



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0130005943

28/09/2016 07:14

1 de 2

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/09/2016 às 12:58

Complementa o BO Número: 16E0130005591

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia 28/09/2016 às 13:30

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA PE-60 0000000,000 ATE 0000005,000 (), 1, DE FRENTE AO RESTAURANTE DELICIAS NA BRASA - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GERSON (AUTOR/AGENTE)
SARA CANDIDO FERREIRA (OUTRO)
LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GERSON

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

LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AUBENICE MARIA LOURDES DE BARROS PAI: MANOEL SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 16/2/1991 Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7034430/SDS/PE (RG) 08476990436 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: 905220096

Endereço Residencial: RUA VINTE E UM (), 47 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAO FRANCISCO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

SARA CANDIDO FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: NEUZA SERAFIM FERREIRA PAI: DAMASIO CANDIDO FERREIRA Data de Nascimento: 23/6/1967 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5390118/SDS/PE (RG) 02462905419 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Profissão: COZINHEIRO(A) Telefones Celulares: 999944944

Endereço Residencial: RUA VINTE E UM (), 47 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAO FRANCISCO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

GERSON (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: N PAI: N Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SARA CANDIDO FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não

[https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020615484416000000040272556](#)

20/02/2016

Bolain da Ocorrência

Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCR9147** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) **GERSON**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GERSON**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEZ2046** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO/CONDUTOR QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA, AQUI QUALIFICADA, ATRÁS DO VEÍCULO FIESTA QUANDO MOTORISTA DO FIESTA TEVE QUE FREAR BRUSCAMENTE PARA NÃO COLIDIR EM OUTRO VEÍCULO QUE O FECHOU, QUE COM ISSO O QUEIXOSO COLIDIU NA TRASEIRA DO FIESTA, QUE CAIU NA VIA, QUE O CONDUTOR DO FIESTA VENDO A SITUAÇÃO DO QUEIXOSO LIGOU PARA O SAMU, QUE O SAMU CHEGOU E SOCORREU O QUEIXOSO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA ONDE PASSOU POR TRATAMENTO FICANDO LA POR DOIS DIAS. SEM MAIS PEDE FINALIZAR.

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

- *Leandro Fernando de Barros Silva*

LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA
(VITIMA)

SARA CANDIDO FERREIRA
(OUTRO)

Sara Cândido Ferreira

B.O. registrado por: **KLEBER ALVES DE SOUZA FERREIRA** - Matrícula: **319627-5**

<file:///C:/Users/Policial/20X/1/infopol/hnt/BOEPreview.html>

Scanned by CamScanner





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S224156** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o **Sro. Leandro Fernando de Barros Silva**, CPF: **084.759.904-36** RG: **7.034.430SDS PE**; no dia 08 de setembro de 2016, às 13h: 38min, na PE 60 próximo ao Cimentão e Delícia na Brasa Cabo de Santo Agostinho, vítima de queda de motocicleta.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 15 de setembro de 2016.

Atenciosamente,



Krishnamurti Cabral Jr.
Coordenador Geral
SAMU CABO
Mat. 41446

Krishnamurti Cabral Junior
Coordenador Geral do SAMU
Mat. 41446

Endereço: BR -101 km 34 – Centro – Cabo de Santo Agostinho/PE – CEP: 54.510-000
Fone: 3521 – 5108 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com

Scanned by CamScanner



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/09/2016 14:09

Nome Paciente: LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA
Cód. Paciente: 85728
Data de Nascimento: 18/02/1991
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0022
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 333777
SAME:

Período: 08/09/2016 14:30 - 08/09/2016 14:30

LARISSA CARVALHAL BARRET C. DA S. CAMPOS - COREN: 350530 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGÊNCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE CHEGA AO HOSPITAL TRAZIDO PELO SAMU, CONSCIENTE, ORIENTADO, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTO-CARRO) ONDE ERA O CONDUTOR E ESTAVA COM CAPACETE, FRATURA DE 2 QDD COM SANGRAMENTO ATIVO E LESÃO DE TENDÃO. NEGA HAS, NEGA DM, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Observação: TRAZIDO PELO SAMU

Rixograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: LARISSA CARVALHAL BARRET C. DA S. CAMPOS - COREN: 350530 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2016 14:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 333777

Data e Hora: 08/09/2016 14:13

Serinha da Classificação:

TRO.

Paciente: 85726 LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 18/02/1991 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
 Nome da Mãe: AUDENICE MARIA LOURDES DE BARROS Nome do Pai: MANOEL SOARES DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1 CRM: 1
 Endereço: RUA VINTE E UM - SAO FRANCISCO 47 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: LAZARONI
 RG (Identidade): 7034430 SDSPE Data de Emissão: 16/10/2014
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 08475990436 Fone: 083311019
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal Paciente com história de acidente motorizado
 na mão com dor em mus. D. M3- outp.
 quito.

