

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

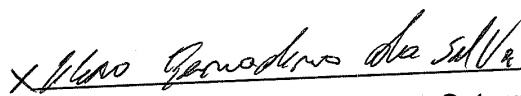
OUTORGANTE: CICERO BERNARDINO DA SILVA, brasileiro, estado civil: solteiro. Profissão: agricultor, inscrito (a) no cpf sob 091.552.494-50 e portador(a) da RG 3337775 SDS/PE. Domiciliado na Rua Manoel Malaquias da Silva, Nº 03 – Centro, Santa cruz do Capibaribe -PE

OUTORGADAS (OS) -DRA. VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 18.789, com escritório na Rua do Riachuelo 189,sala 1201,fone 81-8833-4368,e-mail vivianesouza001@gmail.com. **DRA. MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTE**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife – PE e **DR. BRUNO LEONARDO NOVARS LIMA** , brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 22.090, com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife – PE

PODERES: Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarmar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

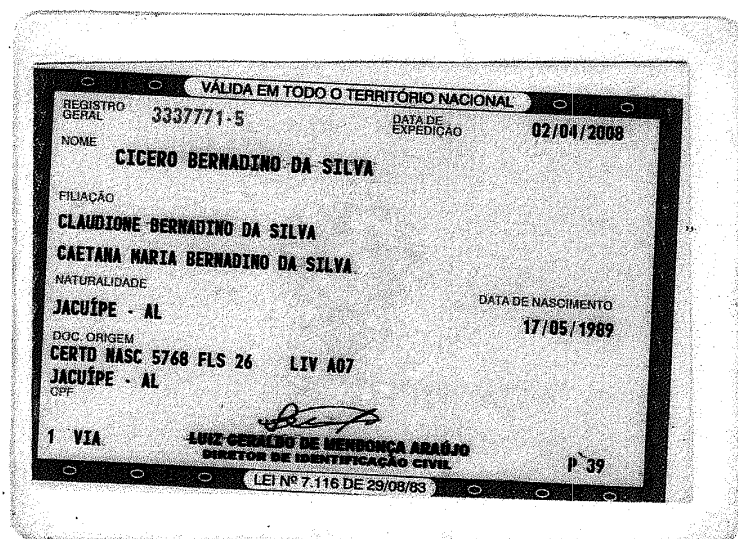
DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu **CICERO BERNARDINO DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 30 de MARÇO de 2020.



CICERO BERNARDINO DA SILVA - Outorgante/Declarante





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



CELPE
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
CARMELUCIA FERREIRA BARBOSA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL MARQUES DA SILVA 85

CPF: 935.449.014-04

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

LOTIO STA TEREZA II/SANTA CRUZ DO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55195-115

Nº DA FATURA FISCAL 082423410

DATA 24/10/2019

Nº DA FATURA FISCAL 24/10/2019

Nº DA FATURA FISCAL 2002154296

Nº DA FATURA FISCAL 3445382

CONTA CONTRATO 7033065145

PERÍODO 10/2019

DATA DE VENCIMENTO 31/10/2019

DATA DE PAGAMENTO 25/11/2019

TOTAL A PAGAR 34,46

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	41,0000000	0,81089952	33,23
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,89
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,54
TOTAL DA FATURA			34,46

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7102220	CAT	23-09-2019	10 580,00	10 721,00	31	1,00000		41,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
OUT 19	41
SET 19	30
AGO 19	30
JUL 19	30
JUN 19	
MAY 19	
ABR 19	
MAR 19	
FEV 19	
JAN 19	
DEZ 18	
NOV 18	
OUT 18	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	8,61
PIS	1,20	0,44
COFINS	5,95	2,05

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição de Energia	R\$	%
Treinamento	1,20	3,48%
Distribuição ()	7,28	21,07%
Perdas de Energia	2,29	6,65%
Energias Setoriais	1,71	4,96%
Tributos	11,08	32,18%
Total	24,46	100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de emissão da fatura o valor da energia é o valor da tarifa social. Para saber mais sobre a tarifa social, consulte o site da CELPE ou a tarifa social no site da ANEEL.

