

MANOELA TRIGREIRO- ADVOGADA.

OUTORGANTE **TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA**, brasileiro, solteiro, alfabetizado, portador do RG nº Nº 9.417.547 SÉRIE 0040 MT – PB e CPF nº 115.301.134-40, residente RUA MASCENA – 52 – BELA VISTA – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE – PE. **OUTORGADA:** **BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090, **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 e **VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos 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, desarquivar 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.

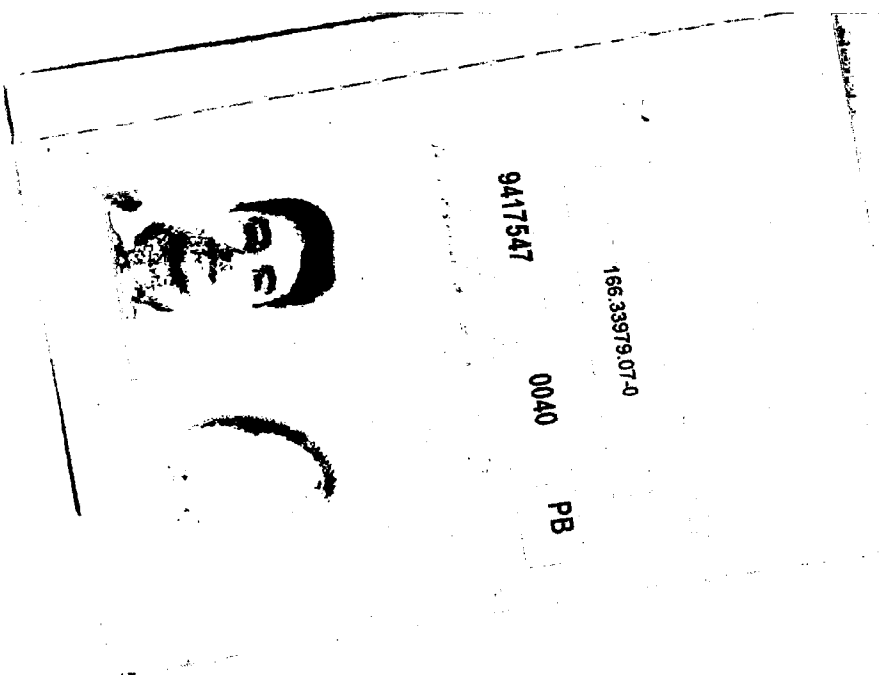
DECLARAÇÃO DE POBREZA: **TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto,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

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 26 de ABRIL de 2019.

Tales Gabriel de Souza Mesquita

TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA - Outorgante / declarante





TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA

FILIAÇÃO..... TANIVAN ALMEIDA DE MESQUITA
REGIANA DE SOUZA CHAVES

NASCIMENTO..... 29/06/1998 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO..... C.N. 06905401551999100068102007608213 - 26/01/2015 - PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

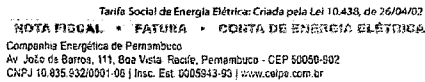
CPF..... 115.301.134-40 CNH.....

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE CAMPINA GRANDE/PB - 04/02/2015

Refeição: Ramalho, Cássio
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MASCENA 52 QD- B

BELA VISTA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIB
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55190-000

CONTA CONTRATO 7015518418 MÊS/ANO 09/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
21/09/2018	17/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	127,55

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	137,0000000	0,75282908	103,13
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,89
Contribuição Iluminação Pública			5,23
ICMS Subvenção-CDE-NF 0208144420-15/07/18			0,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 024267818-17/07/18			0,97
Multa por atraso-NF 027971337-16/09/18			2,26
Multa por atraso-NF 024267818-17/07/18			2,25
Juros por atraso-NF 024267818-17/07/18			1,52
Juros por atraso-NF 027971337-16/09/18			0,41
Atualização IGPM-NF 024267818-17/07/18			0,94
Atualização IGPM-NF 027971337-16/09/18			0,23

127.55

Nº DO MEMÓRIA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA 15-05-2018	LEITURA 7.237,00	DATA 14-08-2018	LEITURA 7.274,00				
3131-22406	CM					29	1,00200		127,00

Mês	Consumo (kWh)
SET 18	137
AGO 18	130
JUL 18	136
JUN 18	152
MAI 18	126
ABR 18	150
MAR 18	125
FEV 18	135
JAN 18	142
DEZ 17	145
NOV 17	137
OCT 17	145
SET 17	116

