



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 072ª CIRCUNSCRIÇÃO - BARREIROS -
DP72ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0162000331**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/03/2019** às
09:46

Complementa o BO Número: 19E0162000324

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **30/12/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 1, ENGENHO
COCAU - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

COLISÃO COM ÔNIBUS (AUTOR / AGENTE)
EDILSON MANOEL DA SILVA (OUTRO)
SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE

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

SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA JOSELITA DOS SANTOS ALBUQUERQUE Pai: FRANCISCO
LAURINDO DE ALBUQUERQUE Data de Nascimento: 26/8/1989 Naturalidade: PALMARES /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 1, ENGENHO COCAU GRANDE - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

COLISÃO COM ÔNIBUS - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDILSON MANOEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDILSON MANOEL DA SILVA,
le estava em posse do(a) Sr(a): SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE



2019/10/31 15:10

2019/10/31 15:10



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DO RIO DE JANEIRO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 07ª CIRCUNSCRIÇÃO - BARREIROS
DEPT. CIRC. INTER. 3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 190162000331

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/03/2019 às
09:46

Correlação com o B.O. Nº. 190162000334

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colisão (Consumado)
que aconteceu no dia 20/03/2019 no período da Manhã

Local: Avenida Rio Branco, Município de TAMBORÉ, 1.º SETOR
Cidade: TAMBORÉ, ESTADO DO RIO DE JANEIRO
1.º SETOR - VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OLÍVIO DOS SANTOS ALBUQUERQUE (AGENTE)
EDILSON MANOEL DA SILVA (VÍTIMA)
RIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (baseado na descrição da ocorrência): 01 - CARRO BRANCO
02 - CARRO VERMELHO

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

RIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE (presente no plantão) - Sexo
Masculino, MARIA JOSEFA DOS SANTOS ALBUQUERQUE (presente no plantão)
LAURINDO DE ALBUQUERQUE Data de Nascimento: 20/03/1958, BAIANOS
PERNAMBUCO (BRASIL)
Cidade: TAMBORÉ, Município de TAMBORÉ, 1.º SETOR, Cidade Grande - CEP:
22040-000 - Bairro: CENTRO - TAMBORÉ, PERNAMBUCO (BRASIL)

COLÍSIÃO COM ÔNIBUS - RUA DE AVENIDA NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Fone de Contato no
estabelecimento contatado: - Telefone da Unidade: -

OLÍVIO MANOEL DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino, não identificado, NÃO INFORMADO, PERNAMBUCO (BRASIL)

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

NOTICIELA (VEÍCULO) de propriedade da(s) pessoa(s) EDILSON MANOEL DA SILVA,
que está em posse da(s) pessoa(s) RIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE



Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/inv/.infopol/xml/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJK3345** (PERNAMBUCO/TAMANDARÉ) Chassi: **9C2JC41109R034777**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE, JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADO COMO VITIMA. A VITIMA ALEGA QUE SOFREU UM ACIDENTE ENQUANTO PILOTAVA UMA MOTOCICLETA indo SENTIDO O ENGENHO CUCAU, MAS ACABOU BATENDO EM UM ÔNIBUS E DESEQUIBROU-SE DA MOTOCICLETA NO ENGENHO ALDEIA. A VITIMA FICOU NO CHÃO E A AMBULANCIA DA USINA CUCAU REALIZOU O RESGATE, MESMO TENDO ACIONADO O SAMU, MAS O SAMU NÃO CHEGOU. A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA RIO FORMOSO POREM ELE FOI SOCORRIDO PARA O DOM HELDER NO CASO DE SANTO AGOSTINHO. ASSIM NADA MAIS A DECLARAR ENCERRO ESTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

Sivaldo dos Santos Albuquerque
SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: BERTRAND DARDENNE DE ALBUQUERQUE - Matrícula:
3873129 20/03/2019



[illegible]

DIVISION OF THE ARMY
 (AMT)

[illegible]



DECLARAÇÃO DE ISENTO

Eu, Sivaldo dos Santos Albuquerque brasileiro (a), (estado civil) Solteiro (profissão) Trabalho Rural, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº 8.345.950 e inscrito (a) no CPF/MF sob nº 102.714.034-38 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, 24 de Outubro de 2019.

