

## **PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE, brasileiro, casado, RG: 8.881.091 SDS/PE, CPF 086.761.934-10, residente e domiciliado Rua Gameleira, nº166 A, Pontas de Pedras, Goiana-PE.

**OUTORGADO:** JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm\_adv08@hotmail.com.

### **P O D E R E S**

*Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judicia”, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.*

**Goiana, 01 de Julho de 2019**

  
**JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**

Rui Padre Rocha, 177, São José, Carpina. PE. (81) 999535-9693/37220606  
. Av. Fagundes Varela, 988 . Sl. 09 e 10 . Jardim Atlântico . Olinda . PE . (81) 3431.6171  
(81) 9232.3309  
jm\_adv08@hotmail.com



## **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**, brasileiro, casado, RG: 8.881.091 SDS/PE, CPF 086.761.934-10, residente e domiciliado Rua Gameleira, nº166 A, Pontas de Pedras, Goiana-PE. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Goiana, 01 de Julho de 2019



**JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**



## TERMO DE CARÊNCIA JURÍDICA

**JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**, brasileiro, casado, RG: 8.881.091 SDS/PE, CPF 086.761.934-10, residente e domiciliado Rua Gameleira, nº166 A, Pontas de Pedras, Goiana-PE. DECLARO nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Goiana-PE, 01 de Julho de 2019

  
ASSINATURA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: **8881091 BDB PE**

CPF: **086.761.934-10** DATA NASCIMENTO: **31/10/1993**

FILIAÇÃO: **JOSENILDO GOMES DE ALB  
UQUERQUE  
ELIANE MARTA DE SANTAN  
A**

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT: **AB**

Nº REGISTRO: **06205882049** VALIDADE: **29/01/2024** 1ª EMITIDA: **16/10/2014**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *josimar santana de albuquerque*

LOCAL: **GOIANA, PE** DATA EMISSÃO: **29/01/2019**

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]* 16208811056  
PR090297288

**PERNAMBUCO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1756890704

PROIBIDO PLASTIFICAR 1756890704





## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> RAIANE NASCIMENTO DA SILVA ALBUQUERQUE CPF: 120.277.184-00 NIS: 20633146352	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>18/10/2019</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 11/10/2019 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 11/10/2019 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 080619615	<b>CONTA CONTRATO</b> 007026620133 <b>Nº DO CLIENTE</b> 2016075317 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0001249055
	<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> SI SARAPIÓ 417 TEJUCUPAPO/TEJUCUPAPO 55900-000 GOIANA PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico			
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 761D.25F6.10BE.74D9.42E8.4D64.A846.04A7			

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19759001	5,92
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,33872574	23,71
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	5,00	0,50808861	2,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,31
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,26
Multa por atraso-NF 076754627 - 10/09/19			0,68
Juros por atraso-NF 076754627 - 10/09/19			0,02
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>41,01</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	34,05	1,29	0,43	34,05	5,95
							2,02

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450	OUT 19	105
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200	SET 19	106
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300	AGO 19	89
		JUL 19	91
		JUN 19	64
		MAI 19	82
		ABR 19	40
		MAR 19	75
		FEV 19	89
		JAN 19	79
		DEZ 18	92
		NOV 18	89
		OUT 18	85

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	15,37 45,13
Transmissão	1,69 4,96
Distribuição (Celpe)	10,29 30,22
Encargos Setoriais	1,01 2,97
Tributos	2,45 7,20
Perdas de Energia	3,24 9,52
<b>TOTAL</b>	<b>34,05 100</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
00000000000008280	CAT	10/09/2019 14.142,00	11/10/2019 14.247,00	31	1,00000	0,00	105,00		
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/11/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	TEJUCUPAPO	0,00	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 15,53					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO										
<p>Pague no ponto mais perto de você ag correios goianinha: praça duque de caxias centro / napoleão junior gomes de ponte: tr poco 371 ponto de pedrasLista completa em www.celpe.com.br.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pago, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>Inserção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.</p> <p>Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,63 .</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)											
	MÍNIMO	MÁXIMO										
220	202	231										
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA										

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026620133	10/2019	0,00	18/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
GERÊNCIA DE GESTÃO URGÊNCIA



## Declaração

Declaro para os devidos fins que, o Sr. JOSIMAR SANTANA ALBUQUERQUE, residente na Rua da Matriz, s/nº, no Município de Tejucupapo/PE, foi socorrido para o Hospital Miguel Arraes, na cidade de Paulista/PE; pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) deste município. No dia 27/02/2019 às 22:20h. com o Registro de Ocorrência nº S. 595282, a vítima sofreu colisão de carro/moto; conforme as informações em ficha de atendimento.

