

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: 00000097801-9

Nr. da Autenticação FF2D06BD34813CB9

Comprovante de residência



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tiradentes, CEP 59015-000
CNPJ: 08.324.345/0001-25 / INSC. Estadual: 20055.425-3
Adm. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO	
115	115
115	115
115	115

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 02/05/2019 ÀS 06:49:30

MATRÍCULA:

MES/ANO

DADOS DO CLIENTE

2674949

05/2019

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

INSCRIÇÃO	ROTA	SEGUROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
301.003.185.0309.000	3	618	PERMANENCIA COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

HIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO
Y133719476	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	MÉDIA
04/2019	22	02/2019	20	12/2018	26	22
03/2019	18	01/2019	28	11/2018	16	

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M E UNIDADE(S)	20,00	20,00
CONSUMO DE ÁGUA	20,00	20,00
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 2018, REFERENTE A 2018, ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MÉNU DESCRIPTIVO "INFORMAÇÕES TÉCNICAS".

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DE REFERÊNCIA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Ca(OH)2 Total	Cloro Residual Livre	Nitrato (NO3-N)
MPN e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Acetinato	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 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 **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
ALMEIDA

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 **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A ALMEIDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valorização 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 **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
ALMEIDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valorização 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 **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A ALMEIDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/05/2019

Titular do CPF: ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRE JOSE CRISPIM DE ALMEIDA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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 José Crispim de Almeida

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alexandre José Crispim de Almeida	CPF titular da conta 021.267.144-83	Profissão outro nome
Endereço R. Antônio S do Couto	Número 618	Complemento
Barrio Bræk	Cidade Manaus	Estado RN
Email alexandrejosecrispim@hotmail.com	CEP 59.618-230	
	Telefone (DDD) (84) 987231693	

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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. DV
 (Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

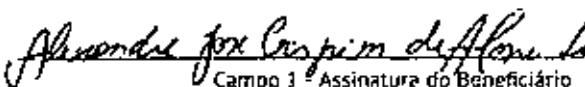
BANCO
 Nome NRO.
 Banco do Brasil
 (Informar dígito se existir)

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.

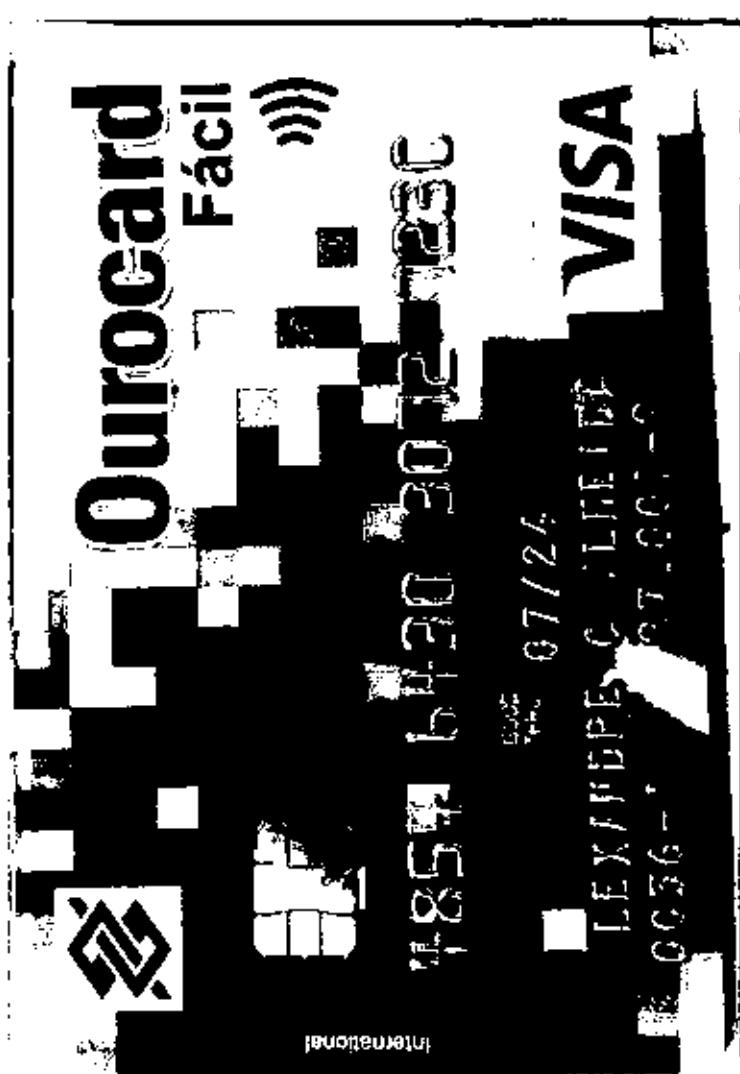
Manaus, 30 de Dezembro de 2019

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

9/12 fmvt

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014337/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/05/2019 06:44 Date/Hora Fim: 17/05/2019 07:25
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

Boletim de ocorrência

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afato: 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

CEP: 59.600-970

Complemento: EM FRENTE A Agência Bradesco

Ponta de Referência: Agência Bradesco

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Natureza:RN - Mossoró Sexo:Masculino Nasc: 11/12/1975

Profissão: Autônomo

Estado Civil:União Estável

Nome da Mãe: Maria Lucieneide de Almeida Crispim

Nome do Pai: 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: 00856316803

Número do Motor: HA07E5812966

Número do Chassi: 9C2HA07005RB12966

Ano/Modelo Fabricação: 2005/2005

Cor: VERMELHA

UF: Véhiculo: Rio Grande do Norte

Município Véhiculo: Mossoró

Marca/Modelo: HONDA/C100 BIZ

Modelo: HONDA/C100 BIZ

Véhiculo Adulterado? Não



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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	Envolvidos
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, PERMANECEU 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
Responsável pelo Atendimento

Alexandre José Crispim de Almeida
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os efeitos da lei de direito que sou o(a) ônico(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo ouvir, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