X Sivaldo dos Santos Albuquerque
(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

Scanned by CamScanner



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilson Manoel da Silva,
RG nº 5676818, data de expedição 06/04/2018,
Órgão SdS-PE, portador do CPF nº 036239624-81, com
domicílio na cidade de Itamarandé, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Local grande, São Rual/Sauí, nº 121,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sivaldo dos Santos Albuquerque cujo o condutor era
Sivaldo dos Santos Albuquerque.

Veículo: PAS MOTOEICLETA
Modelo: HONDA/CG 125 FANKS
Ano: 2009/2009
Placa: KJK 3345
Chassi: 9C2JC41109R034777
Data do Acidente: 30/12/2018
Local e Data: Paraná, 24/05/19



Edilson Manoel da Silva

Assinatura do Declarante

Sivaldo dos Santos Albuquerque

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



BARREIROS CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Titular: MARIA LUIZA DE MORAES COSTA
Telefone: (81) 36751-481

Reconheço por Autenticidade a letra firma de EDILSON
MANOEL DA SILVA. Dou fé. Em Teste da verdade.
Maria Luiza de Moraes Costa. Tabelião. Emolumentos R\$
3,59 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$
0,40

Selo: 0076372.GPR05201901.00273 24/05/2019 09:05:12
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





DECLARAÇÃO

Sivaldo dos Santos Albuquerque Brasil
leitor, solteiro, hab. Rural, portador da Cédula de Identidade
RG nº 8.345.950, inscrito no CPF/MF sob o número 102.714.034-38
residente e domiciliado na
Eg. Pocal Grande, nº 121,
Sane Rural Gual, Itamarandare - PE, 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 aceção.

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, 24, Outubro de 2019.

x Sivaldo dos Santos Albuquerque
(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 011239674192
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 139790497 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME
EDILSON MANOEL DA SILVA

TAMANDARÉ-PE 0

CPF / CNPJ 036.239.624-81 PLACA KJK3345

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2JC41109R034777

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA / COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN R3 ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. / POT. / CIL 2P / 124CL CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª *****

IPVA 2015 QUITADO 2ª *****

FAIXA I.R.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 3ª *****

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

SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TAMANDARÉ 02/03/15

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 011239674192 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDILSON MANOEL DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TAMANDARÉ-PE EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 02/03/15

VIA 1 CPF / CNPJ 036.239.624-81 PLACA KJK3345

RENAVAM 139790497 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN R3

ANO FAB. 2009 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JC41109R034777

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.609/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



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:
	102.714.034-38	Sivaldo dos Santos Albuquerque

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

Nome completo:	CPF:
Sivaldo dos Santos Albuquerque	102.714.034-38
Profissão:	Número:
Trab. Rural	121
Endereço:	Complemento:
Eg. Cocal Grande	Casa
Bairro:	Estado:
Saué Rural / Saué	PE
Cidade:	CEP:
Tomarama	55578-000
E-mail:	Tel. (DDD):
administrativap@plycads.com.br	(81) 9751-5587

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2124 ☐ CONTA: 01300013369 ☐	AGÊNCIA: CONTA:
(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 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 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.

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: Vivos: _____ Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Sivaldo dos Santos Albuquerque

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.

FPS.001 V001/2018



SINISTRO 3190365582 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE

CPF/CNPJ: 10271403438

Posição em 26-10-2019 12:05:23

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/10/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





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

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

"AD JUDICIA"

Sivaldo dos Santos Albuquerque, Brasileiro,
Solteiro, Ind. Rural, portador da Cédula de Identidade RG nº
8.345.950, inscrito no CPF/MF sob o número 102.714.034-38, residente e
domiciliado(a) na Eg. Local Grande,
nº 121, Sane Rural/Sane, Itamarandare - 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 judicium" 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.