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pague no ponto mais perto de você! Formas de entrega: a qualquer hora, via frete grátis, pagando 1,50 para cada cruz mal feita. complete em www.celso.com.br. *No dia da leitura é cobrada a entrada em vigor e a Vantagem. Mais informações em www.informagov.br. O cliente é responsável quando há violação na contradição de validade ou no nível de fomento de fornecimento. Pague em até 90 dias. multa 2% (Res. 41/ANAC), juros 1,5% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mais O Cliente é responsável quando há violação de prazo de entrega ou no padrão de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 914/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento em todo o site www3.saia.com.br.



SINISTRO 3180503681 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA**CPF/CNPJ:** 11530113440**Posição em 01-02-2019 13:09:39**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 55,88	R\$ 1.743,38

01/02/2019 13:09





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218004602**

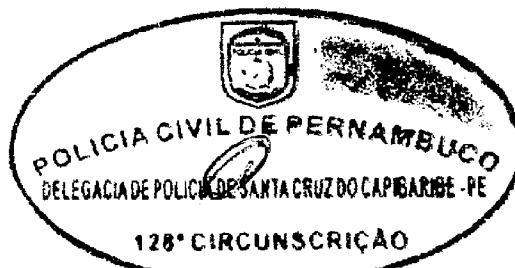
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **10:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/8/2018** às **00:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, ESTRADA DO PARA** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDNALDO LEMOS CHAVES (OUTRO)
TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA**

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

TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **REGIANE DE SOUZA CHAVES** Pai: **TANIVAN ALMEIDA DE MESQUITA** Data de Nascimento: **29/6/1998** Naturalidade: **CAMPINA GRANDE / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **4025200/SSP/PB (RG). 11530113440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO** (A) Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **993156214**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA MASCENA, 52, QUADRA B, BELA VISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



EDNALDO LEMOS CHAVES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNALDO LEMOS CHAVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **MNR3205** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **920957980** Chassi: **9BWCA05W88PG05Z19**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFR2423** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA NO DIA 06 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 00:05 HORAS, SE ENCONTRAVA DIRIGINDO O SEU VEICULO, EM DIREÇÃO DA SUA RESIDENCIA, NA ESTRADA DO PARA, NUMA CURVA UM VEICULO GOL APÓS FAZER A CURVA, ENTROU NA CONTRA MÃO E COLIDIU COM O VEICULO DA VITIMA, LHE DEIXANDO FERIDO NA PERNA, O QUAL FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Tales Gabriel de Souza Mesquita
TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Almir Pereira Barbosa* - Matrícula: **3848779**



Imprimato



SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE



BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

VISTO

Fábio Alexandre Aragão
Sec. Especial de Mobilidade Urbana
Port. SPANº 352/2017

Nº DO BOAT

094 / 20

Nº DA FOLHA

01

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE			
DATA 03/08/2018	HORA 0:16	FASE DO DIA ☐ DIA ☒ NOITE	MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
TIPO DE ACIDENTE		SEVERIDADE DA VITIMA DO ACIDENTE	QUANTIDADE DE VITIMAS
☐ 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
JURISDIÇÃO DA VIA		PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL	DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR
☐ ESTADUAL ☒ MUNICIPAL		☐ SIM ☒ NÃO	DANOS EM DOIS VEÍCULOS
ÁREA		DIA DA SEMANA	
☐ URBANA ☒ RURAL		☒ DOMINGO ☐ SEGUNDA ☐ TERÇA ☐ QUARTA ☐ QUINTA ☐ SEXTA ☐ SÁBADO	
		QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS	
		☒ COM DANOS ☐ SEM DANOS ☐ EVADIDOS	☒ CONdutores feridos ☐ CONdutores mortos ☒ Passageiros feridos ☐ Passageiros mortos ☐ Pedestres feridos ☐ Pedestres mortos

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE			
ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO Assinale com um X o local do acidente na área demarcada	IDENTIFICAÇÃO	ESTRADA DE ACESSO A VILA DE PAMA	
	VIA	BOMBA DE 555 MILVIL - PB	
	REFERÊNCIA	Km 01,500	
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)	IDENTIFICAÇÃO		
	VIA		
	IDENTIFICAÇÃO		
	VIA		
	IDENTIFICAÇÃO		
	VIA		

