

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: 710.860.234-20 4 - Nome completo da vítima: GALILEU JÚNIOR MARCELINO

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

5 - Nome completo: GALILEU JÚNIOR MARCELINO 6 - CPF: 710.860.234-20
7 - Profissão: NUNCA 8 - Endereço: AVA SALGADO 9 - Número: 1739 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: NIACU NAS ALMAS 13 - Estado: PG 14 - CEP: 55120-000
15 - E-mail: NUNCA 16 - IN (DDD): 17 - 99304-6299

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:

Declara, 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: 4752 CONTA: 17336 0 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascituro(s) vivo(s)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: NIACU NAS ALMAS (PG) 06/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): GALILEU JÚNIOR MARCELINO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GALILEU JUNIO MARCELINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000017316-0

Nr. da Autenticação F0BBC573C99AF978

[illegible]

DANIEL DE LILLO

MANUSCRIPT ACCEPTED

DOI: 10.1002/for

CLAMPING

© 2004 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 255: 103–110

ENTREPRENEUR (A) AND/OR CO-FOUNDERS

DOI: 10.1002/for

GATEWAY TO THE GULF
HALL OF RECORDS
\$5,000,000

000-000	FEB 8	09/12/2015
000-000	FEB 8	09/12/2015
000-000	FEB 8	09/12/2015

4010305287	10/2019
16/10/2019	GEN 11/2019
58-97	

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

[illegible]

Future Considerations

SALARY STATEMENT FOR THE QUARTER ENDING 31/03/2019										
P. NO.	EMP. NO.	EMP. NAME	BASIC		GRAND		GRAND	OVERTIME	TOTAL	REMARKS
			DATE	AMOUNT	DATE	AMOUNT				
001	001	001	31/03/2019	10,000.00	31/03/2019	10,000.00	0.00	0.00	10,000.00	

COST OF SALES		GROSS PROFIT		NET PROFIT	
QTY	UNIT PRICE	QTY	UNIT PRICE	QTY	UNIT PRICE
100	1.00	100	1.00	100	1.00
200	1.00	200	1.00	200	1.00
300	1.00	300	1.00	300	1.00
400	1.00	400	1.00	400	1.00
500	1.00	500	1.00	500	1.00
600	1.00	600	1.00	600	1.00
700	1.00	700	1.00	700	1.00
800	1.00	800	1.00	800	1.00
900	1.00	900	1.00	900	1.00
1000	1.00	1000	1.00	1000	1.00
1100	1.00	1100	1.00	1100	1.00
1200	1.00	1200	1.00	1200	1.00
1300	1.00	1300	1.00	1300	1.00
1400	1.00	1400	1.00	1400	1.00
1500	1.00	1500	1.00	1500	1.00
1600	1.00	1600	1.00	1600	1.00
1700	1.00	1700	1.00	1700	1.00
1800	1.00	1800	1.00	1800	1.00
1900	1.00	1900	1.00	1900	1.00
2000	1.00	2000	1.00	2000	1.00
2100	1.00	2100	1.00	2100	1.00
2200	1.00	2200	1.00	2200	1.00
2300	1.00	2300	1.00	2300	1.00
2400	1.00	2400	1.00	2400	1.00
2500	1.00	2500	1.00	2500	1.00
2600	1.00	2600	1.00	2600	1.00
2700	1.00	2700	1.00	2700	1.00
2800	1.00	2800	1.00	2800	1.00
2900	1.00	2900	1.00	2900	1.00
3000	1.00	3000	1.00	3000	1.00
3100	1.00	3100	1.00	3100	1.00
3200	1.00	3200	1.00	3200	1.00
3300	1.00	3300	1.00	3300	1.00
3400	1.00	3400	1.00	3400	1.00
3500	1.00	3500	1.00	3500	1.00
3600	1.00	3600	1.00	3600	1.00
3700	1.00	3700	1.00	3700	1.00
3800	1.00	3800	1.00	3800	1.00
3900	1.00	3900	1.00	3900	1.00
4000	1.00	4000	1.00	4000	1.00
4100	1.00	4100	1.00	4100	1.00
4200	1.00	4200	1.00	4200	1.00
4300	1.00	4300	1.00	4300	1.00
4400	1.00	4400	1.00	4400	1.00
4500	1.00	4500	1.00	4500	1.00
4600	1.00	4600	1.00	4600	1.00
4700	1.00	4700	1.00	4700	1.00
4800	1.00	4800	1.00	4800	1.00
4900	1.00	4900	1.00	4900	1.00
5000	1.00	5000	1.00	5000	1.00
5100	1.00	5100	1.00	5100	1.00
5200	1.00	5200	1.00	5200	1.00
5300	1.00	5300	1.00	5300	1.00
5400	1.00	5400	1.00	5400	1.00
5500	1.00	5500	1.00	5500	1.00
5600	1.00	5600	1.00	5600	1.00
5700	1.00	5700	1.00	5700	1.00
5800	1.00	5800	1.00	5800	1.00
5900	1.00	5900	1.00	5900	1.00
6000	1.00	6000	1.00	6000	1.00

[illegible]

Figura 1 – Distribuição da população residente no município de São Paulo, segundo o sexo e o grau de instrução, em 2000. Fonte: IBGE, Censo 2000, dados tabulados.

