



Câmara Municipal de Mogi das Cruzes
Estado de São Paulo

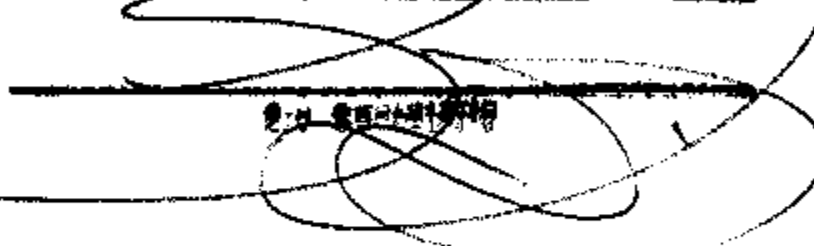
Av. Vereador Narciso Yague Guimarães, 381 - CEP 08780-902 - Fone: 4798-9500 - Fax: 4798-9583
E-mail: cmmc@cmmc.com.br

INDICAÇÃO Nº: 751/18

Gabinete do Vereador
Maurinho do Despachante
114/AT-3248

APROVADO POR UNANIMIDADE

Sala das Sessões, em 22/09/2018


P. M. BERALDO DE MIRANDA

INDICO ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, obedecidas às formalidades regimentais e depois de ouvido o Colendo Plenário, se digne Vossa Excelência em determinar a SECRETARIA DE TRANSPORTES E SECRETARIA DE SERVIÇOS URBANOS que em conjunto seja realizado estudos técnicos objetivando a construção de uma mini rotatória ou instalação de canteiro central no cruzamento entre as ruas Shozo Sakai, Carlos Lacerda e avenida Conceição no bairro Vila Nova Cintra – Nesta Municipalidade, conforme fotos do local em anexo.