Barreiros, 24, Outubro de 2019

Sivaldo dos Santos Albuquerque

(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

Scanned by CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 07R-53

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FAVARES JUREL

101

IDENTIFICAÇÃO

Sivaldo dos Santos Albuquerque

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.345.950

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/07/2007

NOME << SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE >>

FILIAÇÃO << FRANCISCO LAURINDO DE ALBUQUERQUE >>
<< MARIA JOSELITA DOS SANTOS ALBUQUERQUE >>

NATURALIDADE PALMARES - PE

DATA DE NASCIMENTO 26/08/1989

TÍTULO ELEITOR << CN.16761 L.A16 F.245 CART.ÁGUA
PRETA-PE 16.09.1996 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

F-25 61.243 3123

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

102.714.034-38

Nome

SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE

Nascimento

26/08/1989

CAIXA

POUPANÇA

603689 0010 57147 9526

04/21

SIVALDO S ALBUQUERQUE

2124 013 00013369-0

MasterCard

débito



REPUBLICA DE CHILE
Ministerio de Justicia
FOLIO 100
CARTERA 100
EXPEDIENTE 100
FOLIO 100
CARTERA 100
EXPEDIENTE 100



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Sivaldo das Neves Albuquerque Registro: _____ Nº Atendimento: _____

Idade: 29 Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clínica: Ortopedia Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: 1º Dor de modo no 8º e 9º

História da Doença Atual:

paciente apresenta dor de modo no 8º e 9º
de modo - o paciente relata trauma
com o dedo.

Interrogatório Sintomatológico:

sem dor

Dr. Mávinier Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18569



Exame Físico:

defendidos ótimos
do caso

Antecedentes Pessoais:

Não

Medicações em Uso

Não

Antecedentes Familiares:

Não

Hipótese Diagnóstica Principal:

fratura sacrocaudária
(D)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Acidologia específica de
fratura

Cabo de Santo Agostinho

30/12/19

D^o Maxinier Mendes de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10000

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95 CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO FORMOSO
FORMULÁRIO PARA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM	Hospital Municipal Rio de Janeiro		UNIDADE DE DESTINO	Trauma	
	Nº PRONTUÁRIO			SENHA: 5	111
NOME:	Sivaldo dos Santos Albuquerque			IDADE:	29
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	fratura em MIB.				
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:					
paciente vítima de acidente de trânsito (ciclone) no moto e colidiu com caminhão. Sem perda de consciência; sem vômitos. Apresenta-se consciente e orientado com praxias intactas em membros direito. RA: 140 x 80 mmHg (após expansão venosa) FC: 80 bpm; em ar ambiente. Apresenta dor importante aguda em MIB. Glasgow 15. 20					
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		Dra. Natália Lyra Médica CRM-RJ 27.497 NOME E CARIMBO			
UNIDADE MÓVEL:		() SAMU		(X) AMBULÂNCIA	
		() UTI MÓVEL			
OBSERVAÇÃO		1			
		PROFISSIONAL RECEPTOR			



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/12/2018 07:19

	Nome Paciente:	SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	30/12/2018
	Sexo:	Masculino
	Idade:	0 Meses
	Senha:	0011
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 30/12/2018 07:26 - 30/12/2018 07:27

ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor:  VERMELHO

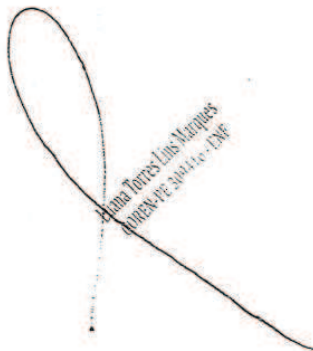
Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DE RIO FORMOSO SENHA: 5587692. RELATA COLISAO MOTO - ONIBUS. RELATA NÃO ESTAR USANDO O CAPACETE COM DOR EM REGIAO DO QUADRIL E MMII

Observação: P.A : 100/70MMHG.
HIPOCORADO(++/4+)

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SSVV ALTERADOS

Especialidade: CIRURGIA GERAL


Angela Torres Lima Marques
COREN-PE 300116 - TAFE

Acolhido(a) por: ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/12/2018 07:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 31/10/2019 15:10:51