Em anexo segue cópia da referida ficha.

Condado, 14 de Março de 2019.

Dr. Silzany da Silva Pimentel Fernandes  
COREN/PE 348.204  
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

**COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**







SAMU  
192

HORA DO CHAMADO: 21:30H  
CHEGADA AO LOCAL: 22:30H  
HORA DA CONCLUSÃO: 02:15H  
CHEGADA A BASE: 02:15H

### FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 24.02.19  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Colisão carro + moto

NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 9595282  
VIATURA: UTI ☒ BÁSICA ☒

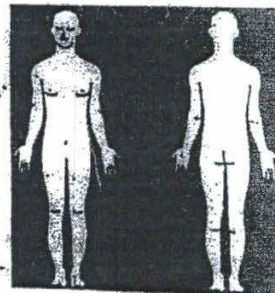
### TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) ☐ CAUSA CLÍNICA ☐ OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ REMOÇÃO ☐ senha ☐  
VIA PÚBLICA ☒ DOMICÍLIO ☐ LOCAL DE TRABALHO ☐ TRAJETO DO TRABALHO ☐ EMPRESA: ☐

IDENTIFICAÇÃO  
NOME DO PACIENTE: Josimar Santana Albuquerque IDADE: 24 ANOS  
SEXO: M ☒ F ☐ PROFISSÃO: ☐ FONE: ☐  
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua da Matriz S/N BAIRRO: Tejuporã  
NOME DO SOLICITANTE: Glauco FONE: ☐  
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: PE-49 Tejuporã BAIRRO: ☐  
REFERÊNCIA: Pnex: 90 304 do D. 101

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS: ☐ CAMINHÃO: ☐ CARRO DE PASSEIO: ☐ MOTOCICLETA ☒ PLACA ☐  
ATROPELAMENTO: PEDESTRE ☐ CICLISTA ☐  
AUTOMÓVEL (COLISÃO): PASSAGEIRO ☐ MOTORISTA ☐ BANCO DE TRÁS ☐ BANCO DA FRENTE ☐ USO DO CINTO: S ☐ N ☐  
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA ☐ PASSAGEIRO ☒ USO DO CAPACETE: S ☐ N ☒  
SEMI-AFOGAMENTO/SUBMERCÃO ☐ SOTERRAMENTO ☐  
INTOXICAÇÃO EXÓGENA ☐ ANIMAIS PEÇONHENTOS ☐ AGENTE CAUSADOR: ☐  
EXPOSIÇÃO AO FOGO / FUMAÇA CHOQUE ELÉTRICO/SUBS. QUÍMICA ☐  
QUEIMADURAS: 1º G ☐ 2º G ☐ 3º G ☐  
QUEDA: ☐ ALTURA APROX. ☐ METROS ☐ (QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ☐  
AGRESSÕES: ☐ POR ARMA DE FOGO / TIPO: ☐ (ARMA BRANCA / TIPO: ☐  
AGRESSÃO SEXUAL ☐ MAUS TRATOS ☐ OUTROS ☐ CITAR: ☐  
MECANISMO DO TRAUMA: ☐ IMPACTO FRONTAL ☐ IMPACTO LATERAL ☐ IMPACTO TRASEIRO ☐ BUEÇÃO ☐ CAPOTAMENRO ☐



HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: Vítima de colisão moto + carro com E.G.R.  
Consciente Orientado, com várias lesões +  
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: Natureza no braço D.

### CAUSAS CLÍNICAS

VIA AÉREAS FR ☐ DISPNEIA S ☐ N ☒ TIRAGEM INTERCOSTAL: S ☐ N ☒ GLICEMIA (HGT) 141  
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS S ☐ N ☒ SIBIOS EXPIRATÓRIOS: S ☐ N ☒ BAN: S ☐ N ☒ TEMP. 37.0  
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S ☐ N ☒ LESÕES DE FACE: S ☐ N ☒ RETRATAÇÃO XIFÓIDE: S ☐ N ☒  
DEFORMAÇÃO DO TÓRAX: S ☐ N ☒ GEMIDO/ESTRIDOR: S ☐ N ☒ DIST. FALA/CHORO: S ☐ N ☒  
CIRCULAÇÃO PA: 130/80 PERFUSÃO PERIFÉRIA: BOA ☒ INSATISFATORIA ☐ PULSO: ☐  
COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S ☐ N ☒ PALIDEZ: S ☐ N ☒ CIANOSE: S ☐ N ☒  
SUDORESE: S ☐ N ☒ DESIDRATADO: S ☐ N ☒ ICTERICO S ☐ N ☒

