



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202086000755

Distribuição: 10/06/2020

Número Único: 0000748-81.2020.8.25.0059

Competência: Poço Redondo

Classe: Procedimento Comum

Fase: POSTULACAO

Situação: Andamento

Processo Principal: *****

- ## Assuntos

Particulars of Participants

Requerente: MAYANE VIANA DA COSTA

Requerente:

Endereço:

Complex

Brasília - AL - 14.11.2018 - JOSÉ JEVONAV DA SILVA - 18007/AL

Requerente. Advogado(a). JOSE JEOVANY DA SIEVA 12367/AL
P. F. C. L. SEGUROADORA LÍDER DO CONSELHO DO SEGURO PRVAT S.A.

Requerido: SEGURADORA LIDER

Endereço: Rua Serafim Dantas, 3000

Complemento: 5º

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

202086000755

DATA:

07/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200806153503259 às 15:35 em 06/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYANE VIANA DA COSTA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00023

CONTA: 000001014733-0

Nr. da Autenticação 47378E3F77DA1F0A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696451 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYANE VIANA DA COSTA **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º QUIRODÁCTILO DE MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 2º QUIRODÁCTILO DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 2º QUIRODÁCTILO DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 3_RELATÓRIO MÉDICO.

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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696451 **Vítima: MAYANE VIANA DA COSTA**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYANE VIANA DA COSTA

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 mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MAYANE VIANA DA COSTA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 047

Agência: 00000023

Conta: 000001014733-0

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.

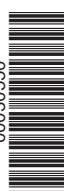
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



Nome: _____

Relatório Médico

Sra. Mayane Viana da Costa foi
atendida no UPA Drs. Zulmira
Sousa às 18:28 da dia 05/10/2019
com história referida de cedente per
queira de moto. Na ocasião, no exame
robofísico, identificou-se fratura
em 2º quadro estabilizada e a mesma
foi encaminhada para urgência e
referida para Hospital Regional de Itabaiana
público do Hospital Regional de Itabaiana
para avaliação e tratamento

Dr. Marcelo Guedes Souza
CRM/SE 2963
Diretor Clínico

Ass. e Carimbo / CRM

09/10/2019

Data

Jan 18:28 -



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE S**

POUCO URGENTE

CASOS DE URGÊNCIA
Casos de menor urgência e que podem
aguardar atendimento.

Nº DE
INSC.

90.626

INTOADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIVERSITY

DONA ZULMIRA S. S.

卷之三

Wayne Wiona da Costa

DATA:

04/15/04

APENDICE:

DATA DE NASCIMENTO: 04/03/96 SEXO: F

ACÃO

PAI: Patrício Manoel de Moraes

M&E: Marli do Ceu da Cunzago

ENDEREÇO: Rua Francisco Xavier

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO Agricultor

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
ERUPCIONES

~~Dependente~~ JANSSEN
HEMORR
HEMO
HIPERT

MANIFESTAÇÕES
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO DE SANGUE

DATA	ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS	ASSINATURA
01/11/19.	<p>P.A = 150 x 70 mmHg -</p> <p>Porte cf idoneo em MS</p> <p>marcos quide de meto.</p> <p>Refere alergia a penicilina</p> <p>Negou outras penicilinas.</p> <p>q mafquida as Rufenol, Itebaima, em veneno próprio</p>	<p>Exame Res do Nascimento</p> <p>CORAN 588255</p> <p>Coordenador: Enfermagem</p> <p>OPA Zumbi Sáres 24hs</p>

DADOS DO PACIENTE

NOME: Mariazinha da Silva

SEXO FEM. MASC. IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: Rua 15 de Novembro, 1000 FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Ribeirão da Ilha

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Apresentava edema em mãos direito e dor há 2 dias, corpo baixado em andarão da mão direita, respondeu bem e dava indicações, não se queixava

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Fratura mão E
Análises Preliminares