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 DO TEMPO	SITUAÇÃO DA PISTA		CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL
☒ BOA ☐ CHUVA	☐ BOA		☐ BOA ☐ RUIM ☐ INEXISTENTE
		PISTA EM OBRAS	



CROQUI

VISTO
Fábio Alexandre Arag
 Soc. Educação de Motricidade Urbana
 ROR GP Nº 352/201

SIMBOLOGIA

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

NARRATIVA DO AGENTE

INFORMAÇÕES DE UMA POPULAR DE UMA COLISÃO ENTRE DOIS VEÍCULOS NA ESTRADA QUE VAI PARA A UBA DO PARÁ, CHEGANDO NO LOCAL FOI CONSTATADO O FATO E ACIONADO O SAMU. APÓS O SOCORRO DAS VÍTIMAS FOI FEITO O PROCESSO PARA A UBERAÇÃO DA ESTRADA DE BOMBAZIL COLIDINDO FRENTEMENTE COM UM DOS VEÍCULOS A TELA E O OUTRO A FICAR PARALMENTE DISTÂNCIA A PARTIR FORTA

TESTEMUNHA Nº 01

NOME		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE ()	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		MATRÍCULA	
MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI POSTO 02 OCORRÊNCIA 01 ASSINATURA		306218	



SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE



BOAT
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

VISTO
Fábio Alexandre Aragão
Sec. Executivo de Mobilidade Urbana
Port. GP Nº 352/2017

Nº DO BOAT
094 / 201
Nº DA FOLHA
02

VEÍCULO Nº 01

NOME DO PROPRIETÁRIO: Carla Maria de Souza

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): Rua Manoel de Araújo, nº 448, Povoado

MUNICÍPIO: Santa Cruz do Capibaribe UF: PE MARCA: GM MODELO: Prisma PLACA/UF: PEV-3200

Tipo de Veículo:

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

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

INFRAÇÕES CONSTATADAS:

☐ SIM ☒ NÃO

TIPO DE INFRAÇÃO:

CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES):

DIAGRAMA DE AVARIAS:

☒ FE	☐ EC	☐ FD
☐ LE	☐ LD	☐ TE
☐ TC	☐ TD	

LEGENDA:

FE - FRONTAL ESQUERDO
EC - EIXO CENTRAL
FD - 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: FELIX CARLOS DE SOUZA MACHADO

DATA DE NASCIMENTO: 11/03/1985 SEXO: ☒ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: 4.033.100-5505 PE TELEFONE:

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): R. Manoel de Araújo, nº 448, Povoado

MUNICÍPIO: Santa Cruz do Capibaribe UF: PE

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 A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☒ SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR:

☐ MORTO
☒ FERIDO
☐ ILESO

PASSEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

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 01

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

ESTADO DA VÍTIMA:

☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO

Fábio Alexandre Aragá
 São Francisco de Mafalda Urbana
 Port GP Nº 352/2017

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

O condutor por ser brasileiro não possui o direito de voto, por isso
 não tem direito de votar e nem mesmo fazer sua declaração.

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

NOME		TESTEMUNHA Nº 01		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, Nº)		
ENDEREÇO (BAIRRO)			MUNICÍPIO	UF	

NOME		TESTEMUNHA Nº 02		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, Nº)		
ENDEREÇO (BAIRRO)			MUNICÍPIO	UF	



SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE



BOAT
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

VISTO
Fábio Alexandre Aragão
Soc. Executivo de Mobilidade Urbana
Ror GP Nº 352/2017

Nº DO BOAT
094 / 201
Nº DA FOLHA
03

NOME DO PROPRIETÁRIO
VALAAM JESSE OLIVEIRA DA SILVA

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)

MUNICÍPIO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

UF
PE

MARCA
VW

MODELO
NOVO GOL 1.0

PLACA/UF
PEB-2423

TIPO DE VEÍCULO

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

INFRAÇÕES CONSTATADAS

☐ SIM ☒ NÃO

AUTO DE INFRAÇÃO

CODIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES)

DIAGRAMA DE AVARIAS

FE	EC	FD
LE	LD	
TE	TC	TD

LEGENDA

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

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADA

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

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (M)