RN: 120 - 160  
< 1 ANO: 90 - 140  
Criança: 80 - 110  
Adulto: 60 - 100

Scanned by CamScanner







ATENDIMENTO: 467319 REGISTRO: 123397  
PACIENTE..... JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE  
NASCIMENTO...: 31/10/1993 IDADE: 25 SEXO: MASCULINO  
MÃE..... ELIANE MARIA DE SANTANA  
ENDEREÇO..... RUA DA MATRIZ, NÚMERO:  
BAIRRO..... CENTRO  
CIDADE..... GOIÂNIA

**EXAME NEUROLÓGICO**

EXAME NEUROLÓGICO: RESPOSTA VERBAL ( ) RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO ( ) IRRESPONSIVO ( )

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: ALERTA ( )		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA		TOTAL PONTOS
ESCALA DE GLASGOW		Orientado	5	Obedece comando	6	
ABERTURA OCULAR	4	Confuso	4	Localiza estímulo doloroso	5	
Abertura ocular espontânea	3	Resposta inapropriada	3	Retirada ao estímulo doloroso	4	
Abertura ocular à voz	2	Sons ininteligíveis	2	Flexão anormal (descoordenação)	3	
Sem abertura ocular	1	Sem resposta verbal	1	Extensão anormal (descoordenação)	2	
				Sem resposta motora	1	

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DEFICIT MOTOR ( ) DESVIO DE COMISSURA LABIAL ( ) DIFICULDADE NA FALA ( )  
AVALIAÇÃO DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIASE ( ) MIOSE ( )

### NATUREZA DA LESÃO

PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S ( ) N ( )  
LESÕES INTRA-TORÁCICAS: S ( ) N ( ) FRATURA PÉLVIS: S ( ) N ( )  
LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S ( ) N ( ) FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA ( ) ABERTA ( )

### CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S ( ) N ( ) REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: S ( ) N ( )  
OXIGÊNIO: CATÉTER ( ) VENTURI ( ) CPAP ( ) INFUSÃO DE FLUÍDOS S ( ) N ( )  
ASPIRAÇÃO DE SANGUE E SECREÇÕES: S ( ) N ( ) OUTRAS CONDUTAS \_\_\_\_\_  
ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: S ( ) N ( ) INTERCORRÊNCIAS \_\_\_\_\_  
VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE FIO2: \_\_\_\_\_

### USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

USO DE ÁLCOOL: S ( ) N ( ) INFORMANTE: VÍTIMA ( ) OUTROS ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
HÁBITO ALCOÓLICO ( ) ALTERAÇÃO NA MARCHA ( ) SONOLÊNCIA/AGITAÇÃO ( ) ALTERAÇÃO NO HUMOR ( ) RISOS, CHORO, IRRITAÇÃO  
USO DE OUTRAS DROGAS: S ( ) N ( ) INFORMANTE: VÍTIMA ( ) OUTROS ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
LOLO ( ) MACONHA ( ) COLA ( ) COCAÍNA ( ) CRACK ( ) LANÇA-PERFUME ( ) ANFETAMINA ( ) ÉXTASE ( )

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: \_\_\_\_\_ REGISTRO NO HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
MÉDICO QUE RECEBEU: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_  
ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S ( ) N ( )  
ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO: S ( ) N ( ) ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO: S ( ) N ( )  
MACA RETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR S ( ) N ( ) PRANCHA RETIDA: S ( ) N ( )

### EQUIPE

MÉDICO REGULADOR: Dr. Orlando MÉDICO ASSISTENTE: \_\_\_\_\_  
ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_ SOCORRISTA: \_\_\_\_\_  
MOTORISTA: \_\_\_\_\_ OPERADOR DE FROTA: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: \_\_\_\_\_

### Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner



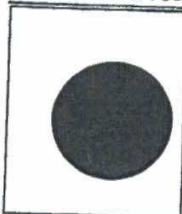


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/02/2019 23:31



Nome Paciente: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE  
Cód. Paciente: 123397  
Data de Nascimento: 31/10/1993  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: 0025  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 467319  
SAME: 110219