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar

Local e Data

Ass. dc

NO. DO BE: 715797

DATA: 02/10/2019 HORA: 07:52 USUARIC: APSCARVALH

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MAYANE VIANA DA COSTA DOC...: 255708
 IDADE.....: 23 ANOS NASC: 04/03/1996 SEXO...: FEMINI
 ENDERECO....: RUA FRANCISCO XAVIER NUMERO: 41
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO....: POCO REDONDO UF: SE DEP...: 49810-
 NOME PAI/MAE...: JOSE MARCOS VIANA /MARLI DA COSTA GONZAGA
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 799998
 PROCEDENCIA...: POCO REDONDO - SE 3
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAC TRAUMA: NAC
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAC

RAZ: [X] m/ho : PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: RAIOS X SANGUE URINA TC
 LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFI
 26/10/19

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAC

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___

M. Viana Admitida p/to lnt. 23 dias.
 P/mais m/ho, c/dor + edema.
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: fratura 2º TC - 9 CID: _____

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICA

Rx feo → w = 1m
 TALA m/ho fratura

DATA DA SAIDA: 02/10/19 HORA DA SAIDA: : :

ALTA: DECISAO MEDICA A PEDIDO EVASAO DESTITUICAO
 ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): _____

ONITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. E

Assinatura do paciente/Responsável

Assinatura do médico/Imbrimo do médico

DADOS DO PACIENTE

NOME: Marynirte V. Soares da Costa

SEXO FEM. MASC. IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: Rua 1º de Maio, 1000 - Centro FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: HC-UFSCAR - Vila Brasil

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Saigte paciente idêntica em todos os aspectos e clínica de
doença suspeita de infarto agudo de miocárdio. No entanto
não se realizou exames complementares devido
a pressão social. Só o exame de ECG é normal.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Finalizar um mês.
Avaliação de Urgência.

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar:

Lugar e Data:

9.100
6162
16.3
18.11.11







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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696451

Vítima: MAYANE VIANA DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYANE VIANA DA COSTA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
063.752.455-16 Mayane Suma Da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Mayane Suma Da Costa 6 - CPF: 063.752.455-16
7 - Profissão: Agente Administrativa 8 - Endereço: R. Da Matriz, 248
9 - Número: 10 - Complemento: JENASCA
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Paco Rudivido 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.810-000
15 - E-mail: mayane.suma.da Costa@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 19.9918-9204

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

RECUSO 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)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 023 CONTA: 01014733
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não apresentado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SC Cpt. Metálico 29.11.19
Mayane Viana da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 108422/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 12:11 Data/Hora Fim: 15/10/2019 12:33
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 29/09/2019 13:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Pça de Eventos

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYANE VIANA DA COSTA (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Itabaiana Sexo: Feminino Nasc: 04/03/1996
Profissão: Agente Administrativo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marli da Costa Gonzaga Nome do Pai: Jose Marcos Viana

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: rua francisco Xavier Nº: 41
CEP: 49.810-000
Telefone: (79) 99947-0300 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário: 693.222.605-72
Placa: QMF0289	Renavam: 01175499630
Número do Chassi: 9C2JB0100JR072808	Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018
Cor: BRANCA	UF Veículo: Sergipe
Município Veículo: Poço Redondo	Marca/Modelo: HONDA/POP 110i
Veículo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Mayane Viana da Costa	Possuidor

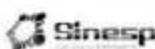
RELATO/HISTÓRICO

RELATA a noticiante que na data acima citada, pilotava a motocicleta pertencente a sua tia SONIA VIANA DA SILVA, pela praça de eventos, quando colidiu com uma outra motocicleta que cruzou a via de forma inesperada. Que devido ao choque,

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 15/10/2019 12:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 108422/2019

caiu ao solo sofrendo fraturas no dedo da mão direita e escoriações de natureza leve em uma das pernas, sendo socorrida por populares e conduzida a UPA POÇO REDONDO, de onde foi transferida para o Hospital da cidade de Itabaiana. É o relato.

ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos

Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712862
Responsável pelo Atendimento

Mayane Viana da Costa
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.