

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 072ª CIRCUNSCRIÇÃO - BARREIROS -  
DP72°CIRC DINTER1/13°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0162001188

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/10/2018 às 15:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 24/10/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 01, PONTE DE BAETE** - Bairro: **CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (AUTOR / AGENTE )  
EDJANE MARIA DA SILVA MELO (OUTRO )  
EDMILSON JOSE DA SILVA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDMILSON JOSE DA SILVA

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

**EDMILSON JOSE DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GERMINIA MELO DA SILVA** Pai: **JOSE VICENTE DA SILVA** Data de Nascimento: **22/4/1978**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 51, RUA PEDRO CELESTINO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDJANE MARIA DA SILVA MELO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ANIMAL** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**CG 150 FAN (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDJANE MARIA DA SILVA MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDMILSON JOSE DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PD03228** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



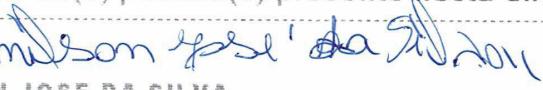
Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/infopol/xml/BOEPreview...

**Complemento / Observação**

VEIO A ESTA DP EDMILSON INFORMANDO QUE NO DIA HORA E LUGAR SUPRACITADOS QUANDO ESTAVA SE DESLOCANDO PARA SUA CASA UM CACHORRO PASSOU EM FREnte A MOTO E ELE NAO CONSEGUIU DESVIAR. NA QUEDA ELE FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO SEGUNDO LAUDO. FOI SOCORRIDO PARA O H DE BARREIROS E TRANSFERIDO PARA O DOM ELDER.

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

  
EDMILSON JOSE DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  ANANIAS FRANCISCO DAS CHAGAS - Matrícula: 3869822



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1902191312050500000040873253>  
Número do documento: 1902191312050500000040873253

Num. 41479765 - Pág. 2





Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120516900000040873316>  
Número do documento: 19021913120516900000040873316

Num. 41479829 - Pág. 1



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edjane maria da silva melo,  
RG nº 5712467, data de expedição 21/08/1996  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 040.957.464-32, com  
domicílio na cidade de Barrinha, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Pedro Polistino, nº 51,  
complemento esca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Edmilson José da Silva, cujo o condutor era  
Edmilson José da Silva.

Veículo: PAS metaciklo  
Modelo: Honda/CORSO FAN ESDI  
Ano: 2015/2015  
Placa: PDD3228  
Chassi: 9C2KCJ680FR306178  
Data do Acidente: 24/10/2018  
Local e Data: \_\_\_\_\_

xEdjane maria da silva melo

Assinatura do Declarante

Edmilson José da Silva  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE-PE  
Av. João Francisco de Melo, 1013 - loja 4 - Centro - CEP: 55565-000 - Fone: (81) 3688-1130/ 9986-2480  
Tabelião: Wilson Luiz da Silva  
E-mail: cartoriosacjose@hotmail.com

Reconheço a firma por verdadeiro autenticidade de: EDJANE MARIA DA SILVA MELO, S. José da Coroa Grande-PE 07/11/2018 10:25:38. Em  
testemunho da verdade. Eu DEISE SUELÍ DA SILVA DE Emol.  
3,59, TSNR 0,80 FERC 0,40 Selo : 0073858.HUD10201803.00157 consulte  
autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120592700000040874355>  
Número do documento: 19021913120592700000040874355

Num. 41480880 - Pág. 1



### DECLARAÇÃO DE ISENTO

Eu, Edmílson José da Silveira brasileiro (a), (estado civil) Casado (profissão) Motorista, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº 5383351 e inscrito (a) no CPF/MF sob nº 04580922409 declaro para os devidos fins não ter apresentado a Declaração de Imposto de Renda, por não atingir os parâmetros de obrigatoriedade.

Tal declaração é firmada nos termos da Lei 7.115/83 e sob as cominações legais.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 05, fevereiro de 2019.

Edmílson José da Silveira  
(Nome e assinatura)

### ESCRITÓRIO J A LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES

Unidade Recife-PE: Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife – PE Fone: 081-30977735

Unidade Barreiros-PE: Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

Unidade São Paulo – SP: Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo – SP, 011-99873-6871





## DECLARAÇÃO

Edmison José da Silva, Brasília,  
Brasília, casado, matetaxi, portador da Cédula de Identidade  
RG nº 5383351, inscrito no CPF/MF sob o número 04580922409,  
residente Rua Pedro Celestino, Centro, e Barreiros - PE, domiciliado na  
nº 51, Fones: \_\_\_\_\_, declaro que não posso suportar as despesas processuais  
decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,  
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50,  
pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso  
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 05, dezembro de 2019.