Período: 27/02/2019 23:59 - 28/02/2019 00:01

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

POLITRAUMA COLISAO (MOTO X CARRO), NAO UTILIZAVA CAPACETE, NAO HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA.  
APRESENTA DOR INTENSA EM REGIAO CRANIO DOLOR AO TOQUE + CORTE EM REGIAO FRONTAL DIAMETRO MEDIO+ ESCORIAÇÕES EM REGIAO NARIZ + ABDOMEM++ EDEMA DE LABIOS.  
MSD (BRAÇO FRATURA FECHADA) + ESCORIAÇÕES EM PUNHO + DORSO MAO+ QDE + MMII(JOELHOS).  
NEGA HAS-/DM-/ALERGIAS.  
CHEGA EM USO DE COLAR CERVICAL + PANCHAS.  
OBS: PACIENTE NAO LEMBRA COMO OCORREU ACIDENTE.

Observação:

SAMU CONDADO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)  
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL  
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM  
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

ANA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)

Local

Assinado eletronicamente por: ANA C. Crasileiro da Silva  
Enfermeiro  
COREN-SP 212014

REVISADO  
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/02/2019 00:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**Atendimento: 467319**
**Data e Hora: 27/02/2019 23:34**
**Senha da Classificação:**
**0025**
**Paciente: 123397 JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO**
**Nome Social:**
**Data do Nascimento: 31/10/1993 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA**
**Nome da Mãe: ELIANE MARIA DE SANTANA**
**Nome do Pai: JOSENILDO GOMES DE ALBUQUERQUE**
**Estado Civil: CASADO**
**Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA**
**CRM: 12346**
**Endereço: RUA DA MATRIZ**
**- SITIO SARAPIOR**
**Bairro: CENTRO**
**Cidade/UF: GOIANA**
**PE**
**Usuário Atendimento: ANACOS**
**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**
**Data Entrada Brasil:**
**Nacionalidade: BRASILEIRA**
**Nr Documento Estrangeiro:**
**Observação:**
**RESUMO DE TRATAMENTO**
**Peso:**
**Altura:**
**Temperatura:**
**Hora:**
**23:35.**
**Queixa Principal**

*Paciente vítima de acidente motorciclístico SEM  
capacete com relato de perda de consciência  
durante o acidente em MSD*

**Exame Físico**

*A: membros com color. D: ECG: IS.*

*R: MV simétrico*

*E: saturação de oxigênio 98%*

*C: FC: 80*

*em região pontal, MSD imobilizado*

**Hipótese Diagnóstico**

*Politrauma - TCE (LC) / MSD*

**Prescrição Médica**

*Sol. TAC + urina S/ contraste*

*Sol. Rx do tórax + MSD.*

*em tempo: Realizado sutura no ferimento capo-centro  
em região frontal. Após lavagem com SPO<sub>4</sub> e clorexidina 0,05%  
TAC no abdômen S/C, sem lesões agudas. Próximos exames  
ambulatoriais. ECG: IS, isquemia RFM.*

**Dr. Rodrigo Monteiro  
Cirurgia Vascular  
CRM: 15.932**

**Assinatura e Carimbo/Médico**

*1) Alta na CG*

*2) AOS cuidados na ortopedia*

**Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência**
**( ) Transferido: Para**
**( ) Encaminhado ao setor de internação**

**Dr. Estrela  
Médico Geral  
CRM - PE 24838**







# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE			6 - Nº Prontuário	123397
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10 1 - Etnia	
707105321237620	31/10/1993	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ELIANE MARIA DE SANTANA			12 - Telefone de Contato	8198241060
13 - Nome Responsável	ELIANE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA DA MATRIZ, - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
GOIANA	260620	PE	55900974		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	ANTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, TRAZIDO DO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO DE MSD, COLAR CERVICAL ANCHA, PCT COM QUEIXA DE DOR EM BRAÇO DIREITO REFERE PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE, EXAME FÍSICO E RADIOGRAFIA		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS DIREITO	S423	V239	040820334

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMEROS	0408020334		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	980016004687974
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA	28/02/2019	14313	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH  
261910215351-4

Código do Laudo: 467319



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 467319      Prontuário: 123397      SAME: 110219      Hora Atend: 23:34      Data Atend: 27/02/2019  
Paciente..... : JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE      Idade: 25 a  
Endereço..... : RUA DA MATRIZ  
Bairro..... : CENTRO  
Cidade..... : GOIANA  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA      UF.: PE      CEP: 55900974  
CID Principal..... : -      Plano...: PLANO UNICO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 28/02/2019      Hora Saída : 23:34