Em caso de suspensão de fornecimento, o cliente deverá pagar o valor da energia consumida no período de suspensão, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ABERTO	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA
Verba	30/05/19	24,00	24/05/19



SINISTRO 3200118754 - Resultado consulta por beneficiário

VÍTIMA CICERO BERNADINO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADO

S/A

BENEFICIÁRIO CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF/CNPJ: 09155249450

Posição em 07-04-2020 09:08:20

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/04/2020	R\$ 3.712,50	R\$ 0,00	R\$ 3.712,50

4/7/2020, 9:08 AM



15/10/2019 11:13



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218003887

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/10/2019 às 11:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 5/10/2019 às 19:30

Fato ocorrido no endereço: PE 128 - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA / PRÓXIMO À PALESTINA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IONARA NUNES DE BARROS (AUTOR / AGENTE)
CLAudemir BERNARDINO DA SILVA (NOTICIANTE)
CICERO BERNARDINO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): IONARA NUNES DE BARROS

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

.....
CLAudemir BERNARDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: CAETANA BERNARDINO DA SILVA Pat: CAETANA MARIA BERNARDINO
DA SILVA Data de Nascimento: 27/12/1999 Naturalidade: JACUIPE / ALAGOAS /
BRASIL Documentos: 10834891433 (CPF) Profissão: OPERADOR Telefones Celulares:
- 51991192672

Residência: **RUA MARIO SEVERINO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 123 - CEP: 55000-000
- Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

CICERO BERNARDINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

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



15/10/2019 11:40

2

Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xm/BOEP...

IONARA NUNES DE BARROS (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 81 - CEP: 8 - Bairro:
CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IONARA NUNES DE BARROS, que
estava em posse do(a) Sr(a): CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/MXR 100 BROS ESDD Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDJ2084 (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Chassi: 9C2KD0810HR469549
Ano Fabricação/Modelo: 2017/2017

→ Descrição: EM POSSE DE CICERO BERNARDINO DA SILVA NO MOMENTO DA
OCORRÊNCIA RENAVAM: 1147179090

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARECE A ESTA DATA PARA RELATAR QUE SEU IRMAO (CICERO
BERNARDINO DA SILVA) SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO NA REFERIDA DATA. AO
SER INDAGADO ACERCA DA DINÂMICA DO ACIDENTE, O NOTICIANTE RELATOU QUE
NÃO SABE COMO TUDO OCORREU E QUE AO CHEGAR AO LOCAL DO FATO A VITIMA
JÁ HAVIA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI
REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS LEGAIS.

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

Claudemir Bernardino da Silva

CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. Registrado por: MARCIA NUNES DE MEGALHÃES FERREIRA - Matrícula:
320124-4



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 01468113146
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 1147179090 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
IONARA NUNES DE BARROS

TAQ. DO NORTE-PE

CPF/CNPJ
120.046.034-02

PLACA
PDJ2084

PLACA ANT/UF

CHASSI
9C2K00610HR460549

ESPECIE TIPO
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/NXR160 BROS E3DD

ANO FAB. - ANO MOD.
2017 - 2017

CAP/POT/CIL
2P/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC/COTAS
1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
1 *****

2ª *****

PRÊMIO TAFIÁRIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84.58

DATA DE PAGAMENTO
25/06/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI

TAQ. DO NORTE-PE

DATA
03/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DEPENDENTE DETRAN/PE





**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **CICERO BERNARDINO DA SILVA**, CPF-091.552.494.50, RG-33.377.715 SDS/AL, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID – **0446**, REG- **25.184** no dia 05 de outubro de 2019, às 20:h e 04min, na PE – 160, Próximo ao posto Maria de Nazaré, com queixa de colisão de moto com carro, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 08 DE SEMTEMBRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU
Assinada por

**MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em 09/10/19

Cláudio B. da Silva



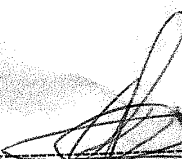


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **CICERO BERNADINO DA SILVA** nascido em 17/05/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 05/10/2019 por volta das **22h53min.**

Santa Cruz do Capibaribe, 10 de OUTUBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Jose Ademir Pereira
Diretor
MAT. 514591

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)



UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0275184 05/10/2019 22:53:38

Paciente: CICERO BERNARDINO DA SILVA

Sexo: M

D. Nasc.: 17/05/1989

Código: 0280863

SUS:

Idade: 30 ANOS

CPF:

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: CAETANA MARIA BERNARDINO DA SILVA

Pai: CLAUDIONE BERNARDINO DA SILVA

Endereço: VILA AUGUSTA 12

Bairro:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: _____

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*paciente chegou na Unidade Triagem
Pela equipe com Colar Cervical e prancha Rigida
Vítima do Acidente de moto, fez uso de Oxi de Naloxone
Exame Físico: Placou 12 fraturas em **MT** e **CD** e **tracado** com **placagem**
TCE Moderado A - com Colar e Placa Cervical 5000 997.
B - com Placa e Placa Cervical 5000 997.
C - com Placa e Placa Cervical 5000 997.
D - com Placa e Placa Cervical 5000 997.*

Diagnóstico Provisório:

*03 bits R+ de crânio/cervical/Torax (Pelo/MT/CD)
1 SRT 1000 ml EV
2 Ceftriaxona 2g + AD (EV)
3 SVO
4 Montel 20% - 2 EA (EV)
5 Amoxiclav 20mg + Dilut (EV)
6 Diclofenac 4mg - 1 EA + AD (EV)*

Condução:

21:15

Carimbo e Assinatura do Médico:

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

CÓPIA AUTORIZADA



21:04

Senha

5786931

HR



Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <90mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quedões (); Dor abdominal sem alterações de SSW (10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO _____



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 169 6052

Nome : ALCANTARA BEZERRA DA SILVA

Foi atendido às 13:40 hs. do dia 29 / 11 / 19

Diagnóstico Provável : _____

- TCC GNRG

- CONFUSÃO CORRELADA PARCIAL

GRUPO 2

- TRATAMENTO COM SEGUROSOS PGM

NEUROLOGIA

Tratamento Realizado : - PACIENTE SEM DESEMPENHO

DISFASIA HOMILÓGICA

- SEM SEQUÊNCIA DE DESEMPENHO

Observação : - SEM CONDIÇÕES PARA EMBOIHA 2

POE COMA (PROGREDINDO)

Cópia de : _____

Médico(a) _____ Nº _____

*Luiz Felipe de Santana
NEUROLOGIA
Data: 29/11/19*

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1696052
Nome: Cicero Bernardino Silva
Foi atendido às 21:14 hs. do dia 06/10/19

Diagnóstico Provável:
1/ Fratura fechada
do osso do punho
esquerda.

Tratamento Realizado:
2/ Tratamento cirúrgico
com fixação externa
Linear.

Observação: Retorno ao Ambulatório
de ortopedia em 07 dias
após alta hospitalar

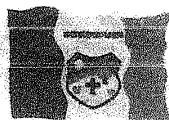
Cópia de:

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





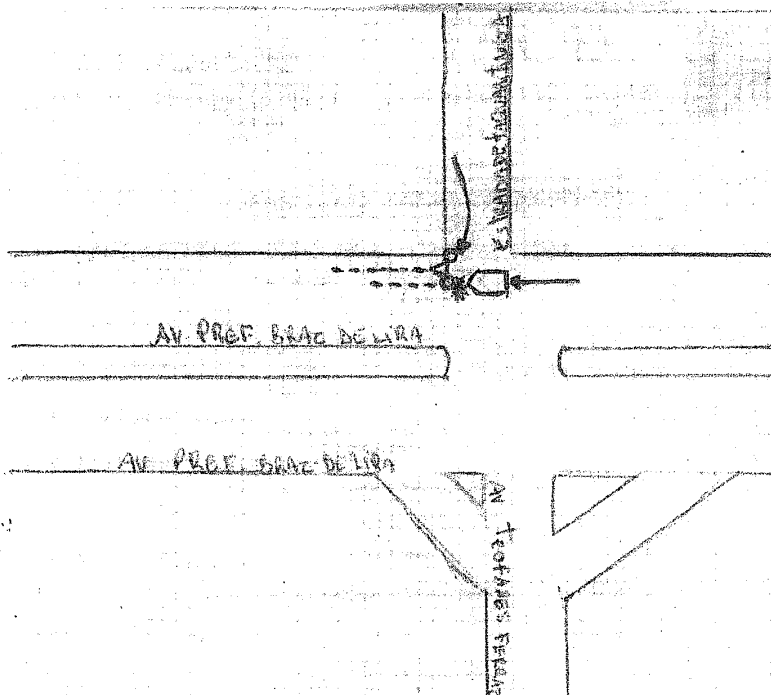
INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE							
DATA 05/10/19	HORA 20:08	FASE DO DIA ☐ DIA ☒ NOITE	MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF PE			
TIPO DE ACIDENTE		SEVERIDADE DA VITÍMA DO ACIDENTE		QUANTIDADE	QUANTIDADE DE VITIMAS	DIA DA SEMANA	
☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ COLISÃO LATERAL ☒ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO TRANSVERSAL ☐ ABALROAMENTO LONGITUDINAL ☐ ABALROAMENTO TRANSVERSAL ☐ CHOQUE ☐ TOMBAMENTO		☐ CAROTAMENTO ☐ ENGAVETAMENTO ☐ ATROPELAMENTO DE PEDESTRE ☐ ATROPELAMENTO DE ANIMAL ☐ OUTRO		☐ FATAL ☐ FERIDO ☐ ILESO	☐ CONDUTORES FERIDOS ☐ CONDUTORES MORTOS ☐ PASSAGEIROS FERIDOS ☐ PASSAGEIROS MORTOS ☐ PEDESTRES FERIDOS ☐ PEDESTRES MORTOS	☐ DOMINGO ☐ SEGUNDA ☐ TERÇA ☐ QUARTA ☐ QUINTA ☐ SEXTA ☒ SÁBADO	
JURISDIÇÃO DA VIA		PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL		DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR			
☐ ESTADUAL ☒ MUNICIPAL		☐ SIM ☒ NÃO ÁREA ☒ URBANA ☐ RURAL		Houve danos ao patrimônio particular dos envolvidos			

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE			
ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO Assinale com um X o local do acidente na área demarcada		IDENTIFICAÇÃO	
		Av. Prof. Braz de Lira SÉNTIDO Av. Prof. Braz de Lira REFERÊNCIA Posto Maria de Nazaré 1	
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)		IDENTIFICAÇÃO	
		SÉNTIDO REFERÊNCIA IDENTIFICAÇÃO SÉNTIDO REFERÊNCIA	

VIA - MEIO AMBIENTE			
SUPERFÍCIE DA PISTA	TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL
☒ SECA ☐ MOLHADA ☐ OLEOSA ☐ INUNDADA ☐ ENLAMEADA ☐ OUTRA	☒ ASFALTO ☐ CONCRETO ☐ PARALELEPÍPEDO ☐ CASCALHO ☐ TERRA ☐ OUTRO	☒ NORMAL ☐ INTERMITENTE ☐ COM DEFEITO ☐ DESLIGADO ☐ INEXISTENTE	☒ BOA ☐ RUIM ☐ INEXISTENTE CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL ☐ BOA ☐ RUIM ☒ INEXISTENTE
CONDIÇÃO DO TEMPO	SITUAÇÃO DA PISTA		PISTA EM OBRAS
☒ BON ☐ CHUVA ☐ NEBLINA ☐ OUTRA	☒ BOA ☐ DANIFICADA		☐ SIM ☒ NÃO VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA (km/h)



Renato Nunes de
Gestor de Realização de Trânsito
MAT 64531



SIMBOLOGIA

- 1 AUTOMÓVEL
- 2 ÔNIBUS OU CAMINHÃO
- 3 VEÍCULO DE DUAS RODAS
- 4 VEÍCULO DE TRÊS RODAS
- 5 MARCHA À FRENTE
- 6 MARCHA À RÉ
- 7 ANTES DO ACIDENTE
- 8 LOCAL DO ACIDENTE
- 9 DEPOIS DO ACIDENTE
- 10 DERRAPAGEM
- 11 CAPOTAMENTO/TOMBAMENTO
- 12 PEDESTRE
- 13 ANIMAL
- 14 OBJETO FIXO

NARRATIVA DO AGENTE

Segundo informações colhidas no local do acidente a V1 avançou o sinal vermelho da semáforo chocando de frente na V2. O condutor da V1 foi socorrido em estado grave pelo SAMU e encaminhado a UPA da cidade de Santa Cruz do Capibaribe.

