

## DECLARAÇÃO

Eu Sidney Curo do Silva,  
brasileiro(a), Solteiro Estudante, portador(a) da Cédula de Identidade nº  
9.736.327, órgão expedidor SDS/PE inscrita no CPF/MF sob o  
nº 120.186.634-02, residente e domiciliada (o) na Rua  
Ernido Caspary de Sá, nº 263,  
Bairro Santa Rita, Elvato /PE,  
CEP: 56400-000, **DECLARO**, com base na Lei 7.115, de 29.08.1983, e  
para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05.02.1950, e Constituição Federal, art.  
5º, LXXIV, que nesse MOMENTO, não posso arcar com as custas e despesas desse processo,  
bem como honorários advocatícios, sem sacrifício próprio e de minha família,  
responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Elvato 06/04 de 2016.

X Sidney Curo do Silva  
Declarante



leontias  
cercam  
n evitar  
nizada,  
ico ade-  
n para o  
rços de  
a de um  
nclá-ns,  
de seus  
de voçé  
cidentes  
nrazes e  
o fazem  
nas nos  
ficha-  
es. Use  
ivos de  
pode ter



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 78212 Série 00008-PE

Sidney Cicero da Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Sidney Cicero da Silva  
Loc. Nasc. Floresta Est. PE Data 01/06/1994  
Filiação Cicero Nazario da Silva e de Diomata  
Maria da Silva  
Doc. Nº Int. N.º 9.094, fls. 127, L. 28

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs.:  
Data Emissão 18 / 01 / 2013 SRTE PE

Assinatura do Funcionário







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL

120R-01

Sidney Cicero da Silva

CONSTATAR APLIC. REGISTAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDAMENTO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.736.327

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/05/2013

INSCRIÇÃO  
NOME << SIDNEY CICERO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << CICERO NAZARIO DA SILVA >>  
<< DIOMAR MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE  
FLORESTA - PE

DATA DE NASCIMENTO 01/06/1997

INSC. ORIGEM << CN.9094 L.284 F.127 CART. CARINAUBEIRA DA PENHA-PE 10.07.1997 >>

CNPJ 120.186.634-02

LEI Nº 7.400 DE 20/04/2012

SEN. FERNANDO DINIZ

F-55 62.756 - 4313



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
120.186.634-02

Nome  
SIDNEY CICERO DA SILVA

Nascimento  
01/06/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
69BD.622B.4EA.F77D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:52:53 do dia 18/01/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00







ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - NUH. - 00319 - CENTRO FLORES  
 TA PE 56400-000

CNPJ 09.769.035/0001-64  
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE  
 DIOMAR MARIA DA SILVA MATRÍCULA: 77236270 Jan/2016  
 R EMIDIO QUIRINO DE SA, N. 00263 - - SANTA ROSA FLORESTA PE 5  
 6400-000  
 INSCRIÇÃO: 057 230 410 0548 000 GRUPO: 8 - - DEB. AUTOMÁTICO: 77236270

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL
Y10N197420	01/01/2016	02/02/2016
		TIPO DE CONSUMO (AVE)
		MEDIA HD

ÁGUA:  
 LEIT ANT: 6000 CONSUMO: 10  
 LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA H  
 LEIT FAT: 610

HISTORICO DE CONSUMO  
 REFERENCIA CONSUMO

12/2015	07
11/2015	12
10/2015	07
09/2015	10
08/2015	10
07/2015	14
MEDIA:	10

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	34	34	34
COR APARENTE	34	34	34
CLORO RESIDUAL	34	34	34
COLIF. TOTAIS	34	34	34
E. COLI	34	34	34

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
 (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA  
 (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	33,65

IMPRESSO EM: 11:40:05





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC  
DINTER/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0277000973**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/09/2015** às **10:34**

Complementa o BO Número: **15E0277000958**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **30/8/2015** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA VALE OURO** -  
Bairro: **ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:  
**FAZENDA VALE OURO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO HOUVE ( AUTOR / AGENTE )**  
**LOURILDO MOACIR DA SILVA ( OUTRO )**  
**CALINE KÉNDNA DA SILVA FERREIRA ( TESTEMUNHA )**  
**CICERO JOSÉ DO NASCIMENTO ( TESTEMUNHA )**  
**SIDNEY CICERO DA SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SIDNEY CICERO DA SILVA**