Prestador da Evolução Médica: CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA / 14313  
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **4674**

Usuário: ANACS1

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**  
Idade: 25a 4m 2d Sexo: M Estado Civil: CASADO Prontuário: 123397  
Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 31/10/1993  
R.G.: 8881091 C.P.F.: 08676193410 Telefone: CEP 55900974  
Endereço: RUA DA MATRIZ - CENTRO - GOIANA - PE  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA  
Convênio: SUS - INTERNACAO  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-06  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:  
Endereço: - Número: Estado civil:  
Telefone: Cidade:

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05/03/19 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: Boas condições clínicas  
Diagnóstico Principal.....: Fratura Viciosa do úmero direito  
Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_  
Procedimento.....: Rafim placa e parafusos

Dr. Wilson Tiburcio de Moraes  
MÉDICO  
CREMEPE - 27862

Médico e CRM:

Eliane Maria de Santana  
Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

4.354.635

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 04 de 03 de 19

X Josimar Santana de Albuquerque  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 04/03/2019

Hora.: 19:57

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 54997

Paciente : 123397

Convênio Atend. : 1

Leito : 559

Dt. Início : 04/03/2019 15:00

Cid Pré-Operatório : S423

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

SUS - INTERNACAO

VERD2-06

Dt. Fim : 04/03/2019 20:00

FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

Atendimento : 467489

Carteira :

Idade : 25 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0408020393

Convênio: 001

Anestesia: 29

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMERU (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

**Equipe Médica**

CIRURGIAO

ANESTESISTA

18757

JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

11469

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISÁRIA DO UMERU DIREITO

TIPO DE INTERVENÇÃO: RAFI COM PARAFUSOS INTERFRAGMENTÁRIOS + PLACA DCP 4,5 E PARAFUSOS

OPERADOR: DR. JEFFERSON CALUME

1º AUXILIAR: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA

2º AUXILIAR: DRA. JULIANA RESENDE

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇÃO

ANESTESISTA: DRA. MARIA DA CONCEIÇÃO

01. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA;

02. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MSD;

03. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS;

04. REALIZADO INCISÃO POR VIA POSTERIOR EM BRAÇO DIREITO;

05. DISSECÇÃO POR PLANOS E REALIZADO HEMOSTÁIA, IDENTIFICADOS E ISOLADOS NERVOS ULNAR E RADIAL EM BRAÇO DIREITO;

06. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM DIÁFISE DO UMERU COM TRAÇO LONGITUDINAL EM FRAGMENTO DISTAL;

07. REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA EM FRAGMENTO DISTAL E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM, INTERFRAGMENTÁRIOS;

08. REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA E APOSIÇÃO DE PLACA DCP ESTREITA 4,5MM, 08 FUROS, E FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS E 03 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS;

09. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO IMPLANTE COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS;

10. LIMPEZA COM SF0,9%;

11. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 1-0 E NYLON 3-0;

12. DRENO ASPIRATIVO 3,2;

13. CURATIVO ESTÉRIL;

14. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL DO MSD.

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**Manoel Oliveira Ferreira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM PE 24589DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR  
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Atendimento: 467489

Dt Atendimento: 28/02/2019 - 23:35

Dt Alta: 05/03/2019 - 15:59

Paciente: 123397 JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 63 ORTL-509-LEITO 003

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: DARLIANEDSL

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta  
ENF. FLAVIA

DARLIANE DA SILVA LIMA

**Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais**

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





**LEITO:**

~~Dra Ianele Brage~~  
~~Ortopedia / Traumatologia~~  
~~08/01/2018~~

07:00

~~A Lot~~

MA: AS MEMOS  
+ PRECISE CURE ESTABLISH  
S/ OVERALL ALBIS NO  
NO MAMMO  
REG ORIGINALLY CONSCIOUS  
FURNISHED APPROX  
MSO- TAO WITH POWER  
NV ⊕  
CO: AG. CIRCUITS.  
AG. PRE-OP



**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO -**  
**TRANSFERÊNCIA - AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA/**  
**BUCOMAXILOFACIAL** (42) 5632675