ESTADO DOS PNEUS

☒ BOM ☐ RUIM

NOME DO CONDUTOR
SERGIO DE LIMA LINS

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1947

SEXO
☒ M ☐ F

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF
2184959 SSP PB

TELEFONE
8199108-3984

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)
R. G. DUARTE Nº 865 - SÃO DOMINGOS

MUNICÍPIO
PRAIA DA MARINHA DE DEUS

UF
PE

HABILITAÇÃO

☒ CNH

Nº DE REGISTRO
005686217A

1ª HABILITAÇÃO
06/04/1998

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

SITUAÇÃO DO CONDUTOR

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

ESTADO DO CONDUTOR

☐ MORTO
☐ FERIDO
☒ ILESO

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

POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO

☒ NA FRENTE
☐ ATRÁS
☐ EM PE

NO COMPARTIMENTO DE CARGA

☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA

☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO

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

POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO

☐ NA FRENTE
☐ ATRÁS
☐ EM PE

NO COMPARTIMENTO DE CARGA

☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA

☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO

Fábio Alexandre Araújo
 Sec. Executivo de Atendimento Urban
 Ref. GP N° 352/20

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

CONDUTOR SEM CONDIÇÕES EMOCIONAIS PARA FAZER
 A DECLARAÇÃO POR ESCRITO.

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

NOME		TESTEMUNHA N°		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, N°)		
ENDEREÇO (BAIRRO)			MUNICÍPIO	UF	

NOME		TESTEMUNHA N°		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, N°)		
ENDEREÇO (BAIRRO)			MUNICÍPIO	UF	



RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFIRME ART. 369 C.P.C.



**SAMU
192**

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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA** CPF-115.301.134-40 RG-4.025.200-SDS/PB que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID-0010, REG-22.199 no dia 06 de agosto 2018, às 00h 15m, com queixa de colisão de carro com carro, na estrada do Pará, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BASICO (USB)**, que prestou atendimento a vítima no local, e o mesmo foi levado para UPA 24h

De acordo com o registro de informação do **SAMU**, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo, imobilização, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 05 DE SETEMBRO DE 2018.

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora
2501 001925

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
Coordenadora

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM ____/____/____.





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Tuller Gomes de Jesus Lima

Prescrição médica
Exame realizado no Hospital
de Santa Cruz do Capibaribe.
Exame realizado no ambulatório de
Santa Cruz do Capibaribe.
Exame realizado no ambulatório de
Santa Cruz do Capibaribe.
Exame realizado no ambulatório de
Santa Cruz do Capibaribe.
Exame realizado no ambulatório de
Santa Cruz do Capibaribe.
Exame realizado no ambulatório de
Santa Cruz do Capibaribe.
Exame realizado no ambulatório de
Santa Cruz do Capibaribe.

Dr. Tiago Costa
CRM 13881

U.B. 000. 2011

Data: 06/03/12

MÉDICO

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: ____/____/____

MÉDICO





FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

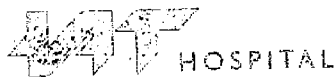
MANOELA TRIGUEIRO

— Dedico para os devidos
fins que, Dr. Gervásio de
Sousa Vergente, submeteu-se
a tratamento químico de
feto feto. O qual
foi feito com placa e
perfusão no dia 06/08/15
em 5826/5825

Dr. Manoela Trigueiro da Costa
CRM 3065-PB/13.99-PE
TEC 11.268

RECEITUÁRIO MÉDICO





Atesto para os devidos fins que o paciente

Júlio César de Souza Aragão

portador da carteira profissional Nº _____

esteve internado nesse nosocômio de 06/08/18 a

07/08/18, necessitando de _____

dias de afastamento de suas atividades _____

a partir desta data por motivo de doença:

CID

TRAT. CIRURGICA DE PEATURO
TEMPORARIO EXATADO COM
ANAL E PARAFOS
582.5 / 582.6

Campina Grande, 06/08/18

[Assinatura]
Ass. Médico - CRM

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/08/2018
HORA: 09:55:00



2303554

Paciente 341477	Nome do Paciente TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA	Nascimento 26/06/1996	Idade 22	Sexo M	Cor	Naturalidade MATO GROSSO	Religiao
Estado Civil	CPF	RG	Grão de Instrução	Profissão		Fone Residencial	Fone Trabalho
Filiação Mãe: RITA DE CÁSSIA LOPES Pai: JANIVAN ALMEIDA DE SOUZA	Endereço RUA MARIA DO CARMO, 688 - SANTO ALEU, SANTO ALEU DO SUL, RS 91200-000						
Atendimento 2303554	Data 06/08/2018	Hora 21:11	Setor 3008 SECTOR TABARJAN V. FERRAS	Tipo Atendimento 3- INTERNAÇÃO CIRURGICA			
Motivo Atendimento 2303- PAT. TUM. BEMNIG. DA COLITA				Motivo Atendimento 4- 11- PAT. MALIGNO DE COLITA			
Plano / Convênio 37- PAT. OUT. 1- FACOM E FOM - PARANÁ	Nº Carteira	Validade	Nº CNS				
Peso	Acomodação	Leito					
Gula	Procedimento	941477					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O Paciente e/ou responsável por este registro declara, sob as penas da lei, que a informação fornecida é verdadeira e correta, e que a mesma não foi alterada de qualquer forma, e que a mesma não foi utilizada para fins de fraude ou qualquer outro fim ilícito, e que a mesma não foi utilizada para fins de fraude ou qualquer outro fim ilícito, e que a mesma não foi utilizada para fins de fraude ou qualquer outro fim ilícito.

CAMPINA GRANDE 06 de Agosto de 2018

RANIERY ALVES DA SILVA
Responsável pelo Atendimento

TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA
Responsável pelo Paciente





BOLETIM DE ANESTESIA

ANTONIO MARRAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: John Smith
 GRADE: 7