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

**SIDNEY CICERO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DIOMAR MARIA DA SILVA Pai: CÍCEDRO NAZÁRIO DA SILVA Data de Nascimento: 1/6/1997 Naturalidade: FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9736327/SDS/PE (RG), 12018663402 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 87999489352**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 263, RUA EMÍDIO QUIRINO DE SÁ - CEP: 56400-000 - Bairro: SANTA ROSA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, COMPARE 2**

**CALINE KÉNDNA DA SILVA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: DIOMAR MARIA DA SILVA Pai: CICERO NAZARIO DA SILVA Data de Nascimento: 5/3/1992 Naturalidade: FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8767058/SDS/PE (RG), 10193881454 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87999007361**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 263, RUA EMÍDIO QUIRINO DE SÁ - CEP: 56400-000 - Bairro: SANTA ROSA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, COMPARE 2**



**CICERO JOSÉ DO NASCIMENTO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANTONIA MARIA DO NASCIMENTO** Pai: **JOSÉ MANOEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **3/9/1983** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7548153/SDS/PE (RG), 07735419422 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MONTADOR** Telefones Celulares: **- 998098021**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 265, RUA EMIDIO QUIRINO DE SÁ - CEP: 56400-000 - Bairro: SANTA ROSA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL, COMPARE 2**

**LOURILDO MOACIR DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERMINA DE SOUZA CASSIANO** Pai: **MOACIR CASSIANO** Data de Nascimento: **30/12/1979** Naturalidade: **CARNAUBEIRA DA PENHA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6602294/SSP/PE (RG), 06319406429 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87999393104**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARNAUBEIRA DA PENHA, 1, SÍTIO OITÍS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARNAUBEIRA DA PENHA/PERNAMBUCO/BRASIL, SERRA DO ARAPUÁ**

**NÃO HOUVE** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**

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

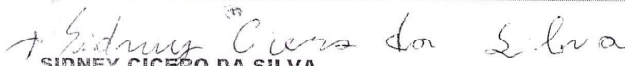
**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LOURILDO MOACIR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIDNEY CICERO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KH08876** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **974701220** Chassi: **9C2KD03308R058724**  
Ano Fabricação/Modelo: **2000/2000** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **HONDA NXR 150 BROS ES**

Complemento / Observação

**SEGUNDO A VÍTIMA QUANDO TRANSITAVA PELA ESTRADA VICINAL QUE LIGA A CIDADE DE FLORESTA A FAZENDA VALE OURO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA NXR BROS 150 ES, NÃO CONHECENDO A ESTRADA VEIO A SE DEPARAR COM UMA CANCELADA, A QUAL ESTAVA ENTRE ABERTA, E NÃO DANDO TEMPO FREIAR TENTOU PASSAR VINDO A BATER O GUIDÃO NA REFERIDA CANCELADA E POSTERIORMENTE CAIR AO SOLO. QUE DA QUEDA RESULTOU VARIAS ESCORIÇÕES PELO CORPO, E UM CORTE PROFUNDO NO DEDO ANELAR ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL PELA PESSOA DE GEORGE LEAL GUEDES., ONDE FOI ATENDIDO E MEDICADO PELO MÉDICO PLANTONISTA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE BOE.**

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

  
**SIDNEY CICERO DA SILVA**  
(VÍTIMA)

**CALINE KÊNDA DA SILVA FERREIRA**  
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **JACKSON HENRIQUE CAVALCANTI DE SOUZA** - Matrícula: **272934-2**