**NOME:** JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE **REG:**123397

**IDADE:** 25 ANOS **SEXO:** M **DATA DA ADMISSÃO :** 28/02/2019 **DATA DA ALTA** 03/03/19

**QP:** DOR EM BRAÇO DIREITO SONOLENCIA E TONTURA APÓS ACIDENETE MOTOCICLISTICO

**HDA:** PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3 DIAS , COLISAO CARROXMOTO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR E PRANCHA. COM RELATO DE PERNA DE CONSCIENCIA , SEM NAUSEAS OU VOMITOS. FEITO ATLS E TOMOGRAFIAS PRIMARIAS SEM ALTERAÇÕES . EVOLUIU COM PERSISTENCIA DE SONOLENCIA, CEFALIA TONTURA . ALEM DISSO DOR E DEFORMIDADE EM BRAÇO DIREITO. FEITO NOVA TAC DE CRANIO DIA 02/03 ONDE FOI EVIDENCIADO COLEÇÃO HIPERDENSE EXTRA-AXIAL EM REGIAO FRONTOPARIETAL DIREITA CORRESPONDENDO A HEMATOMA SUBDURAL, ALEM DE DESVIO DE LINHA MEDIA. APRESENTA TAMBEM MULTIPLAS FRATURAS EM OSSOS NASAIS E ETMOIDE.

**AP:** NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

**EXAME FÍSICO:** REG ORIENTADO CONSCIENTE HIDRATADA AFEBRIL CORADO EUPNEICO NORMOTENSO HIDRATADO

**AR:** MV + SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, FR= 14 IRPM, SPO2= 97%

**ACV:** BNF 2T SS RR FC- 80 BPM PA 130X80 MMHG

**ABD:** SEM ALTERAÇÕES

**NEUROLÓGICO:** GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE

**EXTREMIDADES:** APRESENTA DOR EDEMA E DEFORMIDADE EM BRAÇO DIREITO SEM LESÃO DE PELE NV PRESERVADO. APRESENTA HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIAO FRONTAL E ESCORIAÇÕES EM FACE

**HD:** FRATURA FECHADA DA DIAFISE DO UMEROS DIREITO

**TCE**

**FRATURA DE OSSOS DA FACE**

**PAULISTA, 03 DE MARÇO DE 2019**

**ATT.**

*Dr. Samuel Moura*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 28.658

**ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM**



**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE REG: 123397

IDADE: 25 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 28/2/2019 DATA DA ALTA 05/03/19

DIAGNÓSTICO: Fratura diafisária de Ulna Vinte

**TRATAMENTO REALIZADO:**

CIRURGIAS: Rafi com parafusos intramedulares + placa VCP e parafuso (04103111)

**ORIENTAÇÃO:**

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
  - USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
  - AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia
  - PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA ( )
- Não pisar peso em membro operado

**PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ( ) 02 SEMANAS

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:   /  /  

Dr. Wilson Tiburcio de Moraes  
MÉDICO  
CREMEPE - 27862

  
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPre...



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -  
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134001018**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/04/2019** às **12:32**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **27/2/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RODOVIA PE 049, PROXIMO A ASSEMBLEIA DE DEUS - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )  
GEILZA GOMES DA CRUZ ( NOTICIANTE )  
ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO ( OUTRO )  
JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE ( OUTRO )  
JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO ( VITIMA )



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**

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

**JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO (não presente ao plantão) - NIC: 0000 Sexo: Masculino Mãe: VALDECI DIAS DE ALENCAR Pai: JOSE GABRIEL DE ALMEIDA Data de Nascimento: 12/7/1986 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GOIANA, 05, RUA DO ROSARIO, 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GEILZA GOMES DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE LOURDES GOMES Pai: MARINALDO BERNARDINO DA CRUZ Data de Nascimento: 13/12/1984 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Telefones Celulares: - 881704901**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RUA NOVA DIVISAO, S/N - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPre...

**ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo:**  
**Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil:  
**DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

**JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo:**  
**Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil:  
**DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD5492** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **585862738** Chassi:  
**SC2KG1670DR436325**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

#### Complemento / Observação

**INFORMA A NOTICIANTE QUE NA DATA RETRO, NO ENDEREÇO SUPRA MENCIONADO SEU MARIDO SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO ONDE UM VEICULO SENDO CONDUZIDO POR UM ASTRA PRATA DE PLACA KHG 4973, CONDUZIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, CHEGOU A COLIDIR NO VEICULO EPIGRAFE, ONDE CHEGOU A CAÍREM NO CHÃO, O QUAL SEU MARIDO ESTAVA NA GARUPA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, O QUAL CHEGOU FALECEU NO OUTRO DIA O SR. JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO TENDO EM VISTA DE UM EDEMA CEREBRAL, HEMORRAGIA CARDIACA E TRAUMATISMO ENCEFALICO, TENDO O CONDUTOR JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE FRATURA DE DIAFASE DE UMERU DIREITO, SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, A VISTA DAS DOCUMENTACOES LEGAIS ENCERRO O PRESENTE REGISTRO**