For more information, contact the author at john@johnmccall.com. He can be reached at 408-438-0000 or 408-438-0001. He is also available for speaking engagements. For more information, contact the author at john@johnmccall.com. He can be reached at 408-438-0000 or 408-438-0001. He is also available for speaking engagements.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015101949683
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DATA DE REGISTRO 28/06/2012 RALTO 2012

NOME JUCELIO INACIO DOS SANTOS

PLACA DAS ALMAS-PE 3

CPF 112.006.294-26 PLACA PFM7219

PLACA DE CHASSI 9C2XK1670BR304556

VEICULO 343 /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN EST ANO FID 2010 ANO MEC 2012

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

EXPIRACAO 27/07/13

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015101949683 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JUCELIO INACIO DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PLACA DAS ALMAS-PE 2012 17/07/13

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PLACA 112.006.294-26 PFM7219

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO 38,00 DENTRIN 4,01 CUSTO DO SEGURO 40,05

CUSTO DO SEGURO 4,15 CUSTO DO SEGURO 0,32 CUSTO DO SEGURO 84,58

CUSTO DO SEGURO 0,32 CUSTO DO SEGURO 0,32 CUSTO DO SEGURO 84,58

CUSTO DO SEGURO 0,32 CUSTO DO SEGURO 0,32 CUSTO DO SEGURO 84,58

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.888/0001-61

DESTAQUE O JUROS E JUROS O BILHETE DPVAT

DESTAQUE O JUROS E JUROS O BILHETE DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004140 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO ARTICULAR DO COTOVELO ESQUERDO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E ATROFIA MUSCULAR DO BRAÇO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO (IMOBILIZAÇÃO GESSADA). REALIZOU FISIOTERAPIA (30 SESSÕES). RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/10/2019.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003770/20

Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO

CPF: 710.860.234-20

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 06/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GALILEU JUNIO
MARCELINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GALILEU JUNIO MARCELINO : 710.860.234-20

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: 06/01/2020
Nome: GALILEU JUNIO MARCELINO
CPF: 710.860.234-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GALILEU JUNIO MARCELINO

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004140

Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GALILEU JUNIO MARCELINO

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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004140

Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GALILEU JUNIO MARCELINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004140

Vítima: GALILEU JUNIO MARCELINO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GALILEU JUNIO MARCELINO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GALILEU JUNIO MARCELINO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004752**

Conta: **0000017316-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



file:///C:/Users/inv/infopol/xml/BOEPreview.htm



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 98ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DPM-CIRC
DINTER/14ª DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0188000653**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2019 às 13:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 06/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, PE 95 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GALILEU JUNIO MARCELINO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GALILEU JUNIO MARCELINO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GALILEU JUNIO MARCELINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** / Mãe: **MARIA DAS DORES MARCELINO** Data de Nascimento: **4/4/1993** Nacionalidade: **SELMIRO DRAGA / MINAS GERAIS / BRASIL** Documentos: **SS36051/SS8/PE (RG) - 71686023430 (CPF) - 07304121404 (CNH)** Estado Civil: **ANASIAADO(A)** Escolaridade: **4º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ABRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 801532063**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO SALOBRO- PERTO DE CIVÃO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GALILEU JUNIO MARCELINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEM7910** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **255686395** Chassi: **9C2KC1670BR304558**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **ALCO/BASUL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL A VÍTIMA DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO UM VEÍCULO DE COR PRATA BATEU NELA E ELA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE CARUARU. A VÍTIMA DISSE QUE SOFREU TRAUMA NO SEU COTOVELO E JOELHO ESQUERDO. AQUI A VÍTIMA TROUXE UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO DESSA UPA CUJO NÚMERO É 01286535 E PRONTUÁRIO 00463698 E SERMÃO 0088 E CONSTA QUE HOUVE QUEDA DE MOTO E TRAUMA EM COTOVELO E JOELHO ESQUERDO. A VÍTIMA DISSE QUE AINDA ESTÁ FAZENDO TRATAMENTO DEVIDO AS LESÕES SOFRIDAS. ASSIM, A VÍTIMA DECLARA TUDO ISSO, ASSINA CONFIRMANDO O QUE DISSE REGISTRANDO PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

GALILEU JUNIO MARCELINO
(VÍTIMA)

Galileu Junio Marcelino

B.O. registrada por: **HAILTON MANOEL DA SILVA** - Matrícula: 273499-0

[Assinatura]