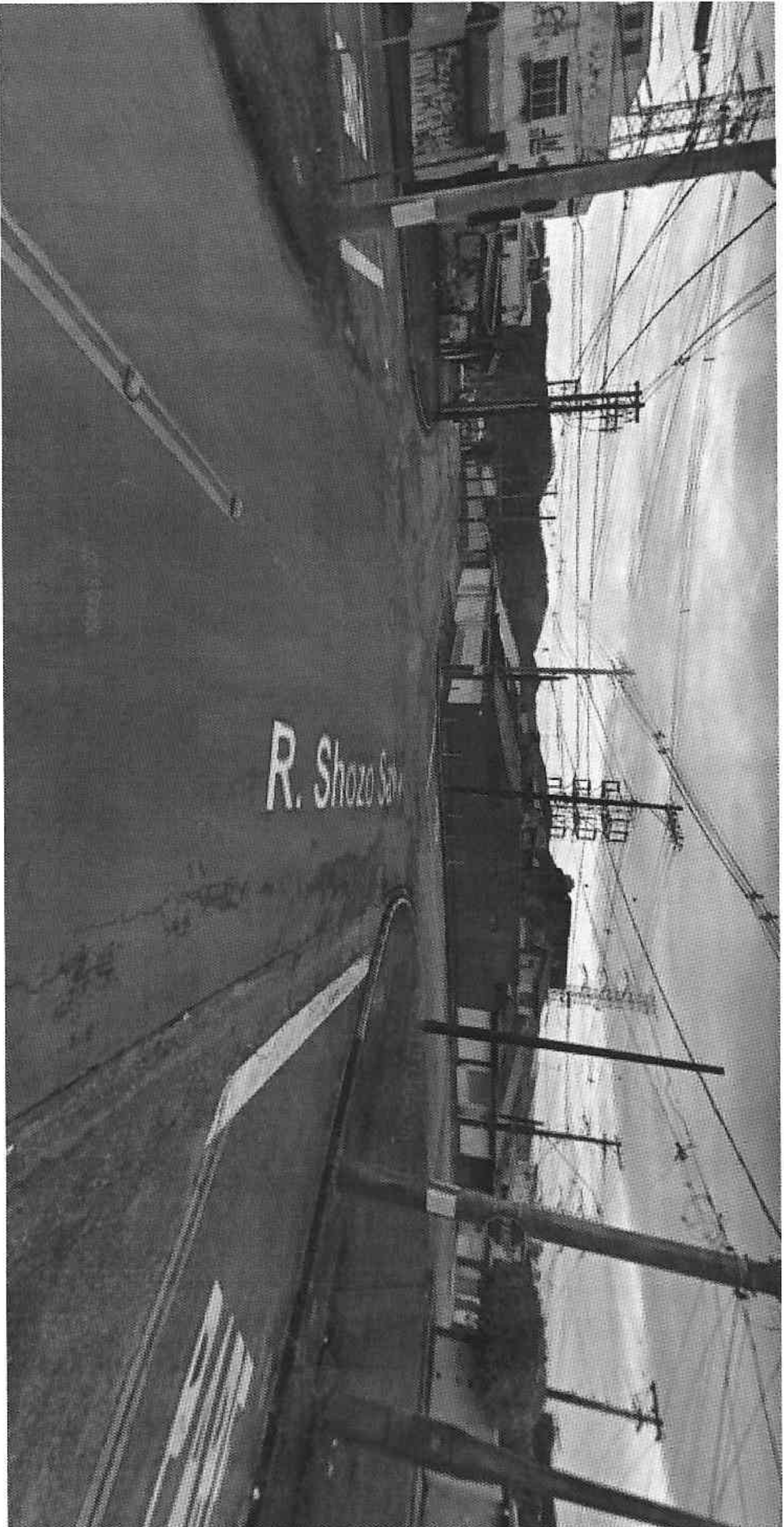
Justifica-se a solicitação acima, diante do alto índice de acidentes registrados pelos moradores do local, a reivindicação partiu dos moradores que enviaram anexo a essa indicação a cópia de BO (Boletim de ocorrência) e fotos dos acidentes para comprovar a necessidade da rotatória, informo ainda que em visita ao local foi constatado a existência de uma lombada na Rua Shozo Sakai a poucos metros do cruzamento, a lombada não está sendo suficiente para reduzir a velocidade porque após o recapeamento da avenida a mesma ficou muito baixa e perdeu a sua função, os veículos passam por esse obstáculo sem frear, os moradores informam ainda que mesmo se a lombada for readequada cumprir a sua função como redutor de velocidade o trecho posterior é longo e os veículos ganham velocidade com facilidade.

Isto posto, em sendo atendida a presente Indicação, certamente Vossa Excelência contribuirá para reduzir acidentes e aumentar a segurança de quem trafega pelo local.

Plenário "Vereador Dr. Luiz Beraldo de Miranda", em 11 de setembro de 2018.


Mauro de Assis Margarido
Vereador – PSDB

Cruzamento entre Rua Shozo Sakai, Av. Conceição e Rua Carlos Lacerda.



Gabinete do Vereador Maurinho do Despachante

Cruzamento entre Rua Shozo Sakai, Av. Conceição e Rua Carlos Lacerda.



Gabinete do Vereador Maurinho do Despachante



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA - BO/PM
TERMO CIRCUNSTANCIADO - TC**

DATA DE EMISSÃO: 02/04/16 CÓDIGO DA OPM: 412172000 NÚMERO: 8139 Nº FOLHA: 1/1

ORIGEM DA COMUNICAÇÃO

HORA COMUNICAÇÃO: 09/25 COMO FOI SOLICITADO O ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA?
 VIA COPDM DIRETAMENTE À GUARNIÇÃO A GUARNIÇÃO DEPAROU COM A OCORRÊNCIA

NOME DO SOLICITANTE (SOMENTE PARA SOLICITAÇÃO TIPO 2):

QUALIFICADO COMO ENVOLVIDO? ENDEREÇO FORNECIDO COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)