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

*Geilza Gomes da Cruz*  
**GEILZA GOMES DA CRUZ**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO** - Matrícula: **3870570**

**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DE GOIANA**  
**44ª CIRCUNSCRIÇÃO**





**SINISTRO 3190354406 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO****CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME****BENEFICIÁRIO JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE****CPF/CNPJ: 08676193410****Posição em 19-06-2019 08:50:04**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/06/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE  
- PE - CEP: 50080-800 - F:( )

Processo nº **0068840-64.2019.8.17.2001**

AUTOR: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

RÉU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

## DESPACHO

Vistos etc.

Defiro a gratuidade da Justiça.

Considerando a norma processual fundamental da duração razoável do processo (art. 4º, NCPC) e a possibilidade de conciliação em qualquer fase do processo (art. 3º, NCPC), considerando que nas ações relativas à cobrança de seguro DPVAT o êxito nas conciliações é mais provável após realização de perícia, cite-se a parte demandada para, querendo, ofertar defesa nos moldes do art. 335 e ss. do NCPC, no prazo de 15 dias (art. 335, III, c/c 219, do NCPC), sob pena de revelia.

Recife, 18 de outubro de 2019.

**IASMINA ROCHA**





**Juíza de Direito**





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário

**DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,  
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção A da 7ª Vara Cível da Capital  
Processo nº 0068840-64.2019.8.17.2001  
AUTOR: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

RÉU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

RECIFE, 1 de novembro de 2019.

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

**Destinatário(s):**

**Nome:** TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

**Endereço:** AV ENGENHEIRO DOMINGOS FERREIRA, 345, PINA, RECIFE - PE - CEP: 51011-051

Através da presente, fica V. Sa. **CITADO(A)** para tomar ciência de todos os termos da ação em epígrafe, que tramita perante o Juízo acima indicado, e integrar a relação processual, bem como **INTIMADO(A)** para oferecer contestação, tudo conforme decisão prolatada, em anexo, e diante da petição inicial, cujo teor pode ser consultado por meio do endereço eletrônico fornecido neste documento.

**Prazo:** O prazo para responder a ação, querendo, é de **15 (quinze) dias**, contados da juntada do Aviso de Recebimento (AR) aos autos.

**Advertência:** Não sendo contestada a ação no prazo marcado, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo Autor na petição inicial (art. 344 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015).

**Para acessar a Petição Inicial, siga os passos abaixo:**

- 1 – Acesse o link: <https://www.tje.pe.jus.br/contrafelg>
- 2 – No campo “Número do Documento”, digite: 19101809362079500000051743877

Obs.: O presente processo tramita de forma eletrônica através do sistema PJe. Independentemente de cadastro prévio, a parte/advogado poderá realizar consulta através do seguinte endereço eletrônico:

<https://pje.tje.pe.jus.br/1g/ConsultaPublica/listView.seam>

Toda a tramitação desta ação deverá ser feita através do referido sistema, sendo necessária a utilização de Certificação Digital. As instruções para cadastramento e uso do sistema podem ser obtidas através do seguinte endereço na internet: <http://www.tje.pe.jus.br/web/processo-judicial-eletronico/cadastro-de-advogado>

Eu, GUILHERME ANTONIO AMORIM LOBO, o digitei e o submeto à conferência e assinatura(s).





**GUILHERME ANTONIO AMORIM LOBO**  
**Diretoria Cível do 1º Grau**  
**Assina por ordem do(a) Juiz(a) de Direito da Vara**

---

A validade da assinatura deste documento poderá ser confirmada na página do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco: [www.tjepe.jus.br](http://www.tjepe.jus.br) – PJe-Processo Judicial Eletrônico – Consulta Documento [ <https://pje.tjepe.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>], utilizando o número do documento (código de barras) abaixo identificado.





