



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC  
DINTER1/13ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0163000713**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2018 às 09:39**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **5/10/2018 às 13:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA LESIONADA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, PE61 KM 08, BARRA DE SIRINHAÉM,**

**SIRINHAÉM-PE** - Bairro: **CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
ROBERTO GALDINO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERTO  
GALDINO DA SILVA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**ROBERTO GALDINO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **PAI NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **2/11/1980** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**BICICLETA (BICICLETA)** de propriedade do(a) Sr(a): **ROBERTO GALDINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO GALDINO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Descrição: **BICICLETA RANGER**

**AUTOMÓVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 27/02/2019 11:32:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022711321617400000041292957>  
Número do documento: 19022711321617400000041292957

11/10/2018 09:34

Num. 41907365 - Pág. 1

**CONFORME A VÍTIMA ESTAVA CONDUZINDO SUA BICICLETA NA PE-60 EM BARRA DE SIRINHAÉM QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL NÃO SABENDO QUAL AUTOMÓVEL QUE O ATINGIU POIS O MESMO PERDEU O SENTIDO VINDO A DESMAIAR. OMESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E DEPOIS FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.**

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

**ROBERTO GALDINO DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JEFFERSON LEANDRO DOS SANTOS** - Matrícula: **152087-3**



11/10/2018 09:34

Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 27/02/2019 11:32:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022711321617400000041292957>  
Número do documento: 19022711321617400000041292957

Num. 41907365 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC  
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0163000857**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **13:06**

Complementa o BO Número: **18E0163000713**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **4/10/2018** às **13:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA LESIONADA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SIRINHAÉM, 1, PE61 KM 08, BARRA DE SIRINHAÉM, SIRINHAÉM-PE** - Bairro: **CENTRO - SIRINHAÉM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )**  
ROBERTO GALDINO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**BICICLETA:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERTO GALDINO DA SILVA  
**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**ROBERTO GALDINO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **PAI NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **2/11/1980** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**BICICLETA (BICICLETA)** de propriedade do(a) Sr(a): **ROBERTO GALDINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO GALDINO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Descrição: **BICICRETA RANGER**

**AUTOMOVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

CONFORME A VÍTIMA ESTAVA CONDUZINDO SUA BICICLETA NA PE-60 EM BARRA DE SIRINHAÉM QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL NÃO SABENDO QUAL AUTOMÓVEL QUE O ATINGIU POIS O MESMO PERDEU O SENTIDO VINDO A DESMAIAR. OMESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E DEPOIS FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

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

**ROBERTO GALDINO DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JEFFERSON LEANDRO DOS SANTOS** - Matrícula: **152087-3**



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 27/02/2019 11:32:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022711321627100000041292970>  
Número do documento: 19022711321627100000041292970

Num. 41907378 - Pág. 2



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

332-424993586-7

28/NOV/2018 HORA DF 10:24:02

LOT: 15.0003088-6 TERM: 007700  
LOCALIDADE: BARREIROS  
AG. VINCULADA: 2124 CONTROLE: 019327203

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2124 013 00046281-2

ROBERTO GALDINO DA SILVA

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

332-424993586-7

1ª VIA





### DECLARAÇÃO DE ISENTO

Eu, Roberto goldino da Silva brasileiro (a), (estado civil) casado (profissão) \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº 5761 666 e inscrito (a) no CPF/MF sob nº 040.488.444-07 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, 23, Enviado de 2019

Roberto Goldino 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





4

## DECLARAÇÃO

Roberto Goldino da Silva,  
Brasília, Distrito, portador da Cédula de Identidade  
RG nº 5763 666, inscrito no CPF/MF sob o número 040 488.444-07,  
residente e domiciliado na  
Rua Góspes Drumond, Barroco, Sirinhém - PE, nº 122,  
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, 23, Fevereiro de 2019

Roberto Goldino 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



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 27/02/2019 11:32:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022711321662900000041292995>  
Número do documento: 19022711321662900000041292995

Num. 41907403 - Pág. 1

 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</p>		 <p>RÉCEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO ESTADO DE PERNAMBUCO</p>
Paciente:	Robert falchim do Silv	Registro:
Clinica:	11	Box/Leito/Enfermaria:
<p><b>Dados de consulta:</b></p> <p>Paciente retinoma de colisão bicicleta x carro há +/- 3 meses, cursando com patura CZO(E), CID: S02.8, que é submetido à procedi- mento anatomico e/ou redu- ção de protus.</p> <p>No momento encontra-se em acompanhamento ambulatório.</p>		
Data: 07/01/18	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE	

COD. 0340





## 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:	
110.488.444-07		Roberto Goldino da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP: Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:	Roberto Goldino da Silva 010.488.444-07	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Pintor	Rua Gaspar Drummond	522	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Lavrado	Sirinhaém	PE	55.580-000
E-mail:	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

<b>DADOS CADASTRAIS</b>	<b>RENDIMENTO MENSAL:</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 2124 <input type="checkbox"/> CONTA: 6300046285 2	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	(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 sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>
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):	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	
<input type="checkbox"/> 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 de 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.	

<b>MORTE</b>	<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____	
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vivos: _____ Falecidos: _____
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.	

<b>Local e Data,</b> Local e Data, _____ Nome: _____ CPF: _____	<b>TESTEMUNHAS</b> 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO 	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	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





(PROCURAÇÃO EXCLUSIVA PARA INTERPOR AÇÃO PLEITEANDO DIFERENÇA DO (OU)  
O SEGURO DPVAT)

#### INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

“AD JUDICIA”

Roberto goldino da silva,  
Brasiliense, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº  
5.761.666, inscrito no CPF/MF sob o número 010.188.444-07, residente e  
domiciliado(a) na Rua George Drummond,  
nº 522, Barreiros, Susinham - PE, Fones:  
\_\_\_\_\_, pelo presente instrumento particular, nomeia e constitui seus bastantes  
procuradores a Dra. **MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA**, casada, advogada,  
inscrito no CPF, sob o nº 060.885.094-22, e na OAB-PE sob o nº 30.619, e o Dr. **JEIMISON  
JOSÉ NERI DE LYRA**, casado, advogado, inscrito no CPF, sob o nº 049.520.594-05, e na  
OAB-PE sob o nº 27.340, ambos com escritório profissional à Rua João Batista de  
Vasconcelos, nº 111, Centro, Barreiros, Estado de Pernambuco, CEP: 55560-000, a qual  
outorga e confere os poderes da cláusula “ad judicia” para o foro em geral, bem como  
acordar, assinar, discordar, desistir, transigir, renunciar, dar quitação e receber, podendo, dito  
outorgado, para tanto, tudo requerer e assinar, enfim, praticar todos os demais atos  
necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, inclusive, substabelecer os  
poderes ora conferidos.

#### CONTRATOS DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

O(A) Outorgante de logo autoriza a M.M Juiz (a), a reter a titular de honorários  
advocatícios em favor de seus patronos, o percentual de 30% sobre o valor bruto da  
condenação ou conciliação que vier a ser realizada sem os descontos de Imposto de Renda e  
INSS, uma vez que estes são devidos pelo outorgante e não pelos patronos na Ação onde os  
Outorgados são seus advogados supra citados, conforme estabelece o artigo 22 da Lei 8.609-  
94, c/c art. 133 da CF e ainda art. 20 do CPC.

Brasiliense, 23, Fevereiro de 2019

Roberto goldino da silva

(nome completo - 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



