



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declaro, por ser a expressão da verdade e para fins de instrução de processo perante os Juizados Especiais Federais, que o(a) Sr(a)

Wagner do Nascimento Bezerra Silva,  
portador(a) do CPF nº. 303.409.024-52, reside em minha propriedade no endereço  
Rua Manoel José de Oliveira, 235, Rpt. Ilha, Belo  
Jardim, Estado de Pernambuco., de  
01/01/2000 até os dias atuais.

O(A) declarante fica advertido(a) das consequências do presente ato, que se constitui em documento público, principalmente para fins criminais, conforme previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro: "Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

Belo Jardim, 23 de Janeiro de 20 19  
(Local) (Data)

\* EDVÂNIO BEZERRA DA SILVA

Nome completo e assinatura do (a) declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**EDVÂNIO BEZERRA DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
3737276 SSP PE

CPF 632.949.904-72 DATA NASCIMENTO 05/10/1969

FILIAÇÃO  
SEVERINO MANOEL DA SILVA  
TEREZINHA BEZERRA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 03968615035 VALIDADE 23/05/2017 1ª HABILITAÇÃO 07/11/2006

OBSERVAÇÕES  
A

*Edvânio Bezerra da Silva*

LOCAL BELLO JARDIM - PE DATA EMISSÃO 24/05/2012

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EMISSOR

88442299388  
PE047135085

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
574069531

PROIBIDO PLASTIFICAR  
574069531







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.838.932/0001-88 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
EDVANO BEZERRA DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA MANOEL JOSE DE OLIVEIRA 235

CPF 632 949 904-72

PONTILHAO/BELO JARDIM  
BELO JARDIM PE  
55157-595

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE ÚNICA   | EMIÇÃO           |
|-------------------|---------------|------------------|
| 048518622         |               | 14/01/2019       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 14/01/2019        | 2002081008    | 305204           |

| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO              |
|---------------------|----------------------|
| 4004396052          | 01/2019              |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA PRÓXIMA LEITURA |
| 21/01/2019          | 12/02/2019           |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 91,97                |

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

|                                          | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Abvo(kWh)                        | 110,0000000 | 0,71876022  | 78,17       |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |             |             | 5,18        |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 038894925-13/11/18 |             |             | 0,83        |
| Multa por atraso-NF 042726474 - 15/12/18 |             |             | 2,17        |
| Multa por atraso-NF 038894925 - 13/11/18 |             |             | 2,28        |
| Juros por atraso-NF 042726474 - 15/12/18 |             |             | 1,13        |
| Juros por atraso-NF 038894925 - 13/11/18 |             |             | 0,61        |
| Atualização IGPM-NF 038894925 - 13/11/18 |             |             | 0,61        |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |             |             | 91,97       |

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA       | ANTERIOR LEITURA | ATUAL LEITURA        | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|------------|------------------|----------------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 51364570      | CAT            | 15-12-2018 | 25 265,00        | 14-01-2019 25 375,00 | 30         | 1,00000   |        | 110,00        |

| HISTÓRICO DE CONSUMO                    |     | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |       |             | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |           |        |
|-----------------------------------------|-----|-------------------------|-------|-------------|-----------------------|-----------|--------|
| JAN 19                                  | 110 |                         |       |             | Geração de Energia    | R\$ 25,89 | 32,42% |
| FEV 19                                  | 146 |                         |       |             | Transmissão           | R\$ 3,80  | 4,80%  |
| MAI 19                                  | 145 | ICMS                    | 78,17 | 25,00 18,7% | Distribuição (Celpe)  | R\$ 17,76 | 22,43% |
| ABR 19                                  | 152 | PIS                     | 78,17 | 0,45 0,35   | Perdas de Energia     | R\$ 6,58  | 7,08%  |
| SET 19                                  | 143 | COPINS                  | 78,17 | 2,08 1,85   | Encargos Setoriais    | R\$ 4,57  | 5,77%  |
| AGO 19                                  | 101 |                         |       |             | Tributos              | R\$ 21,78 | 27,80% |
| JUL 19                                  | 127 |                         |       |             | Total                 | R\$ 78,17 | 100%   |
| JUN 19                                  | 121 |                         |       |             |                       |           |        |
| MAR 19                                  | 132 |                         |       |             |                       |           |        |
| ABR 19                                  | 133 |                         |       |             |                       |           |        |
| MAR 19                                  | 150 |                         |       |             |                       |           |        |
| FEV 19                                  | 128 |                         |       |             |                       |           |        |
| JAN 19                                  | 152 |                         |       |             |                       |           |        |
| Consumo Abvo(kWh)                       |     | TARIFAS APLICADAS       |       |             | 0,82156000            |           |        |
| RESERVAÇÃO FISCAL                       |     |                         |       |             |                       |           |        |
| A008 D0D1 546A 4762 1FBF F200 A628 E78A |     |                         |       |             |                       |           |        |

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais perto de vencer a fatura - 2019 - em julho rodou testes 374 cobrindo a wandsom com a celpe e grailiano tem 32 cobrindo a lista completa em www.celpe.com.br - Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mas informações em www.celpe.com.br - O cliente é compensado quando há variação na continuidade dos serviços ou nível de tensão de fornecimento. Pague em até 30 dias após a multa (2% sobre o valor devido) e atualização monetária no próximo mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para o pagamento de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 481/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossos unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

#### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| CONJUNTO | VALOR APLICADO NOV/2018 | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|----------|-------------------------|---------------|-------------------|--------------|
| DIC      | 2,27                    | 5,87          | 11,34             | 22,89        |
| PIO      | 1,00                    | 3,36          | 6,72              | 13,46        |
| DADO     | 2,27                    | 3,29          | 6,60              | 13,20        |