LEITO: 607

Approved

DIABLO-OST.CO

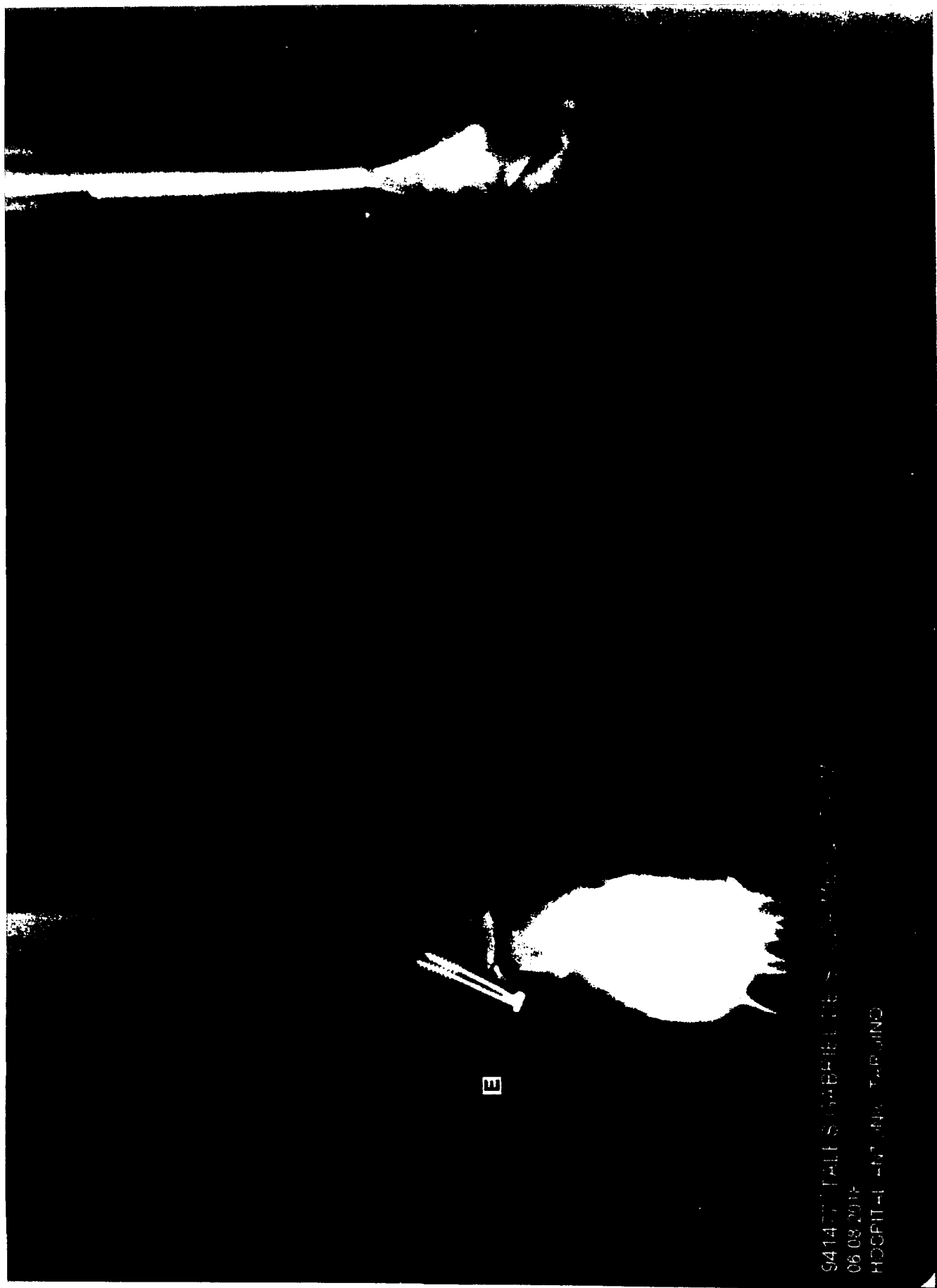
DATA: 07/08/18

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA

HOSPITAL		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
ANTONIO TARDELI	NOME:	IDADE:	
	LEITO:	MÉDICO:	
	DATA:		
MANHÃ <i>Exame físico: sem alterações.</i> <i>Exame de urina: sem alterações.</i> <i>Exame de sangue: sem alterações.</i> <i>Exame de fezes: sem alterações.</i>			
TARDE <i>Paciente encaminhado p/ o CC.</i> <i>Em tempo 8.02, recebido RX de controle D. da liberação.</i>			
NOITE <i>Exame físico: sem alterações.</i> <i>Exame de urina: sem alterações.</i> <i>Exame de sangue: sem alterações.</i> <i>Exame de fezes: sem alterações.</i>			



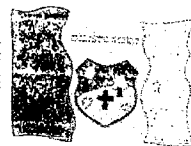


941477 TALE S GABRIEL DE S. CARVALHO
06.08.2018
HOSPITAL - 17.08.2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE**
UPA DEVIDE MELHOR PARA TODOS



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **TALES GABRIEL DE SOUZA MESQUITA** nascido em 29/06/1998 esteve nesta unidade hospitalar no dia 06/08/2018 por volta das **01h35min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 10 de AGOSTO de 2018.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com



FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: _____
 Nome: Manoela Trigueiro Caroca Data: 16/07/2019 Hora: 01:35 min
 RG: 123456789 Idade: 24 Nascimento: 24/01/98 Nº do Prontuário: _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____ Nº SUS: _____
 Endereço: Rua João de Deus Fone: () _____
 Cidade: Curitiba Bairro: _____
 País: _____ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
 Mãe: Marlene de Jesus

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____:_____:_____
 SA: 130 T: 36,5 HGT: 1,65 FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____:_____:_____
 Doenças preexistentes: _____
 Alergias: _____
 Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR >32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco();
 Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmHg(); PAD>130mmHg(); Letargia(); Convulsionando();
 Inesponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave();
 Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
 OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Poli-traumatizado com Glasgow entre 10 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<80 ou >190mmHg(); PAD>130();
 Febre >39°C(); Febre com incontinência(); Convulsão nas últimas 24h(); mucosas ressecadas();
 Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
 Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa(); história até 72h de:
 Melena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();
 OBS: _____



CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia
Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SS
PAS entre 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta
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
recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos ();
diarreia sem desidratação (); Constipação Intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicação
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ENCAMINHADO: _____

ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: Paciente de 68 anos, com queixas de dor no abdômen inferior direito há 12 horas, associadas a náuseas e vômitos. Não há febre, diarreia ou sangue nas fezes. História de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Em uso de medicação crônica.

Exame Físico: Paciente bem-estar, hidratado, normo-ventilado, sem ruídos pulmonares. Abdômen macio, sem defesa ou rigidez, com dor à palpação no quadrante inferior direito.

Hipótese diagnóstica: Síndrome do cólon sigmoideu.

Conduta: 1. Analgésico.

2. Antibiótico.

3. Exames de laboratório.

4. Exames de imagem.

5. Acompanhamento.

Dr. João Costa
CRM 19244
11/04/2019