SIM NÃO

BAIRRO: TELEFONE PARA CONTATO: OUTROS DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (VEÍCULO, PLACA, ETC):

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito com vítima / Auto lesão CÓD. OCR: L08 PREFIXO DA VIATURA: M-17232 DATA DO FATO: 02/04/16

MUNICÍPIO: Mogi das Cruzes OPM: 17ª BPM/M HORA DO FATO: 09/25 HORA LOCAL: 09/40 HORA FINAL: 10/50

LOGRADOURO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): Av. Conceição, 625 COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC):

BAIRRO: Bras Cubas PONTO DE REFERÊNCIA:

OUTRO LOCAL RELACIONADO COM A OCORRÊNCIA:

**Em 16/04/16
APREENSÃO
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O
ORIGINAL**

CÓPIA

OBJETO	QUANTIDADE	MARCA	MODELO	Nº FABRICAÇÃO	ESTADO	RECEBEDOR
APREENSÃO AUTENTICAÇÃO CONFERE COM O ORIGINAL						

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDIÇÃO: VITIMA = V AUTOR = A INDICIADO = I SINDICADO = S TESTEMUNHA = T CONDUTOR = C PROPRIETÁRIO = PR PASSAGEIRO = PA PEDESTRE = PE PARTE NÃO DEFINIDA = PN

DADOS PESSOAIS

Nº: 01 CONDIÇÃO: V/C/PR NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR): Silvia Cristina Alves da Silva Ferreira RG: 235.160.66 DC: UF: SP

CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS) PAI: José Alves da Silva MÃE: Maria do Carmos da Silva

NACIONALIDADE: brasileira NATURALIDADE: Garanhões UF: PE SEXO: FEMININO DATA DE NASCIMENTO: 17/08/74

CÉTIAS (PELE): branca ESTADO CIVIL: casada PROFISSÃO: Do lar OUTRO DOC: NÚMERO: UF:

ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): R. Brig. Newton Braga, 84 COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC): Casa

BAIRRO: Jd. Aeroporto 3 MUNICÍPIO: Mogi das Cruzes UF: SP

CEP: TELEFONE: 98251-9764 PONTO DE REFERÊNCIA:

NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO: TELEFONE:

ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC):

DADOS FUNCIONAIS

NOME DA EMPRESA: ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC):

COMPLEMENTO: BAIRRO: MUNICÍPIO: UF:

CEP: TELEFONE: PONTO DE REFERÊNCIA:

VERSÃO DO ENVOLVIDO: IMPOSSIBILITADA

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO ASSINATURA:

COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDIÇÃO: VÍTIMA = V AUTOR = A INDICIADO = I SINDICADO = S TESTEMUNHA = T CONDUTOR = C PROPRIETÁRIO = PR PASSAGEIRO = PA PEDESTRE = PE PARTE NÃO DEFINIDA = PN

DADOS PESSOAIS	Nº	CONDIÇÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)			RG	DC	UF	
	<input type="checkbox"/>	CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)	PAI			MÃE			
	NACIONALIDADE			NATURALIDADE			UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
	CÚTIS (PELE)		ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	OUTRO DOC	NÚMERO	UF	
	ENDEREÇO (AV. RUA, NÚMERO, ETC)						COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
	BAIRRO					MUNICÍPIO		UF	
	CEP	TELEFONE		PONTO DE REFERÊNCIA					
	NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO						TELEFONE		
	ENDEREÇO (AV. RUA, NÚMERO, ETC)						COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		

DADOS FUNCIONAIS	NOME DA EMPRESA			ENDEREÇO (AV. RUA, NÚMERO, ETC)				
	COMPLEMENTO		BAIRRO		MUNICÍPIO		UF	
	CEP	TELEFONE		PONTO DE REFERÊNCIA				

VERSÃO DO ENVOLVIDO: IMPOSSIBILITADA

Em 16 / 04 / 16

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

CÓPIA

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO
 COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC