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário

**DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,  
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

---

Seção A da 7ª Vara Cível da Capital  
Processo nº 0068840-64.2019.8.17.2001  
AUTOR: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

RÉU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

**INTIMAÇÃO DE DESPACHO - autor**

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 7ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 52597282, conforme segue transcrito abaixo:

*"Vistos etc. Defiro a gratuidade da Justiça. Considerando a norma processual fundamental da duração razoável do processo (art. 4º, NCPC) e a possibilidade de conciliação em qualquer fase do processo (art. 3º, NCPC), considerando que nas ações relativas à cobrança de seguro DPVAT o êxito nas conciliações é mais provável após realização de perícia, cite-se a parte demandada para, querendo, ofertar defesa nos moldes do art. 335 e ss. do NCPC, no prazo de 15 dias (art. 335, III, c/c 219, do NCPC), sob pena de revelia. Recife, 18 de outubro de 2019. IASMINA ROCHA Juíza de Direito "*

RECIFE, 1 de novembro de 2019.

**GUILHERME ANTONIO AMORIM LOBO**  
Diretoria Cível do 1º Grau





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário

**DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,  
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

---

Seção A da 7ª Vara Cível da Capital  
Processo nº 0068840-64.2019.8.17.2001  
AUTOR: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

RÉU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

**CERTIDÃO DE DEVOLUÇÃO DE AR SEM RECEBIMENTO**

Certifico que, nesta data, faço anexar aos presentes autos a carta devolvida referente a CITAÇÃO/INTIMAÇÃO da TOKIO MARINE SEGURADORA S.A , tendo como motivo de devolução: MUDOU-SE . O referido é verdade. Dou fé.

RECIFE, 5 de dezembro de 2019.

**CARMEM LUCIA CONSTANTINO CABRAL**  
Diretoria Cível do 1º Grau





Nome: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.  
Endereço: AV ENGENHEIRO DOMINGOS FERREIRA, 345, PINA, RECIFE -  
PE - CEP: 51011-051 **SEDEX**  
0068840-64.2019.8.17.2001 ID 53289506 3  
CITAÇÃO/INTIMAÇÃO Seção A da 7ª Vara Cível da Capital

**A) REMETENTE**



EMPRESA BRASILEIRA DE  
CORREIOS E TELÉGRAFOS

<input checked="" type="checkbox"/> Mudança	<input type="checkbox"/> Falado
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não Procura
<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente	
<input type="checkbox"/> Não existe o endereço	
<input type="checkbox"/> Informação descrita pelo portador	
<input type="checkbox"/> REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL	
EM	
<input type="checkbox"/> RUA DESCONHECIDA	
<input type="checkbox"/> Outros	
Data:	Carteiro
	Mat. 8.508.400-6

Atílio Lemos de Oliveira



DIRETORIA CÍVEL DE 1º GRAU DA CAPITAL  
FÓRUM DESEMBARGADOR RODOLFO AURELIANO - 1º ANDAR  
AV. DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/Nº  
ILHA JOANA BEZERRA RECIFE/PE CEP: 50.080-900

( ETIQUETA OU CARIMBO MP )



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

**AR**

<b>DESTINATARIO DO OBJETO / DESTINATAIRE</b>			
NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE			
Nome: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.			
Endereço: AV ENGENHEIRO DOMINGOS FERREIRA, 345, PINA, RECIFE -			
PE - CEP: 51011-051			
CEP / COD		SEDEX	
0068840-64.2019.8.17.2001		ID 53289506	3
DECLARAÇÃO/INTIMAÇÃO		Seção A da 7ª Vara Cível da Capital	
		NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI	
		PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE	
		<input type="checkbox"/> EMS	
		<input type="checkbox"/> SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ	
ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR		DATA DO RECEBIMENTO / DATE DE LIVRATION	
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR		CARIMBO DE ENTREGA UNIDADE DE DESTINO BUREAU DE DESTINATION	
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORGÃO EXPEDIDOR			
RUBRICA E MAT. DO EMPREGADOR / SIGNATURE DE L'AGENT			
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS			

FC0463 / 16

114 X 186mm







AVISO DE  
RECEBIMENTO

**AR**

AVIS CN07

DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT

06 NOV 2019

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

**AGF SÃO JOSÉ**

Dy 1500 0055 3 R2



TENTATIVAS DE ENTREGA / **TENTATIVES DE LIVRAISON**

____/____/____	____/____/____	____/____/____
: h	: h	: h

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

ENDEREÇO PARA  
DEVOLUÇÃO  
RETOUR

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NON OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE

DIRETORIA CÍVEL DE 1º GRAU DA CAPITAL  
FÓRUM DE DESEMBARGADOR RODOLFO AURELIANO  
AV. DESEMBARGADOR GUERRA BARREIRA, Nº 100  
ILHA JOANA BEZERRA RECIFE/PE CEP: 50.060-900

BRASIL  
BRÉSIL