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19103115105182200000052394524>

Número do documento: 19103115105182200000052394524

Num. 53244239 - Pág. 4



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 475806

Data e Hora do Atendimento: 30/12/2018 07:42

Usuário do Atendimento: ANAKPC

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE

Prontuário: 112358

Nome da Mãe: MARIA JOSELITA DOS SANTOS ALBUQUERQUE Nome do Pai: FRANCISCO LAURINDO DE ALBUQUERQUE

Data do Nascimento: 28/08/1989

Idade: 29 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 8345950

SDS PE Data Emissão: 25/07/2007

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: PALMARES

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 708000317722824

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: ENGENHO COCAU

CENTRO

Cidade: TAMANDARE

PE

CEP: 55578000

Fone: 99483048

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 07

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 30/12/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

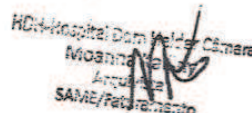
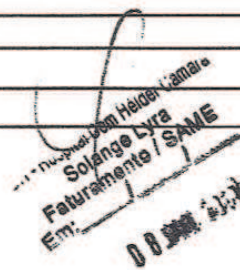
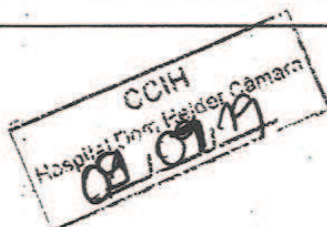
Procedimento: _____

Data em: ____/____/____ Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 475566

Senha da Classificação:

0011

Data e Hora: 30/12/2018 07:31

Paciente: 112358 SIVALDO DOS SANTOS ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 26/08/1989 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA JOSELITA DOS SANTOS ALBUQUERQUE Nome do Pai: FRANCISCO LAURINDO DE ALBUQUERQUE
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: ENGENHO COCAU PE Bairro: CENTRO
Cidade/UF: TAMANDARÉ PE Usuário Atendimento: ANDERSONFMS
RG (Identidade): 8345950 SDS PE Data de Emissão: 25/07/2007
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 99483043
Cartão SUS: 708000317722824 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

PACIENTE, CORTADOR DE CANA PERDEU O CONTROLE
DO MOTO NO CAMINHO PARA O TRABALHO.
NÃO RECORDE BEM DO ACIDENTE.
AP: NENHUMA, NAS ALERGIAS.

Exame Físico

EG: BOM, DESCORADO 11/14, ACIANOTICO, ANICTERICO, CONSCIENTE,
ORIENTADO.
ABD: PLANO, DEPRESSIVO, DOLOROSO A PALPAÇÃO EM
FIC. DOA A DESCOMPRESSION DURA DOA EM FIC.
MED: 4 DE DOA INTENSA EM FIC. DOA.
PA: 100 x 70 mm Hg, FC: 84 bpm

História Diagnóstico

- POLI TRAUMATISMO
- FRATURA DE FÊMUR?

Conduta Terapêutica

- RXs DO TRAUMA + RX DO COTO DIR AP: BOM
- TRAT DO COTO E ABD TOTAL SEM CONTRASTE
- SOLICITA ANALGÉSICO DA ORTOPEDIA.

Prescrição Médica

- 1 DIA DE FIC
- 1 SPB 9% 2000 ml IV AGORA Y
- 1 DILUIÇÃO 100 mg 2 amp + AD IV 6/6h
- 1 PROFENID 100 mg 1 amp + 100 ml SPB 9% IV 2/2h
- 1 CLO 6 + 55V

ATENDIDO

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
NOME DO PACIENTE: _____

Carimbo/Médico

Dr. Diogo Tabosa
Cirurgia Geral
CRM-PE 18.430

ATENDIDO



#Quadrado
para ser sulado de guiso
de. moto com veneno em
MID.