Exame Físico

M3- alige

Hipótese Diagnóstico

Fratura Exposta 2 QD

Conduta Terapêutica

Rx M3, torax, puls. Central

Prescrição Médica

Dipirona 1000 mg 6
 Cel. Lohm 26 12

Dr. Eduardo B. Oliveira

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: ENTIDADE/PACIENTE:

265031





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 333786

Data e Hora do Atendimento: 08/09/2016 16:02

Usuário do Atendimento: RUANAAC

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA

Prontuário: 85726

Nome da Mãe: AUDENICE MARIA LOURDES DE BARROS Nome do Pai: MANOEL SOARES DA SILVA

Data do Nascimento: 08/02/1991

Idade: 25 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7034430

SDSPE Data Emissão: 16/10/2014

CPF: 08475990436

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Escolaridade: FUNDAMENTAL 1A A 4A COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA VINTE E UM

47

CENTRO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54510500

Fone: 983311019

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: LEITO 1

HDH-Hospital Dom Helder Camara
Geisiele Mendes
Faturamento/SAME
DATA 16 SET. 2016

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, 08/09/2016

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Assinatura e R.G. do Responsável

 HOSPITAL DOM HELDER CAMARA Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara IMIP Hospitalar CNPJ: 09.039.744/0008-60	HOSPITAL DOM HELDER CAMARA Fundação Professor Martiniano Fernandes IMIP HOSPITALAR CNPJ: 09.039.744/0001-94	
CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA		
FUND. MARTINIANO FERNANDES Registro: 85726 Nome: LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA Mãe: AUDENICE MARIA LOURDES DE BARROS End.: RUA VINTE E UM Enferm.: LEITO 1	Atendimento: 333786 Leito: 634	Dt. Cad: 8/9/2016 Dt. Nasc: 18/2/1991 Bairro: CENTRO Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO CNS:
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
☒ Confirmação sobre o paciente - Identificação do paciente - Local da cirurgia a ser feita - Procedimento a ser realizado - Consentimento informado realizado ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica ☒ Checagem do equipamento anestésico ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando O paciente tem alguma alergia? ☒ Não ☐ Sim	Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? ☒ Não ☐ Sim e há equipamento disponível Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)? ☒ Não ☐ Sim e há equipamento disponível	
ANTES DE INICIAR A CIRURGIA		
☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam - Identificação do paciente - Local da cirurgia a ser feita - Procedimento a ser realizado Antecipação de eventos críticos: ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? <i>NÃO</i> Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <i>± 40 min</i> ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? <i>NÃO</i> ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? <i>Sim</i>	O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? ☐ Sim ☐ Não se aplica Exames de imagem estão disponíveis? ☒ Sim <i>Rx</i> ☐ Não se aplica	
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA		
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: ☐ Nome do procedimento realizado <i>Ho. enun. Fnat. de abd</i> ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) <i>sim</i> ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente <i>N/A</i> ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido <i>NÃO</i> ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente <i>Sim</i>		

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS - 06/02/2019 15:48:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020615484461500000040272658>
 Número do documento: 19020615484461500000040272658



Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Vítima: LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 7.034.430 SDS/PE	CPF: 084.759.904-36	Datas de nascimento: 18/02/1991
Endereço - RUA VINTE E UM, Nº 47		
Bairro: COHAB		
Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO	CEP: 54.520-520	
Telefone: 81-98522-0096/98331-1019/98699-3479		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Nomeia e constitui sua bastante procuradoras a Sra. **BRUNNA MARQUES PERAZZO**, inscrita na OAB/PE nº 27708, com endereço profissional à Av. Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 1031, Boa Vista, Recife, onde recebe as comunicações de quaisquer atos processuais, a fim de que possa representar o(a) outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, sendo-lhe outorgado os poderes de representação constantes nos art.38 do CPC, inclusive os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, substabelecer, desistir, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso, com o fim de ajuizar ações relativas ao recebimento de diferença ou da integralidade do Seguro Obrigatório, ação de indenização, ou quaisquer outras que forem necessárias para o fiel desempenho do mandato. Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios trinta por cento, do valor recuperado, em favor do Outorgante.

RECIFE, 09 DE JUNHO DE 2017.

Leandro Fernando de Barros Silva
Outorgante

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Vitima: LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA		Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 7.034.430 SDS/PE	CPF: 084.759.904-36	Datas de nascimento: 18/02/1991
Endereço - RUA VINTE E UM, Nº 47		
Bairro: COHAB		
Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO	CEP: 54.520-520	
Telefone: 81-98522-0096/98331-1019/98699-3479		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO.

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS

RECIFE, 09 DE JUNHO DE 2017.

Leandro Fernando de Barros Silva
Outorgante

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Vítima: LEANDRO FERNANDO DE BARROS SILVA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 7.034.430 SDS/PE	CPF: 084.759.904-36	Datas de nascimento: 18/02/1991
Endereço – RUA VINTE E UM, Nº 47		
Bairro: COHAB		
Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO	CEP: 54.520-520	
Telefone: 81-98522-0096/98331-1019/98699-3479		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Fundamento no artigo 1 da Lei n. 7.115/83, *declara* neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, *ser pobre na acepção jurídica do termo*, enquadrando-se na concessão prevista na Lei n. 1060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e "honorários advocatícios", *sem prejuízo do sustento próprio ou da família*.

RECIFE, 09 DE JUNHO DE 2017.

Leandro Fernando de Barros Silva
Outorgante

Scanned by CamScanner