TESTEMUNHA Nº 01

NOME Anderson da Silva montes		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF 7893741	
DATA DE NASCIMENTO 15/01/1990	SEXO ☒ M ☐ F	TELEFONE (81) 99450 7661	ENDEREÇO (RUA, Nº)
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF

TESTEMUNHA Nº 02

NOME		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, Nº)
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE E DA OCORRÊNCIA

NOME DO AGENTE Renato Nunes da Silva		MATRÍCULA 100508	
POSTO	VIAJURA	OCORRÊNCIA	ASSINATURA





VEÍCULO Nº 01

NOME DO PROPRIETÁRIO: JOVANA NUNES DE BARROS

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO):
Não obtivemos esta informação no local

MUNICÍPIO: _____ UF: _____ MARCA: HONDA MODELO: NAR 160 BROS ESD PLACA/UF: PDJ 2034/PE

TIPO DE VEÍCULO:

☐ AUTOMÓVEL	☐ MICROÔNIBUS
☐ BICICLETA	☐ TRATOR
☒ MOTOCICLETA	☐ TRACÇÃO ANIMAL
☐ CAMIONETA	☐ CAMINHÃO
☐ CAMINHONETE	☐ CARGA
☐ ÔNIBUS	☐ OUTRO: _____

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (PI): _____ ESTADO DOS PNEUS: ☒ BOM ☐ RUIM

INFRAÇÕES CONSTATADAS:

☐ SIM ☒ NÃO

AUTO DE INFRAÇÃO: _____

CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES): _____

DIAGRAMA DE AVARIAS:

FE	EC	ED
LE	LD	TE
TC	TD	

LEGENDA:

FE - FRONTAL ESQUERDO
EC - EIXO CENTRAL
ED - FRONTAL DIREITO
LE - LATERAL ESQUERDO
LD - LATERAL DIREITO
TE - TRASEIRO ESQUERDO
TC - TRASEIRO CENTRAL
TD - TRASEIRO DIREITO

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS:

☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO
☐ REMOÇÃO DO VEÍCULO
☐ RECOLHIMENTO DA CNH
☐ RECOLHIMENTO DA PPD
☐ RECOLHIMENTO DO CRV
☐ RECOLHIMENTO DO CRLV
☐ TRANSBORDO DA CARGA
☒ NENHUMA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO CONDUTOR: CICERO BERNARDINO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 17/05/1989 SEXO: ☒ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: 3357771-0 / SDS / AL TELEFONE: _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO):
telefone e endereço não foi possível obter esta informação no local

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

HABILITAÇÃO:

☐ CNH ☐ PERMISSÃO ☐ NÃO HABILITADO ☐ NÃO EXIGÍVEL ☐ ESTRANGEIRA ☒ NÃO APRESENTOU CNH

Nº DE REGISTRO: _____ 1ª HABILITAÇÃO: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

VALIDADE DA CNH: ☐ EM DIA ☐ VENCIDA

USAVA CAPACETE: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

CATEGORIA DA CNH: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ ACC

SITUAÇÃO DO CONDUTOR: ☐ PERMANECIU NO LOCAL ☐ ATENDEU À VÍTIMA ☐ EVADIU-SE ☒ SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR: ☐ MORTO ☒ FERIDO ☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: ☐ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO: ☐ NA FRENTE ☐ ATRÁS ☐ EM PE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA ☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA: ☐ MORTO ☐ FERIDO ☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: ☐ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO: ☐ NA FRENTE ☐ ATRÁS ☐ EM PE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA ☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA: ☐ MORTO ☐ FERIDO ☐ ILESO

INFORMAÇÃO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Chegando no local o condutor do V.I. estava sendo socorrido pelo SAMU em estado grave, a motocicleta apresentava várias curvaturas.

