

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Luiz Carlos da Silva brasileiro, solteiro, recuso
Reg: 5748288, CPF: 031.360.954-39 com endereço
LO Srs Rafael, nº 448, Bairro novo, Bezenos - PE

OUTORGADA: SILVANA CARLA BRITO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, brasileira, casada, advogada, OAB/PE nº 32.544, CPF/MF nº 848.413.464-49, com endereço profissional na Rua Bernardo Guimarães, nº 506, Santo Amaro, Recife/PE - CEP. 50.050-440.

PODERES: O(A) outorgante confere a outorgada poderes para representá-lo em juízo, em qualquer instância, para patrocinar Ação Judicial no Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, podendo postular inclusive em instância administrativa, nas esferas municipais, estaduais e federais, bem como defendê-lo em ações contrárias correlatas, conferindo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia* e *ad judicia et extra* para o foro em geral e os especiais para transigir, desistir, confessar, reconhecer, renunciar, reconvir, firmar compromisso e acordos, receber e dar quitação, receber notificações, intimações e alvarás judiciais provenientes da ação, representar o outorgante em audiência de tentativa de conciliação e instrução e julgamento, tudo podendo requerer e assinar, em fim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato, podendo inclusive, substabelecer com ou sem reservas de poderes.

x Luiz Carlos da Silva



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Luiz Carlos de Silva, brasileiro, portador da carteira de identidade nº. 5748288, inscrito no CPF/MF sob o nº. 031.360.954-30 deseja obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

x Luiz Carlos da Silva



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Luiz Carlos da Silva
(Nome Completo)
Brasileiro, solteiro, recuso
(Nacionalidade) (Estado Civil) (profissão)
portador(a) da Cédula de Identidade nº 5748288, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 031.360.954-30, residente e domiciliado(a) a 10 SAs Raphael, nº 49-B
Bairro novo, Bezenos CEP.: 55660-000

CONTRATADA: EWERSON VILAR DE LIMA, brasileira (o), advogada (o),
OAB/PE nº 28.570, CPF/MF nº _____, com endereço profissional na Gildo Neto, nº 32,
Tamarineira, Recife/PE, CEP 52050-130.

I. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes anteriormente individuadas e devidamente qualificadas, resolvem celebrar o presente **Contrato de Prestação de Serviços Advocatícios**, que será em tudo regido por preceitos de direito privado e pelas condições constantes das cláusulas que, a seguir, mutuamente se outorgam e aceitam nos seguintes termos:

1. DO OBJETO

1.1 O presente contrato visa disciplinar a prestação de serviços de advocacia pela CONTRATADA, nas esferas judicial e extrajudicial, para a propositura em favor do(a) CONTRATANTE de **Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT**, compreendendo a elaboração da petição inicial, distribuição, acompanhamento e prática de todos os demais atos necessários até final decisão.

2. DA REMUNERAÇÃO

2.1. Os serviços ora ajustados serão pagos da seguinte forma no percentual de 30% (trinta por cento) do valor que o(a) CONTRATANTE vier a receber em virtude da ação; havendo honorários de sucumbência estes pertencerão à CONTRATADA, conforme preceitua a Lei Federal nº 8.906/94.

2.2 Havendo acordo entre o(a) CONTRATANTE e a parte contrária, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, caso em que os honorários serão devidos à CONTRATADA.

2.3 Na hipótese do(a) CONTRATANTE substabelecer a outro advogado e/ou revogá-lo sem culpa da CONTRATADA será devida a verba anteriormente ajustada integralmente como se o serviço ora pactuado tivesse sido concluído.

Fica eleito o Foro da Comarca de Recife/PE, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas deste Contrato. E por estarem justas e acertadas, como prova, firmam as partes o presente instrumento, para que produza os efeitos legais, na presença das testemunhas que também o subscrevem.

Recife, 17 de Dezembro de 2018.

x Luiz Carlos da Silva
CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas:

CPF:

CPF:



REGISTRO
GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME
LUÍZ CARLOS DA SILVA

DATA DE
EXPIRAÇÃO
23.09.1996

IDENTIFICAÇÃO

NATURALIDADE
Brasiliana Lúcia da Silva

DATA DE NASCIMENTO
08.09.1978

CPF
08.09.1978

DOC. ORDEM G.O.N. nº **7761.1.4.06 P.1954 - Part**

de Saivé PF.