## Dados do processo

Seguradora:  
772 - MBM SEGURADORA

Data de entrada:  
13/11/2015

Nº do Sinistro:  
3150/961235

## Vítima

Vítima: **SIDNEY CICERO DA SILVA**

Endereço: **R. EMIDIO QUIRINO DE SA, 263**

Bairro: **SANTA ROSA**

Cidade: **FLORESTA**

UF: **PE**

CEP: **56400-000**

Código da vítima: **CONDUTOR**

Natureza: **INVALIDEZ**

Data de Nascimento: **01/06/1997**

CPF: **120.186.634-02**

Valor  
(DAMS): **R\$**

Data do Sinistro: **30/08/2015**

## Beneficiário

Beneficiário 1: **SIDNEY CICERO DA SILVA**

CPF/CNPJ: **120.186.634-02**

Data de nascimento: **01/06/1997**

Cidade: **FLORESTA**

UF: **PE**

Banco: **001**

Agência: **1061-8**

Conta: **C/C.24.169-5**

## Histórico

Data	Status	Descrição
21/12/2015	ANALISE SEGURADORA LIDER	PROCESSO ENCAMINHADO PARA SEGURADORA LÍDER. EXIGENCIA CUMPRIDA NESTA DATA
17/11/2015	EXIGENCIA RESINTRAN	PROCURAÇÃO - DA ROSANA CPF - REGULARIZAR CPF DA ROSANA

## Dados do pagamento

Beneficiário	Data	Valor
SIDNEY CICERO DA SILVA	14/01/2016	R\$ 2.362,50







# PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORESTA

## ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO  
**HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ**

CODIGO LOCALIDADE: **000123578**  
ENDERECO: **3 RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO**

LOCALIDADE: **FLORESTA**  
ESTADO: **PE**  
CEP: **56400-000**

NOME: **Richard**  
IDADE: **08**  
DATA DE NASCIMENTO: **01/06/97**  
CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-67): **000000000**

ENDERECO DO LOCAL DE TRABALHO: **Alcina Torres de Araújo, 33 Floresta - PE**

LOCALIDADE: **Floresta**  
ESTADO: **PE**  
CEP: **56000-000**

SEGURADO 1  NESSE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE  
DEPENDENTE 2  NOME: **Quinn de Sá N: 263**

IDADE: **00**  
ENDERECO DA RESIDENCIA: **Floresta**  
ESTADO: **PE**  
CEP: **56000-000**

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-67): **000000000**  
OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis): **000000000**  
NÚMERO: **000000000**  
ÓRGÃO EMITENTE: **000000000**

DATA DO ATENDIMENTO: **05/05/2017**  
RAPETIÇÃO DO ATENDIMENTO: **SIM**  **NÃO**   
MOTIVO DO ATENDIMENTO: **1ª VEZ**  **2ª VEZ**   
HORA DO ATENDIMENTO: **08:30**

Observação: **paciente com dor abdominal, náusea e vômito. História de hipertensão arterial. Medicamentos: metoprolol, hidroclorotiazida.**

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

**paciente com dor abdominal, náusea e vômito. História de hipertensão arterial. Medicamentos: metoprolol, hidroclorotiazida.**

DIAGNÓSTICO: **Acidose Metabólica**  
PROCEDIMENTO: **Acidose Metabólica**  
CID: **000000000**  
CODIGO: **000000000**

NATUREZA DO ATENDIMENTO: **01**  
NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: **HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ**

MEDICAÇÃO: **1 CLÍNICO**   
**2 CIRÚRGICO**   
**3 OBSTÉTRICO**   
**4 PEDIÁTRICO**   
**5 PSIQUIÁTRICO**   
**6 TISOPNEUMOLÓGICO**   
**7 ODONTOLÓGICO**   
**8 OUTRO**

ENCAMINHAMENTO: **1 PARA RESIDENCIA**   
**2 PARA AMS**   
**3 INTERMAÇÃO**   
**4 OUTRO**   
**5 OUTROS**

ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO: **JOSE MAGALHAES DE CARVALHO**  
ASSINATURA DO PACIENTE OU COMITENTE: **Richard**

CARIMBO CRM: **107834-04**  
CPF: **000000000**

INSTRUÇÕES: **Prezados, reavalie todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento. Assine com "X" as quadriculas precedidas de número, marcando a alternativa. São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores da entidade conveniada ou contratado. A declaração falsa é ou fraude sujeita as infrações as sanções dos art. 171 e ou 259 do código penal.**

Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 09/05/2017 13:35:27  
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17050913343646400000019506004  
Número do documento: 17050913343646400000019506004



