



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**PORTO DA FOLHA DA COMARCA DE PORTO DA FOLHA**  
**Rua Augusto César Leite, Bairro Centro, Porto da Folha/SE, CEP 49800000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202080000812

Número Único: 0000798-98.2020.8.25.0062

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

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

Distribuição: 15/06/2020

Competência: Porto da Folha

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

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

**Dados das Partes**

Requerente: DENY FREITAS RESENDE

Endereço: AV. MINERVINO FARIA DE LIMA

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: PORTO DA FOLHA - Estado: SE - CEP: 49800000

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

**PORTO DA FOLHA DA COMARCA DE PORTO DA FOLHA**  
**Rua Augusto César Leite, Bairro Centro, Porto da Folha/SE, CEP 49800000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apendados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**PORTO DA FOLHA DA COMARCA DE PORTO DA FOLHA**  
**Rua Augusto César Leite, Bairro Centro, Porto da Folha/SE, CEP 49800000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202080000812

**DATA:**

10/08/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200810115701757 às 11:57 em 10/08/2020.

**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: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENY FREITAS RESENDE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00822-2

CONTA: 000000017516-1

---

Nr. da Autenticação 7AC0D02ADE4C3F87

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200055109      **Cidade:** Porto da Folha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DENY FREITAS RESENDE      **Data do acidente:** 27/10/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º A 5º METATARSOS DIREITOS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**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 LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200055109**      **Vítima: DENY FREITAS RESENDE**

**Data do Acidente: 27/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DENY FREITAS RESENDE**

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: DENY FREITAS RESENDE**

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

**Banco: 001**

**Agência: 000000822-2**

**Conta: 0000017516-1**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ  
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

DENY FREITAS RESLINDA

PATÓRIO MÉDICO

PACIENTE ATRIBUÍDO EM 29/10/1991 COM  
FRATURA MÍTALICA NO PÉ DIREITO.  
TRAUMA AT TO COM EMPEDIMENTO GLICO

PER 60 (SEMANA) DIAS.

COD: 5927

Data: 09/11/1991

Ulysses Leite  
Ortopedia-Traumatologia  
CRMESP 3245

Médico (Assinatura e Carimbo)

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA  
O BE: 738573 DATA: 27/10/2019 HORA: 11:45 USUARIO: MDSILVA  
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: DENY FREITAS RESENDE DOC...:  
.....: 20 ANOS NASC: 20/10/1999 SEXO...: MASCULINO  
ECO....: AV, MENERVINO FARIAS LIMA NUMERO: 1404  
EMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO  
IPIO....: PORTO DA FOLHA UF: SE CEP...: 49800-000  
PAI/MAE.: JOSE CARLOS RESENDE /ERIVANIA FREITAS RESENDE  
NSAVEL...: O IRMAO TEL...:  
DENCIA...: PROPRIA-SE  
IMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO  
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

X mmHg } . PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

S COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Rodada de moto caiu na moto, feriu no pé direito, fez*  
*Revisão*

COES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fratura de 2º, 3º, 4º, 5º Metatarso/Fr. Pé		CID:
PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO	
<i>Coluna de plasma</i>		
<i>Antiinflamatório oral</i>		

SAIDA: 27/10/19 HORA DA SAIDA: :  
[ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
ACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

ERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
[ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

TURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Uisses Leite*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM/SE 3245



BUSCA ESPONTÂNEA

**HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ  
"SÃO VICENTE DE PAULA"  
PRONTO SOCORRO  
PRÉ-CONSULTA / ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM**

ENCAMINHAMENTO

SAMU

Queixa Principal:

*Acidente de moto + 1hr. / machucou mto.*

Cronologia/Duração da Queixa:  Agudo  CrônicoHistória Pregressa:  DM  Cardiopatias  HAS  Estíntia  Tabagista ALERGIAS: *Nefo*

Outras:

Dados Vitais:

P.A. 120 x 74 FC: 72 Tax: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ SPO<sub>2</sub>: 97 Peso: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL (ASS. E CARIMBO):

HORA DO ATEND: 16 : 48*REGISTRO 0317 EM  
01/02/2002***ATENDIMENTO MÉDICO****ANAMENSE**

DATA / HORA


CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MÉDICO):

 AZUL VERDE AMARELO VERMELHO

DIAGNÓSTICO:

CID:

**PREScriÇÃO / EVOLUÇÃO MÉDICA**

DATA / HORA


**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

DATA / HORA




SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PORTO DA FOLHA-SE

UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**24 HORAS**

Tel.: (79) 3349-2091

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

**UPA**  
**24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**DADOS DO PACIENTE:**

NOME: Weny Freitas Rezende

SEXO:  FEM:  MASC: \_\_\_\_\_ IDADE: 30 ANOS ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDEREÇO: Av. Homenageado Farion Chaves FONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: Hospital de Bonsucesso - Dr. Jardim

DESCRÍÇÃO DO QUADRO CLÍNICO: Paciente admitido, trazido por terceiros, vítima de queda de moto, negando náusies, vertigem e dispneia e consultado, com dor no pé direito.

**MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Hapenid 01 amp + Hipone 01 amp + Tromadol 01 amp  
Radiografia de pé: fractura esquistofractura do 04 metatarsiano,  
sem desvio do 3º.

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

Auxílio de Ortopédica

MÉDICO QUE O (A) ACOMPANHARÁ: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Técia Ferreira

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS.

UPA 24h

UNIDADE HOSPITALAR

Ipa. folha, 27/10/19

LOCAL E DATA

*Dra. Tícia Ferreira*  
MÉDICA  
CRMESP 6206

ASS. DO MÉDICO

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5432 de 01.05.1945 que aprovou a CTE. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da Aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo ainda, seu habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento é o seu atestado de conservação, espelham a conduta e qualificação das atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECLASOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.25535.15-1

8145434

0050

SE

Deny Freitas Resende

INTERLOCUTOR FAMILIAR



03

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



### DENY FREITAS RESSENDE

PLAÇA: ERIVANA FREITAS RESENDE  
NASCIMENTO: JOSE CARLOS RESENDE  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: PORTO DA FOLHA - SE  
DOCUMENTO: RG - 38433770 - 28010015 - SSP - SE

LEI Nº 9.613, DE 18 DE MAIO DE 1998  
CPF: 061.963.075-07  
TIT. ELEITOR:  
LOCAL DE EMISSÃO: ANNE - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA  
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2018

CRNH:.....  
SEÇÃO:  
Gabinete Civil - Assunto referente  
às Unidades Administrativas Municipais e  
Instituições Municipais

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

PLAÇA

DATA DE NASC. DE / / DOCUMENTO / /

PAÍS / /

PLAÇA

NAME

DOCUMENTO

PLAÇA

NAME

DOCUMENTO

PLAÇA

NAME

DOCUMENTO

PLAÇA

ASSINATURA E LUGAR PARA ASSINAR

LEGENDA		
A - DOCUMENTO DE IDADE	B - DOCUMENTO DE PERTINÊNCIA	C - DATA DE NACIMENTO
D - MUNICÍPIO E UNIDADE FEDERATIVA	E - MUNICÍPIO E UNIDADE FEDERATIVA	F - MUNICÍPIO E UNIDADE FEDERATIVA



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ  
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

DENY FREITAS RESLINDA

PATÓLOGO MÉDICO

PACIENTE ATRIBUÍDO EM 29/10/1991 COM  
FRATURA MÚLTIPLO NO PÉ DIREITO.  
TRAUMA AT TO COM EMPEDIMENTO GLICO

PER 60 (SEMANA) DIAS.

COD: 5927

Data: 09/11/1991

Ulysses Leite  
Ortopedia-Traumatologia  
CRMESP 3245

Médico (Assinatura e Carimbo)

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA  
O BE: 738573 DATA: 27/10/2019 HORA: 11:45 USUARIO: MDSILVA  
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: DENY FREITAS RESENDE DOC...:  
.....: 20 ANOS NASC: 20/10/1999 SEXO...: MASCULINO  
ECO....: AV, MENERVINO FARIAS LIMA NUMERO: 1404  
EMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO  
IPIO....: PORTO DA FOLHA UF: SE CEP...: 49800-000  
PAI/MAE.: JOSE CARLOS RESENDE /ERIVANIA FREITAS RESENDE  
NSAVEL...: O IRMAO TEL...:  
DENCIA...: PROPRIA-SE  
IMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO  
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

X mmHg } . PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

S COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Rodada de moto caiu na moto, feriu no pé direito, fez*  
*Revisão*

COES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fratura de 2º, 3º, 4º, 5º Metatarso/Fr. Pé		CID:
PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO	
<i>Coluna de plasma</i>		
<i>Antiinflamatório oral</i>		

A SAIDA: 27/10/19 HORA DA SAIDA: :  
[ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
ACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

ERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
[ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

TURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Uisses Leite*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM/RS 3245



BUSCA ESPONTÂNEA

**HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ  
"SÃO VICENTE DE PAULA"  
PRONTO SOCORRO  
PRÉ-CONSULTA / ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM**

ENCAMINHAMENTO

SAMU

Queixa Principal:

*Acidente de moto + 1hr. / machucou mto.*

Cronologia/Duração da Queixa:  Agudo  CrônicoHistória Pregressa:  DM  Cardiopatias  HAS  Estíntia  Tabagista ALERGIAS: *não*

Outras:

Dados Vitais:

P.A. 120 x 74 FC: 72 Tax: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ SPO<sub>2</sub>: 97 Peso: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL (ASS. E CARIMBO):

HORA DO ATEND: 16 : 48*REGISTRO 0317 EM***ATENDIMENTO MÉDICO****ANAMENSE**

DATA / HORA


CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MÉDICO):

 AZUL VERDE AMARELO VERMELHO

DIAGNÓSTICO:

CID:

**PREScriÇÃO / EVOLUÇÃO MÉDICA**

DATA / HORA


**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

DATA / HORA




SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PORTO DA FOLHA-SE

UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**24 HORAS**

Tel.: (79) 3349-2091

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

**UPA**  
**24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**DADOS DO PACIENTE:**

NOME: Weny Freitas Rezende

SEXO:  FEM:  MASC: \_\_\_\_\_ IDADE: 30 ANOS ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDEREÇO: Av. Henrique de Faria Júnior FONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: Hospital de Bonsucesso - Dr. Jardim

DESCRÍÇÃO DO QUADRO CLÍNICO: Paciente admitido, trazido por terceiros, vítima de queda de moto, negando náusies, vertigem e dispneia e consultado, com dor no pé direito.

**MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Hapenid 01 amp + Hipone 01 amp + Tromalot 01 amp  
Radiografia de pé: fractura esplêndida do 04 metatarsiano,  
sem desvio do 3º.

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

Auxílio de Ortopédica

MÉDICO QUE O (A) ACOMPANHARÁ: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Técia Ferreira

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS.

UPA 24h

UNIDADE HOSPITALAR

Ipa. folha, 27/10/19

LOCAL E DATA

*Dra. Tácia Laranjeira Resende Ferreira*  
MÉDICA  
CRMESP 6206

ASS. DO MÉDICO



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 132665/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 16/12/2019 10:12 Data/Hora Fim: 16/12/2019 10:26

Origem: Pessoa Física - Particular

Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha

Data/Hora do Fato: 27/10/2019 07:00

**Local do Fato**

Município: Porto da Folha (SE)

Logradouro: Povoado Canudos

Bairro: Outros Povoados

CEP: 49.800-000

Ponto de Referência: Próximo á Povoado Canudos

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: DENY FREITAS RESENDE (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Porto da Folha Sexo: Masculino Nasc: 20/10/1999

Profissão: Estudante

Estado Civil: Sem informação

Nome da Mãe: Erivania Freitas Resende

Nome do Pai: Jose Carlos Resende

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 081.869.025-97

RG - Carteira de Identidade: 38433770

**Endereço**

Município: Porto da Folha - SE

Logradouro: Avenida Minervino Farías Lima

Nº: 1404

Bairro: Centro

CEP: 49.800-000

Telefone: (79) 99961-5644 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 005.212.315-40	Placa QKZ7692
Renavam 01117929075	Número do Motor KC22E1H018366
Número do Chassi 9C2KC2210HR018351	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Porto da Folha	Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 24/05/2017	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Delegado de Polícia Civil: Neviton Rodrigues Dos Santos Impresso por: Neviton Rodrigues Dos Santos Data de Impressão: 16/12/2019 10:26 Protocolo nº: Não disponível	Página 1 de 2 PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 132665/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Deny Freitas Resende	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Informa o Noticiante que na data supracitada vinha do Povoado Canudos em direção a Cidade de Porto da Folha/Sergipe quando a motocicleta derrapou e o Noticiante acabou caindo. Que em decorrência do acidente teve uma fratura no pé direito e algumas escoriações pelo corpo. Que a motocicleta é de propriedade do primo do Noticiante o senhor Alisson Dayis R. dos Santos. Que um colega do Noticiante foi quem o levou para o hospital da cidade de Porto da folha, onde foi feito os primeiros atendimentos médicos, porém o Noticiante fora transferido para o Hospital localizada na cidade de Propriá/SE. Que segue os dados da motocicleta: Placa QKZ7692, Chassi 9C2KC2210HR018351, Núm. Motor KC22E1H018366, Rénavam 01117929075. Que registra esse Boletim de Ocorrência para da entrada no seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos  
Delegado de Polícia  
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos  
Delegado de Polícia  
Matricula 936969  
Responsável pelo Atendimento

Deny Freitas Resende  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) (único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil: Neviton Rodrigues Dos Santos  
Impresso por: Neviton Rodrigues Dos Santos  
Data de Impressão: 16/12/2019 10:26  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