ASSINATURA DO DIRETOR
Paul. Eliane Caldas Lima

LEI Nº 7.116 DE 29.06.83

09R17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

CARTÃO DE IDENTIDADE

Luiz Carlos da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040





NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE SEVERINO AMBROSIO GALDINO CPF: 040.073.944-58 NIS: 12974331450 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO SAO RAFAEL 49 -B BARRIO NOVO/BEZERROS 53660-000 BEZERROS PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	DATA DE VENCIMENTO 26/04/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/04/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 19/04/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 013548938	CONTA CONTRATO 007025214344 Nº DO CLIENTE 2001507135 Nº DA INSTALAÇÃO 0006414778
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico RESERVADO AO FISCO 6B75.790A.5DB8.F170.A515.A28D.1112.913B		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,16908456	5,07
Contribuição Iluminação Pública			0,81
Parcela 7/11 Plano 405002892070			16,41

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL <table> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th><th>TIPO DA FUNÇÃO</th><th>ANTERIOR</th><th>ATUAL</th><th>Nº DIAS</th><th>CONSUMO</th></tr> <tr> <td>003000003101400814</td><td>CAT</td><td>20/03/2018 442,00</td><td>19/04/2018</td><td></td><td></td></tr> </table>						NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSUMO	003000003101400814	CAT	20/03/2018 442,00	19/04/2018			DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th><th>CONJUNTO</th><th>VALOR APURADO</th><th>MÉDIA MENSAL</th><th>MÉDIA TRIM.</th><th>MÉDIA ANUAL</th></tr> <tr> <td colspan="6">fev/2018</td></tr> <tr> <td>DIC-No.de horas sem Energia</td><td>BEZERROS</td><td>0,00</td><td>5,79</td><td>11,58</td><td>23,16</td></tr> <tr> <td>FIC-No.de vezes sem Energia</td><td></td><td>0,00</td><td>3,38</td><td>0,72</td><td>13,45</td></tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima de interrupção contínua</td><td></td><td>0,00</td><td>3,37</td><td>0,00</td><td>0,00</td></tr> <tr> <td colspan="6">Limite DICRI: 12,22</td></tr> <tr> <td colspan="6">EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,48</td></tr> </table>						DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL	fev/2018						DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16	FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,38	0,72	13,45	DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00	Limite DICRI: 12,22						EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,48					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSUMO																																																												
003000003101400814	CAT	20/03/2018 442,00	19/04/2018																																																														
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL																																																												
fev/2018																																																																	
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16																																																												
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,38	0,72	13,45																																																												
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00																																																												
Limite DICRI: 12,22																																																																	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,48																																																																	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual e não na tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res-414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 9,77. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.						NÍVEL DE TENSÃO <table> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <td></td><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> </table>						TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																													
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																															
220	202	231																																																															

CONTA CONTRATO 007025214344	MÊS/ANO 04/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 26/04/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SINISTRO 3180213384 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ CARLOS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS DA SILVA

CPF/CNPJ: 03136095430

Posição em 17-12-2018 15:16:56

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, após a realização da perícia médica e análise de sua documentação, não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas. Por esse motivo, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/05/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO
MONTE - DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0187000085**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/02/2018** às
10:26

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **2/9/2017** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 01, RUA
PROJETADA, LOTEAMENTO OJAQ RAFAEL - Bairro: COHAB -
BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR/AGENTE)
CLOVIS ANTONIO DA SILVA (OUTRO)
LUIZ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

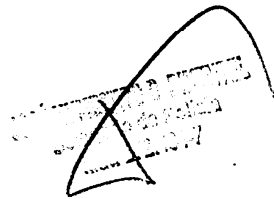
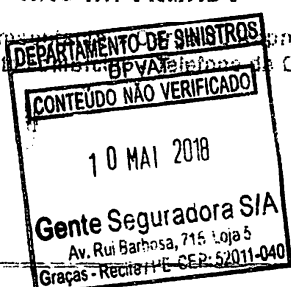
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

LUIZ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe.
BRASILEIRANA LIDIA DA SILVA Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **8/8/1978**
Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **RT42289/007/PE (RG),**
03136898439 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUTÔNOMO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 49, LOT. SÃO RAFAEL - CEP: 0 - Bairro:**
COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

CLOVIS ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe.
EDVIRGENS NAZARÉ DA SILVA Pai: **MANOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **9/9/1972**
Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL**

... - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: **DEPARTAMENTO DE SINISTROS** apresentante. - Pessoa de Contato no
estabelecimento: **BPVA** Telefone de Contato: **52011-040**



07/02/2018 11:51



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

AUTOMOVEI (VEICULO), que estava em posse do(s) Sr(a): **CLOVIS ANTONIO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/VW/SAVEIRO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJR1384** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **899322341** Chassi:

99WE886WX6P987216

Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE VALDIR DA SILVA**

Complemento / Observação

A VITIMA TRANSITAVA EM VIA PÚBLICA RETORNADO DO TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUANDO NO TRAJETO ENCONTROU SEU AMIGO O SENHOR CLOVIS, O QUAL LHE OFERTECEU UMA CARRONA, MOMENTO ESTE QUE A VITIMA ACEITOU E SUBIU NA CAÇAMBA DA CAMIONETE ACIMA DESCRITA, CUJO VEICULO ERA CONDUZIDA PELO AMIGO DA VITIMA O SENHOR CLOVIS; O QUAL AO PASSAR POR UM QUEBRA MOLAS A VITIMA SE DESENGUILIBROU E CAIU AO CHÃO, QUE A VITIMA LESIONOU O PULSO ESQUERDO, PROCURANDO ATENDIMENTO MEDICO NA UPA ESTADUAL, LOCAL ESTE ONDE A VITIMA FOI ATENDIDO CONFORME CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DE Nº 91925226, SENDO A VITIMA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, COMO CONSTA NA FICHA DE Nº 350227, REGISTRADA NO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, DECLARAÇÕES ESTAS APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Luiz Carlos da Silva
LUIZ CARLOS DA SILVA

(VITIMA)
Clovis Antonio da Silva
CLOVIS ANTONIO DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581673**

[Assinatura]
Delegado de Polícia
MIL 272424-7



Paciente: **LUIZ CARLOS DA SILVA**

Data Nascimento: 08/09/1978 Idade: 38 Anos, 11 Meses e 25 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01025226

Prontuário: 00422933

História Atual:

TRAUMA EM PUNHO ESQ HA 2H APOS QUEDA DE CAÇAMBA DE SAVEIRO

Exame Físico:

EGB, EUPNEICO. GLASGOW 15. ODOR ETÍLICO. DOR A PALPAÇÃO E EDEMA LOCAL. EX. NEUROVASC. SEM ALTERAÇÕES, EXCETO PELO DEFICIT FUNCIONAL

Exames Complementares/Resultados:

RX - FRATURA DE RADIO DISTAL DESVIADA

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL ESQ

Conduta:

TRANSFERENCIA PARA O HRA + ORIENTAÇÕES + IMOBILIZAÇÃO

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NAO

Transferido / Encaminhado para:

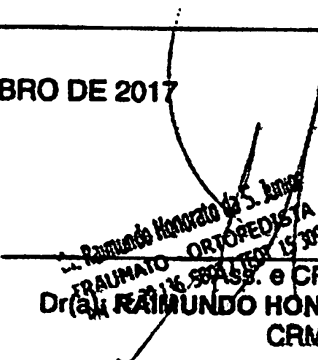
43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

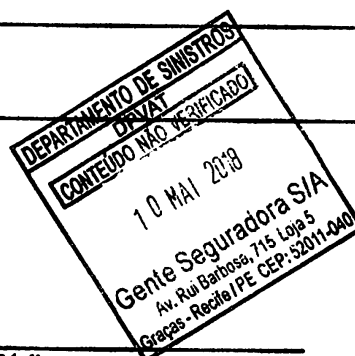
Motivo:

AO HRA

Data: 02 DE SETEMBRO DE 2017

Hora: 16:33


Raimundo Honorato da Silva Junior
TRAUMATO - ORTOPEDISTA
e CRM do Médico
Dr(a) RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR
CRM - 20136



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

02/09/2017 17:16



Nome Paciente: LUIZ CARLOS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/09/1978
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0031
Convênio: -
Atendimento:

02/09/2017 17:15 - POLIANA FERNANDA DE MEIRELES - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **POUCO URGENTE**
Cor:  VERDE
Queixa Principal: ENCAMINHADO DA UPA APRESENTANDO FRATURA DE RADIO E
Fluxograma sintoma: QUEDAS
Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?
Especialidade: - EDEMA?
- PROBLEMA RECENTE?
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: POLIANA FERNANDA DE MEIRELES
Data: 02/09/2017 17:16



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luiz Carlos da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

304902

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71051810241941631818314

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/09/1978

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Brasília da Silva da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Proletária S/N. Bairro Echab

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura Fechada Rádio Distal (E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Cuidado

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia + Ex. Físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Fechada Rádio Distal (E)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÃO DO MEDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 02-09-17	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 08-08-18
NOME COMPLETO DA VITIMA: LUIZ CARLOS DA SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura de braço esquerdo, fazendo com que haja fraguza muscular e limitação de amplitude de movimento em realizar flexão e extensão de mão esquerda.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS: Realizado fisioterapia motora com cinesioterapia, alongamento, tps e acupuntura para melhora do quadro algico.	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? : ☐ SIM ☒ NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
Afetado mão e braço esquerdo fazendo com que seja difícil de realizar atividades de vida funcional.	
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 08-08-18 A 09-09-18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Jazeiros	DATA 09-11-18 ASSINATURA E CARIMBO Dr. Wellington Lopes Fisioterapia CRM 12345