DADOS PESSOAIS	Nº	CONDIÇÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)			RG	DC	UF	
	<input type="checkbox"/>	CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)	PAI			MÃE			
	NACIONALIDADE			NATURALIDADE			UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
	CÚTIS (PELE)		ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	OUTRO DOC	NÚMERO	UF	
	ENDEREÇO (AV. RUA, NÚMERO, ETC)						COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
	BAIRRO					MUNICÍPIO		UF	
	CEP	TELEFONE		PONTO DE REFERÊNCIA					
	NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO						TELEFONE		
	ENDEREÇO (AV. RUA, NÚMERO, ETC)						COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		

DADOS FUNCIONAIS	NOME DA EMPRESA			ENDEREÇO (AV. RUA, NÚMERO, ETC)				
	COMPLEMENTO		BAIRRO		MUNICÍPIO		UF	
	CEP	TELEFONE		PONTO DE REFERÊNCIA				

VERSÃO DO ENVOLVIDO

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO
 COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC

ASSINATURA

PREENCHER EM TODAS AS OCORRÊNCIAS

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

<input type="checkbox"/> BANCO	<input type="checkbox"/> FAVELA	<input type="checkbox"/> INTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO COMERCIAL	<input checked="" type="checkbox"/> EXTERNO
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> HABITAÇÃO COLETIVA (CORTIÇO)	<input type="checkbox"/> PRESERVADO
<input type="checkbox"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO PRESERVADO

ILUMINAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/> LUZ SOLAR	<input type="checkbox"/> NOITE COM LUZ ARTIFICIAL
<input type="checkbox"/> ENTARDECER OU AMANHECER	<input type="checkbox"/> NOITE SEM LUZ ARTIFICIAL

TEMPO

<input checked="" type="checkbox"/> BOM
<input type="checkbox"/> NEBLINA
<input type="checkbox"/> CHUVA

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

TIPO DE ACIDENTE

<input checked="" type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> CAOTAMENTO
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> ENGAVETAMENTO
<input type="checkbox"/> ABALROAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROP. PEDESTRE
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROP. ANIMAL
<input type="checkbox"/> OUTROS	

SEMÁFORO

<input type="checkbox"/> OPERANDO
<input type="checkbox"/> DEFEITUOSO
<input type="checkbox"/> DESLIGADO
<input type="checkbox"/> INEXISTENTE

OUTRAS FORMAS DE SINALIZAÇÃO

VISÍVEIS? SIM NÃO

QUAIS?

TIPO DA PISTA

<input type="checkbox"/> ASFALTO	<input type="checkbox"/> TERRA
<input type="checkbox"/> PARALELEPÍEDO	<input type="checkbox"/> CASCALHO
<input type="checkbox"/> CONCRETO	

CONDIÇÕES DA PISTA

<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> ESBURACADA	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA
<input type="checkbox"/> MOLHADA	<input type="checkbox"/> ENLAMEADA	<input type="checkbox"/> EM OBRAS
<input type="checkbox"/> INUNDADA	<input type="checkbox"/> OLEOSA	<input type="checkbox"/> INTERROMPIDA

RELATÓRIO DA AUTORIDADE POLICIAL MILITAR

Ocorrência irradiada pelo COREM de acidente de trânsito com vítima. Pelo local a condutora do veículo Citroen C3 MIRCROSS Silvia Cristina e a passageira Paloma foram medicadas e posterior, conduzidos pelo SAMU 355-683 médico Willye SAMU 25-856 aos respectivos PS do Hospital Paranaíba e PS do Hospital Luzia de Pinho. Compareceu no local Bombeiro A1-17103 Sgt Danilo. Veículo 01 chocou-se contra um pequeno poste e o portão da residência 649 vindo a danificá-lo, porém nenhum morador na residência para contato. Condutora do veículo se auto lesionou e passageira não em interesse em representar devido tratar-se de sua genitora. Veículo ficou sob cuidados da sra. Maria do Carmo Santos, RG 12.443.747-3; entregue Notificação de ocorrência e orientada as partes sob providências cabíveis.