VISTO
Renato Nunes de Lira
Gestor de Fiscalização de Trânsito
RAT. 64804

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº 0,1

NOME _____ IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF _____
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ SEXO ☐ M ☐ F TELEFONE (____) _____ ENDEREÇO (RUA, Nº) _____ UF _____
ENDEREÇO (BAIRRO) _____ MUNICÍPIO _____

TESTEMUNHA Nº 0,2

NOME _____ IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF _____
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ SEXO ☐ M ☐ F TELEFONE (____) _____ ENDEREÇO (RUA, Nº) _____ UF _____
ENDEREÇO (BAIRRO) _____ MUNICÍPIO _____





VEÍCULO Nº 10.21

NOME DO PROPRIETÁRIO
Não obtivemos esta informação

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)

MUNICÍPIO UF MARCA MODELO PLACA/UF

Tipo de VEÍCULO

☒ AUTOMÓVEL	☐ MICROÔNIBUS
☐ BICICLETA	☐ TRATOR
☐ MOTOCICLETA	☐ TRACÇÃO ANIMAL
☐ CAMIONETA	☐ CAMINHÃO
☐ CAMINHONETE	☐ CARGA
☐ ÔNIBUS	☐ OUTRO

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (M)

ESTADO DOS PNEUS

☒ BOM ☐ RUIM

INFRAÇÕES CONSTATADAS

☐ SIM ☒ NÃO

AUTO DE INFRAÇÃO

CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES)

DIAGRAMA DE AVARIAS

PE	EC	PD
LE		LD
TE	TC	TD

LEGENDA

PE - PRONTAL ESQUERDO
EC - EIXO CENTRAL
PD - PRONTAL DIREITO
LE - LATERAL ESQUERDO
LD - LATERAL DIREITO
TE - TRASEIRO ESQUERDO
TC - TRASEIRO CENTRAL
TD - TRASEIRO DIREITO

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS

☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO
☐ REMOÇÃO DO VEÍCULO
☐ RECOLHIMENTO DA CNH
☐ RECOLHIMENTO DA PPQ
☐ RECOLHIMENTO DO CRV
☐ RECOLHIMENTO DO CRLV
☐ TRANSBORDO DA CARGA
☒ NENHUMA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 10.21

NOME DO CONDUTOR
Odilon Vinícius dos Santos

DATA DE NASCIMENTO
30/07/1979

SEXO
☒ M ☐ F

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF
2464147 SSP PB

TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)

Telefone e endereço do condutor não obtivemos no local

MUNICÍPIO UF

HABILITAÇÃO

☒ CNH

☐ PERMISSÃO

☐ NÃO HABILITADO

☐ NÃO EXIGÍVEL

☐ ESTRANGEIRA

☐ NÃO APRESENTOU CNH

Nº DE REGISTRO
03313562269

1ª HABILITAÇÃO
25/10/2005

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☒ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE

☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

VALIDADE DA CNH

☒ EM DIA ☐ VENCIDA

CATEGORIA DA CNH

☒ A ☒ B ☐ C ☐ D ☐ E

SITUAÇÃO DO CONDUTOR

☒ PERMANECER NO LOCAL
☐ ATENDEU A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR

☐ MORTO
☐ FERIDO
☒ ILESO

PASSEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 1.1

NOME DO PASSEIRO/PEDESTRE

DATA DE NASCIMENTO

SEXO
☐ M ☐ F

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)

MUNICÍPIO UF

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE

☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

POSIÇÃO DO PASSEIRO NO VEÍCULO

☐ NA FRENTE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA
☐ ATRÁS ☐ SEM INFORMAÇÃO
☐ EM PÉ

ESTADO DA VÍTIMA

☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO

PASSEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 1.1

NOME DO PASSEIRO/PEDESTRE

DATA DE NASCIMENTO

SEXO
☐ M ☐ F

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)

MUNICÍPIO UF

USAVA CINTO DE SEGURANÇA

☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE

☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO

POSIÇÃO DO PASSEIRO NO VEÍCULO

☐ NA FRENTE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA
☐ ATRÁS ☐ SEM INFORMAÇÃO
☐ EM PÉ

ESTADO DA VÍTIMA

☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Renato Nunes de Lima
Gestor de Realização de Trânsito
MAT. 64531

O condutor do V2 estava bastante nervoso com acidente estava em estado de choque, o veículo que conduzia teve as duas rodas estouradas a parte frontal do carro danificada com o choque junto a motocicleta.

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

NOME

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

☐ M ☐ F

TELEFONE

()

ENDEREÇO (RUA, Nº)

MUNICÍPIO

UF

ENDEREÇO (BAIRRO)

TESTEMUNHA Nº

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

NOME

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

☐ M ☐ F

TELEFONE

()

ENDEREÇO (RUA, Nº)

MUNICÍPIO

UF

ENDEREÇO (BAIRRO)

