.0309.000	3	618	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	VEICULO
2						
HIIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
Y135719476	LIGADO		LIGADO			

CONSUMO ÁGUA (M3): 20

DATA LEITURA: 02/05/2019

LEIT. ATUAL: 1132

LEIT. ANT.: 1112

DIAS CONSUMO: 30

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
04/2019	22	02/2019	20	12/2018	26	21
03/2019	18	01/2019	28	11/2018	16	

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 2 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	20 M3	79,98
ESGOTO		
70.0% DO VALOR DE ÁGUA		55,99

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	135,97	1.65	2,24
COFINS	135,97	7.6	10,33

VENCIMENTO: 12/05/2019

TOTAL A PAGAR:

135,97

O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA DE 2019, REFERENTE A 2018,
ESTA DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRITIVO
"INFORMAÇÕES TÉCNICAS".

MONITORAMENTO DE QUALIDADE DA ÁGUA DESTINADA				
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre
VMP - Recomendação	≤ 5.0 uT	6.0 a 9.5	% de Satisf. 100.0 %	0.2 a 2.0 mg/L
Valores Obtidos	1.55	7.55	100.0 %	1.75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034536 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE 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: FRATURA DO 3º E 4º PODODÁCTILOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.(pág.1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS 3º E 4º DEDOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS 3º E 4º DEDOS DO PÉ DIREITO.

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034536 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º PODODÁCTILOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.(pág.1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034536 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE 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: FRATURA DO 3º E 4º PODODÁCTILOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.(pág.1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS 3º E 4º DEDOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS 3º E 4º DEDOS DO PÉ DIREITO.

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034536 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º PODODÁCTILOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.(pág.1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029321/20

Vítima: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

CPF: 021.267.144-89

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/05/2019

Titular do CPF: ALEXANDRE JOSE
CRISPIM DE ALMEIDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA : 021.267.144-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA
CPF: 021.267.144-89

ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034536

Vítima: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

Data do Acidente: 08/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034536

Vítima: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

Data do Acidente: 08/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 0000036-1

Conta: 0000097801-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

021.267.144-83

Nome completo da vítima

Alexandre Fox Caspim de Almeida

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alexandre Fox Caspim de Almeida		CPF titular da conta 021.267.144-83	Profissão Auto nome
Endereço R. Antônio S do Couto		Número 618	Complemento
Bairro Buckley	Cidade Mamoná	Estado RN	CEP 58.618-230
Email a.pereira@bol.com		Telefone (DDD) (84) 987231593	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO	
Banco do Brasil		<input type="text"/>	
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
0036	1	97-801	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mamoná, 30 de Dezembro de 2019

Local e Data

Alexandre Fox Caspim de Almeida

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

 **Eurocard**

Fácil



4854 6430 3012 123C

07/24

VISA

LEXAIDPE C. LHEIET

0056-1 07.001-0

International



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª EQUIPE DE PLANTÃO DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014337/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/05/2019 06:44

Data/Hora Fim: 17/05/2019 07:25

Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

Boletim de ocorrência

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 08/05/2019 15:30



Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Centro

Logradouro: Praça Rafael Fernandes 8

Complemento: EM FRENTE A Agência Bradesco

CEP: 59.600-970

Ponto de Referência: Agência Bradesco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1475: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto móvel	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALEXANDRE JOSÉ CRISPIM DE ALMEIDA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 11/12/1975

Profissão: Autônomo

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Lucineide de Almeida Crispim

Nome do Pol: Raimundo Crispim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.267.144-89

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Antônio S do Couto

Nº: 618

Bairro: Paredões

CEP: 59.618-230

Telefone: (84) 99852-6591 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 021.267.144-89	Placa MZF5096
Renavam 00858316803	Número do Motor HA07E5812966
Número do Chassi 9C2HA07005RB12966	Ano/Modelo Fabricação 2005/2005
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ
Modelo HONDA/C100 BIZ	Veículo Adulterado? Não



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Erivelton Polari Alves
Data de Impressão: 17/05/2019 07:26
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PP6 - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª EQUIPE DE PLANTÃO DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 014337/2019

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 03/05/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Alexandre José Crispim de Almeida	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

INFORMA O COMUNICANTE QUE NESSE DIA E HORA MENCIONADOS, TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DO BANCO BRADESCO, CENTRO DESTA CIDADE (SENTIDO CENTRO - COBAL) QUANDO AO SE APROXIMAR DO SEMÁFORO, O QUAL ESTAVA VERDE, PERMITINDO SUA PASSAGEM, UM VEÍCULO AUTOMÓVEL QUE ESTAVA A SUA FRENTE FREOU BRUSCAMENTE E, DESTA FEITA SUA MOTONETA COLIDIU COM O MESMO. ESCLARECE QUE DESENVOLVIA VELOCIDADE COMPATÍVEL PARA O LOCAL E QUE AO COLIDIR NA PARTE TRASEIRA DO VEÍCULO, FOI JOGADO AO SOLO. ESCLARECE QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE (SEM IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR E DA PLACA) O LEVOU PARA A UPA DO BAIRRO SANTO ANTÔNIO E APÓS DAR ENTRADA NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, FORA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA. ESCLARECE QUE DURANTE O ACIDENTE, PERMANECIU ACORDADO E QUE TEVE FRATURAS, AINDA INDEFINIDAS, EM SUA PERNA DIREITA. INFORMA QUE PERMANECE IMPOSSIBILITADO ATÉ DE SE LOCOMOVER DEVIDO AO FATO, QUE NADA MAIS TEM A DECLARAR.

ASSINATURAS

Erivelton Polari Alves

Erivelton Polari Alves
Responsável pelo Atendimento

Alexandre José Crispim de Almeida
(Comunicante / Vítima)

"Declaro, para os devidos fins de direito, que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima essenciais e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Delictiva e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contaminação de Código Penal Brasileiro."