Edmison José da Silva  
(Nome e assinatura)

### ESCRITÓRIO J A LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES

Unidade Recife-PE: Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife – PE Fone: 081-30977735

Unidade Barreiros-PE: Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

Unidade São Paulo – SP: Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo – SP, 011-99873-6871





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE **Nº 014203328710**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO  
1 1058345777 \*\*\*\*\* 2018

NOME  
EDJANE MARIA DA SILVA MELO

BARREIROS-PE

CPF / CNPJ - PLACA  
040.957.464-32 PDD3228

PLACA ANT / UF - CHASSI  
\*\*\*\*\* / PE 9C2RC1680FR306178

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL  
PAS / MOTOCICLISTA ALCO/GASOL

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.  
HONDA/CG150 FAN ESDI 2015 2015

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
2P/1490L PARTIC PRETA

I COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS  
P IPVA 2018 QUITADO 1º \*\*\*\*\*  
V FAIXA I.P.VA. PARCELAMENTO / COTAS 2º \*\*\*\*\*  
A 1 3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. BANCO HONDA SA

LOCAL - DATA  
BARREIROS 31/03/18  
Chapite Andrews Sousa Nibaldo  
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

**PE Nº 014203328710 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

EDJANE MARIA DA SILVA MELO

55560-000

BARREIROS-PE

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2018 31/03/18

VIA - CPF / CNPJ - PLACA  
1 040.957.464-32 PDD3228

RENAVAM - MARCA / MODELO  
1058345777 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. - CAT. TARIF. - Nº CHASSI  
2015 09 9C2RC1680FR306178

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
SEGURADO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESENQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELÉ NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

MAP / 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 11.514.360/0001-28

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: CER

Nome do Paciente: Ed milson José da Silva Idade: \_\_\_\_\_

Declaro para devidos fins que  
o paciente acima citado realizou  
tratamento fisioterapêutico após fratura  
distal antebraço e se encontra  
de alta da fisioterapia.

23/01/19

DATA

D.<sup>a</sup> Gércica Buarque  
Fisioterapeuta  
170644-F

CRM/CRC/COREN





## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 21/02/2019

Nº PRONTUÁRIO: 110335

NOME DO PACIENTE: Edmison José de Souza

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura aberta 1/3 abd. Pecten Dorsal

CID:

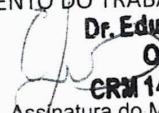
552.5

Concreto

OBS.:

Nº DIAS 1 ( )

AFASTAMENTO DO TRABALHO

  
Dr. Eduardo de Queiroz  
Ortopedista  
CRM 14508 TECT 10552  
Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391



## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 14/11/18

Nº PRONTUÁRIO: 11024

NOME DO PACIENTE: Edmison J. S. L.

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fel. Rab. Dau

CID: 582.8

clínica

### OBS.:

Nº DIAS 30 ( 30 )

AFASTAMENTO DO TRABALHO  
DE OBRAS E DE PESSOAS  
Eduardo de Oliveira  
Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:

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

Nome completo:  CPF:   
 Profissão:  Endereço:  Número:  Complemento:   
 Bairro:  Cidade:  Estado:  CEP:   
 E-mail:  Tel.(DDD):   
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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:

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

AGÊNCIA:  CONTA:  (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.

### 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Vítima deixou  
Vivos: Falecidos: nascitur (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou  
páis/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data, \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:06  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120638200000040874953>

Número do documento: 19021913120638200000040874953

Num. 41481501 - Pág. 1

## SINISTRO 3190065290 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** EDMILSON JOSE DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** EDMILSON JOSE DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 04580922409

**Posição em 05-02-2019 12:05:55**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
04/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120545200000040874984>  
Número do documento: 19021913120545200000040874984

Num. 41481536 - Pág. 1



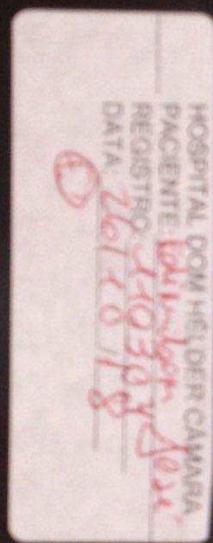
Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120555400000040874989>  
Número do documento: 19021913120555400000040874989

Num. 41481541 - Pág. 1

26 30 33



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120563300000040875002>  
Número do documento: 19021913120563300000040875002

Num. 41481554 - Pág. 1

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA  
PACIENTE: *Edson José*  
REGISTRO: *110306*  
DATA: *26/10/18*

0

26/10/18

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120563300000040875002>  
Número do documento: 19021913120563300000040875002

Num. 41481554 - Pág. 2

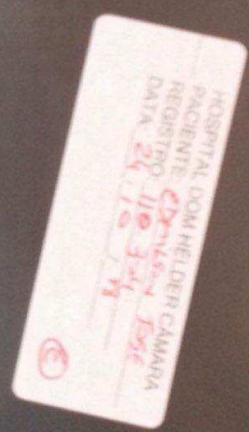


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120563300000040875002>  
Número do documento: 19021913120563300000040875002

Num. 41481554 - Pág. 3

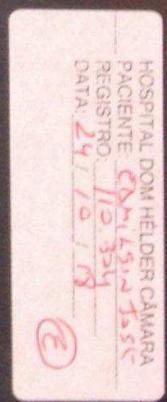


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120563300000040875002>  
Número do documento: 19021913120563300000040875002

Num. 41481554 - Pág. 4



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 19/02/2019 13:12:05  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021913120563300000040875002>  
Número do documento: 19021913120563300000040875002

Num. 41481554 - Pág. 5