



**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: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: MAYANE VIANA DA COSTA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

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

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**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 Apensados:

--

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

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, 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,



RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório Médico

Sra. Mayome Vieira da Costa foi
atendida no UPA Dr. Zulmira
Seus os 18:28 de dia 09/10/2019
com história referida de acidente por
queda de moto. Na ocasião, no exame
radiológico, identificou-se fratura
em 2º metacarpo direito e a mesma
foi encaminhada para urgência orto-
pédica do Hospital Regional de Itaboraí
para avaliação e tratamento

Dr. Marcelo Guedes Souza
CRM/SE 2963
Diretor Clínico

Ass. e Carimbo / CRM

09/10/2019

Data

br 18:28.



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

POUCO URGENTE
Casos de menor urgência e que podem aguardar atendimento.

Nº DE INSC.
90.626

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE: DONA ZULMIRA SOFIA

NOME:

Wayane Liana da Costa

DATA:

04/10/19

APELIDO:

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

PAI:

José Manoel Liana

MÃE: Marieli da Costa Cruzado

ENDEREÇO:

Rua Francisco Xavier

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

Agricultor

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☒
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

ANEMIA ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

04/10/19

P.A = 110 x 70 mmHg

Paciente edemato em M.S.D

mas após queda de peso

Refere alergia a Dipirona

veja entre outros

Transferido ao Regional Itaboiama

em volume pequeno

Evento de Nascimento
CORON 589255
Coordenador Enfermagem
UPA Zulmira Soares 24h

DADOS DO PACIENTE

NOME: Margarida da Silva da Costa

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

ENDEREÇO: Rua Francisco de Paula FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Regime Ambulatorial

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Apresenta edema em membros inferiores e dor há 2 dias, após trauma causado em acidente de moto na rua. Responde bem a dor com analgésicos.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

/

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Fratura mto E.
Análise de Imagem

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar

Local e Data

Ass. de

Nº. DO BE: 75797 DATA: 02/10/2019 HORA: 07:52 USUARIO: APSCARVALH
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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

RA: [X] *nrHg* PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
25/10 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1*

*Ata Ultra Acidente foto via 03 dias, e
Pneum na gda, C/dn + Edema*
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

DIAGNOSTICO:

Furto e ATC - 7

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICA

*Re far 500 - 1x
TAA ou frut*

DATA DA SAÍDA: *02/10/19*HORA DA SAÍDA: *8*

ALTA: ☒ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ DESISTÊNCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

ÓBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. P.

Fica Lucas dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Dr. Sérgio de M. A. Gomes
ASSINATURA DO MÉDICO
Carimbo do Médico

DADOS DO PACIENTE

NOME: Marysma Viana da Costa

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

ENDEREÇO: Rua Francisco de Assis, 100 FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Regeneração Itabaiana

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Apresenta edemas em membros inferiores e dor na
região supra-púbica lateral em acidente de trânsito
semelhante. Realizada Rx evidenciando
fratura de 2.ª costela direita.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Fratura em mão
Alta em Integridade

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar

Local e Data





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

SE

NOME
NATANE VIANA DA COSTA

DOC. IDENTIDADE - ORIG. EMISSOR
25570838 SSP SE

CITY
063.752.455-16 DATA NASCIMENTO
04/03/1996

PERICAO
JOSE MARCOS VIANA
NANLI DA COSTA GOMRAGA

PERMISSAO
B
DOC
B
CATHME
AB

SPRINTER
06242553177

VIGENCIA
10/09/2024

PROMISSAO
17/12/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Natane Viana da Costa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSAO
10/10/2019

44701460960
68023474242

ASSINATURA DO EMISSOR

SENGIPE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1921930881

PROCESSO PLASTIFICAR
1921930881

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.752.455-16 4 - Nome completo da vítima: Mayane Viana Da Costa

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

5 - Nome completo: Mayane Viana Da Costa 6 - CPF: 063.752.455-16
7 - Profissão: agente administrativa 8 - Endereço: PE Da matriz 9 - Número: 248 10 - Complemento: JENYCA
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Páco Redondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.810-000
15 - E-mail: maneado@live.com 16 - Tel. (DDD): 99.9918-9204

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 023 CONTA: 01014733

(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 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascido/não nasceu? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 (VÍTIMA , 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

Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712882
Responsável pelo Atendimento

Mayane Viana da Costa
(Vítima / Comunicante)

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