DPVAT 01: 012574288744.

CÓPIA

Em 16 / 04 / 16

AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL

INTEGRANTES DA GUARNIÇÃO / PATRULHA

RE (ENCARREGADO)	DC	NOME DE GUERRA (ENCARREGADO)	RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA
1400576		Marielle						
1229206		Cavalcante						

DESTINO DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL	Nº PROTOCOLO	<input type="checkbox"/> DISTRITO POLICIAL	NÚMERO DO BO - PC
RECEBIDO POR	RG	VISTO	NOME DO DELEGADO DE POLÍCIA

ENCARREGADO

POSTO/GRAD
Sd. PM

ASSINATURA

COMANDANTE / OFICIAL RESPONSÁVEL

CLASSIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

POLÍCIA ADMINISTRATIVA
 POLÍCIA JUDICIÁRIA

POSTO/NOME DE GUERRA

VISTO

AUTENTICAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDIÇÃO: VÍTIMA = V AUTOR = A INDICIADO = I SINDICADO = S TESTEMUNHA = T CONDUTOR = C PROPRIETÁRIO = PR PASSAGEIRO = PA PEDESTRE = PE PARTE NÃO DEFINIDA = PN

DADOS PESSOAIS	Nº	CONDIÇÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)		RG	DC	UF	
	<input type="checkbox"/>	CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS)	PAI		MÃE			
	<input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)						
	NACIONALIDADE			NATURALIDADE		UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
	CÚTIS (PELE)		ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		OUTRO DOC	NÚMERO
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)					COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCC, ETC)		
	BAIRRO				MUNICÍPIO			
	CEP	TELEFONE		PONTO DE REFERÊNCIA				
	NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO						TELEFONE	
	ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)					COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCC, ETC)		
DADOS FUNCIONAIS	NOME DA EMPRESA			ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)				
	COMPLEMENTO		BAIRRO		MUNICÍPIO			UF
	CEP	TELEFONE		PONTO DE REFERÊNCIA				
	VERSÃO DO ENVOLVIDO							

Em 16 / 04 / 16
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O
ORIGINAL

CÓPIA

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO
 COMPROMETU-ME A COMPARECER AO JEC