Do exen ECG (S)
S/ S. mai d TCE

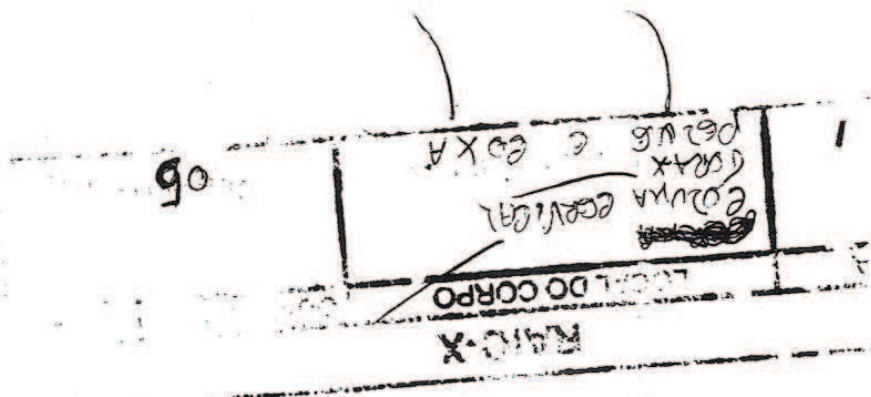
AD: Jurema / S. S. K. C. L. (S)
AO R.

CS: Jurema L. Z. C. e Tala.
Intenendo. E. J. - P. C. L. C.

LAB
384845
22/12

José de Souza Lins
Téc. Imob. Ortopédica
R.G. 0333 - Arago - PE

Dr. Maximiliano Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18588



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Eládio dos Santos Albuquerque Data: 31/12/18 Hora: 15:00 Registro: 112358
Convênio: PUS Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Rafael Anestesiista: _____
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Thiallen

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Reparo de fratura de fêmur Início: 15:10 Término: 18:40
Anestesia: Rapida Início: 15:10 Término: 18:40

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom () Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

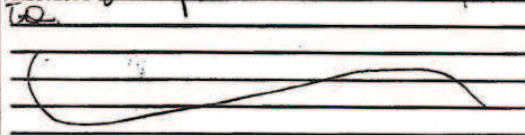
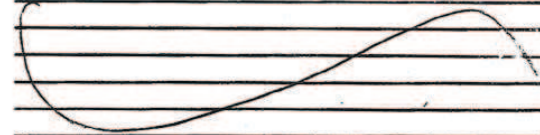
5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artoscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa ()
Carro de Anestesia () Diprofusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

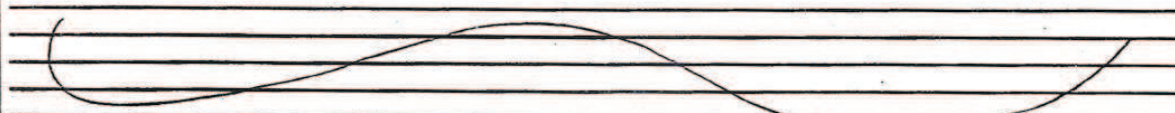
5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()
Punção Venosa: Sim () Não ()
Sonda Gástrica: Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: no ficha de anestesia CIRURGIA: no
 

6 - OBSERVAÇÕES:



7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. IntensivA () LICOR () UTI () Aptº () Residência ()

Data: 31/12/18 Hora: 19:00 Enfermeira: Rafaela Circulante: Adriana Lima

911.257

CÓD. 38607



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]



**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**

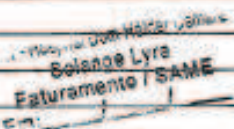


GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Guinaldo dos Santos Registro: 112358

Clinica: _____ Enfermaria: 401 Leito: 01

Data/Hora	# Serviço Social #
03/01/18	Realizada contato com o setor de transporte do município de Tamandaré. Solicitado, seguimos monitorando.
	 Cibele Maria da Silva Ferreira Assistente Social CRESS nº 10193 - 4ª Região/PE
	 Município de Tamandaré Serviço Social Faturamento / SAME





**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]

Data/Hora	
02/10/18	* Serviço Social *
	tóp. informe que o alta do pac. foi suspensa. Contato com o município nos foi realizado. Pac. segue aguardando vaga em localidade.
	Jaslene Albino O. Rodrigues Assistente Social CRESS nº 7941 - 4ª Região/PF
	- Atividade com Renner Jairo Solange Lyra Faturamento / SAME R. 11







HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Sivaldo dos Santos Registro: 412358

Clinica: _____ Enfermaria: 401 Leito: 01

Data/Hora	
02/05/19	# Serviço Social# Realizado atendimento a irmã do paciente, prestação de orientações pós-alta e sobre fluxo hospitalar, elaboração encaminhamento para retorno ambulatorial. Realizada tentativas de articulação com o transporte municipal, sem sucesso. Seguimos realizando as articulações necessárias. Juliana Cléria de Nascimento Assistente Social CRESS nº 14.444-4 Registro/PE Dr. Hosana Gonçalves Camelo Solange Lyra Faturamento / SANE Emi





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Siveldo dos Santos Albuquerque Registro: 112358

Clinica: _____ Enfermaria: Unid - Leito: _____

Data/Hora 30/12/18 * Serviço Social
 Realizada visita ao leito, atendimen-
 to social. Pac. acompanhado pelo
 irmão que refere que o mesmo res-
 de com sintomas e dores em
 Tamarandá, onde possui filho
 Brice de 5 anos. Partidos simulação
 dos nomes e notícias do hospital,
 direite por via e seguro DPVAT.

JH - Hospital Dom Hélder Câmara
 Solange Lyra
 Estreito / BAME
 Em: 1/12/18

Jarcilene Albino D. Rodrigues
 Assistente Social
 CRESS nº 7341 - 4ª Região/PF

#CONTORPEDIA

2^a 10^h Paciente em 2020 de fôlego fraco.
 de fôlego fraco com entudo
 geral bom.
 FO SUCO o leite.

Ca. alto Orelha

Da Região 4 de Saúde Saúde
 R. 1000
 Telefone 24113 10000 10000



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Simplicio das Sales Albuquerque Registro: 112358

Clínica: Cardiologia Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Assinatura	Assinatura
30/12/18	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
31/12/18	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
01/01/19	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Silvado dos Santos Albuquerque Registro: 112358

Clinica: _____ Enfermaria: 401 Leito: 01

[illegible]



**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Sivaldo dos Santos Registro: 412358

Clinica: _____ Enfermaria: 401 Leito: 01

Data/Hora	
02/01/19	# Serviço Social# Realizado atendimento a irmã do paciente, prestação de orientações pós-alta e sobre fluxo hospitalar, elaboração encaminhamento para retorno ambulatório. Realizada tentativas de articulação com o transporte municipal, sem sucesso. Seguiremos realizando as articulações necessárias. Juliana Clécio de Nascimento Assistente Social CRESS nº 10.000.44-1 Registro/PE Dr. Hospital Conceder Canale Solange Lyra Faturamento / SAME Em: _____







EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Siveldo dos Santos Albuquerque Registro: 112358

Clinica: _____ Enfermaria: Unid - Leito: _____

Data/Hora 30/12/18 * Serviço Social
 Realizada visita ao leito, atendimen-
 to social. Pac. acompanhado pelo
 irmão que refere que o mesmo res-
 de com sintomas e dores em
 Tamarandá, onde possui filho
 Brício de Saúde. Partidos simulação
 dos nomes e notícias do hospital,
 deite noiva e seguro DPVAT.

JH - Hospital Dom Hélder Câmara
 Solange Lyra
 Estreito / SAME
 Em: 1/12/18

Jarcilene Albino D. Rodrigues
 Assistente Social
 CRESS nº 7341 - 4ª Região/PF

#CONTORPEDIA

2^a 10^h Paciente em 2020 de fotos front.
 de fezes exerce com entoda
 qual Homens
 FO SMO o lepro.

Ca. alto Ortelgual

Da Região 4 de Saúde Saúde
 R. 1000
 Telefone 24113 10000 10000



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Simplicio das Neves Albuquerque Registro: 112358

Clínica: Cardiologia Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Assinatura	Assinatura
30/12/18	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
31/12/18	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
01/01/19	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>