ASSINATURA

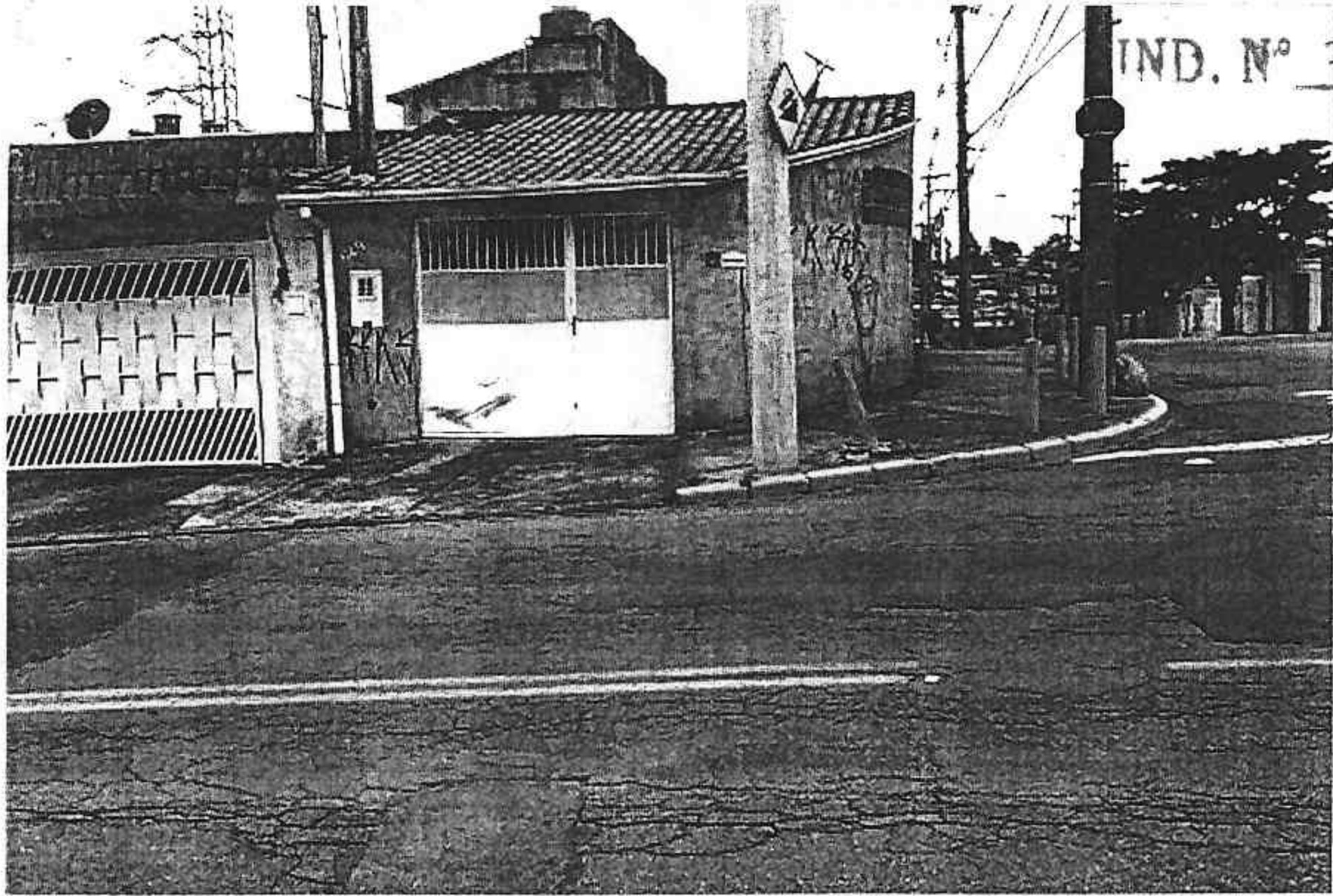
VEÍCULOS ENVOLVIDOS

NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA	NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA	NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA
01	01013502350	FUC 1730						
UF	MUNICÍPIO		UF	MUNICÍPIO		UF	MUNICÍPIO	
SP	Mogi das Cruzes							
CHASSI			CHASSI			CHASSI		
935 SUNFNYEB568330								
ESPÉCIE/TIPO			ESPÉCIE/TIPO			ESPÉCIE/TIPO		
PAS/AUTOMÓVEL								
MARCA/MODELO		ANO FAB	MARCA/MODELO		ANO FAB	MARCA/MODELO		ANO FAB
CITROEN/C3 AIRCROSS		14						
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	CATEGORIA		COR PREDOMINANTE
PARTICULAR		MARRON						
CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO	CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO	CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO
B	01997225190	24/10/16						
PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		DANOS	PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		DANOS	PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		DANOS
08		<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA	08		<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA	08		<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA

CROQUI



IND. N° 75118





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES
OUVIDORIA GERAL DO MUNICÍPIO

www.pmmc.com.br | ouvidoria@pmmc.com.br

Telefone: (11) 4798 - 6331 ou 156

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO

Solicitação: 17820 / 2012

Data Solicitação: 10/07/12 11:27

Requerente: ROBERTO TSUTOMU HENMI

CPF/CNPJ: 770.848.298-49

Assunto: TRANSPORTE - FALTA DE PLACAS DE SINALIZAÇÃO

(BATAIAS OZ CARROS NA
PAREDA DA CASA)

Órgão Responsável: SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES

Previsão Término: 23/07/12 11:27

Originado: OUVIDORIA ONLINE - EMAIL, TWITTER, ETC.

Atendente: DANIELLE CRISTINA CLEMENTE