LIMITE DICR: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 30,28

#### NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|--------------------|------------------------|
|                    | MÍNIMO MÁXIMO          |
| 220                | 202 231                |

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| 4004396052     | 01/2019 | 21/01/2019         | 91,97               |



Assinado eletronicamente por: GIVISON DE SOUZA SILVA - 23/01/2019 09:53:32

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012309533267800000039706266>

Número do documento: 19012309533267800000039706266

## SINISTRO 3180564678 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** WAGNER DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA  
SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** WAGNER DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA

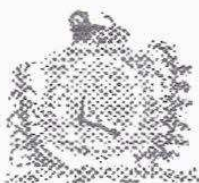
**CPF/CNPJ:** 10140902457

### Posição em 17-01-2019 10:25:47

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 18/01/2019        | R\$ 3.375,00         | R\$ 0,00         | R\$ 3.375,00 |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -  
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0194002873**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às  
**14:00**

Complementa o BO Número: **18E0194001673**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **3/6/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, RUA  
BEIJAMIN CONSTANT, CAMINHO DO RESTAURANTE PANELA DE BARRO**  
- Bairro: **COHAS I - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSELIA DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA (NOTICIANTE)  
WAGNER DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **WAGNER DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**WAGNER DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino** Mãe: **JOSELIA DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA** Pai: **EDVÂNIO BEZERRA**  
**DA SILVA** Data de Nascimento: **12/2/1991** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **7642233/SDS/PE (RG), 10140902457 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares:  
**- 81994747141**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 238, RUA MANOEL JOSÉ DE**  
**OLIVEIRA, PONTILHÃO, PRÓX. A PRACINHA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**  
**BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSELIA DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:**  
**Feminino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO** Pai: **JOSÉ MARINHO DA SILVA**  
**IRMÃO** Data de Nascimento: **28/1/1973** Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO /**

08/11/2018 14:55





**BRASIL** Documentos: **5226534/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão:  
**SECRETARIA(O)** Telefones Celulares:  
- **81989226873**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 235, RUA MANOEL JOSÉ DE OLIVEIRA, PONTILHÃO, PRÓX. A PRACINHA - CEP: 0 - Bairro: COHAB I - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WAGNER DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WAGNER DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFS0016** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Chassi: **3C2JC4820CR047264**

**CARRO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

**CONFORME A NOTICIANTE E MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE PRONTUÁRIO HOSPITALAR, NA DATA ACIMA CITADA O SRº WAGNER DO NASCIMENTO FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE O DEIXOU FERIDO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (CONFORME PRONTUÁRIO DO HOSPITAL JÚLIO ALVES E LIRA). O CONDUTOR DO CARRO QUE COLIDIU COM A VÍTIMA NÃO FOI IDENTIFICADO POIS APÓS A COLISÃO, ELE DEIXOU O LOCAL EM ALTA VELOCIDADE. MAS SEGUNDO A NOTICIANTE POPULARES LHE INFORMARAM QUE TERIA SIDO UM CARRO DE COR AZUL, NÃO SABENDO A MARCA E O MODELO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO ESTE BOLETIM.**

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

**JOSELIA DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JENEFFER BEZERRA SANTOS** - Matrícula: **2733927**





Prefeitura de  
**Belo Jardim**  
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: \_\_\_\_\_  
Data: **23.06.18**  
Hora: **22:30H.**

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE                                               | NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <b>7051002088320658</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | DOCUMENTO IDENTIDADE (CPF): <b>46.7642233</b>                     |
|                                                        | Nome: <b>Wagner do Nascimento Bezerra Silva</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Idade: <b>27a</b>                                                 |
|                                                        | Data de Nascimento: <b>02/02/91</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sexo: <b>M</b> Cor: <b>OB</b> Estado Civil: <b>Solteiro</b>       |
|                                                        | Naturalidade: <b>Caruaru - PE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Profissão: <b>Condutor de Jipe</b>                                |
|                                                        | Endereço: <b>R. Manoel José de Oliveira, 235 Santilha</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Procedência: <b>Belo Jardim</b> Telefone: _____                   |
| RESPONSÁVEL                                            | Responsável: <b>Eu Mesmo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Parentesco: _____                                                 |
|                                                        | Endereço: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fone: _____                                                       |
|                                                        | Trazido por: <b>Polícia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                             |
|                                                        | Endereço: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fone: _____                                                       |
| OCORRÊNCIA                                             | Local do Acidente: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Data: ____/____/____ Hora: ____:____                              |
|                                                        | NATUREZA DO ACIDENTE:<br><input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio<br><input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas<br><input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão |                                                                   |
| ATENÇÃO MÉDICA                                         | Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |
|                                                        | História da Doença Atual: <b>Paciente vítima de atropelamento por carro esportivo com febre e fratura exposta em pé esquerdo</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |
|                                                        | EXAME - FÍSICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |
|                                                        | Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |
|                                                        | <b>EGR, consciente, orientado, eupneico, RR: 18, PC: 100, pH: 7,4, pO2: 100, pCO2: 35, pO2: 100, pCO2: 35, pO2: 100, pCO2: 35</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |
| Diagnóstico Provisório: <b>Fratura exposta em pé E</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |
| <b>Recepcionista</b>                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Dr. André Lima</b><br>Médico<br>CRM-PE 26871<br>MÉDICO CREMEPE |





1 - Rx de PE, R, Rx  
Pericardial, torácica  
2 - Transfusão de  
PI Oxiagênio, mas  
família e pat. de dem  
LM PI de 1100 primo do

Dr. André Lima  
Médico  
CRM-PE 25877

## CONDIÇÕES DE ALTA

- ☐ Curado ☐ Óbito  
☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ + 48 horas  
☐ Piorado ☐ - 48 horas

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_

## MOTIVO DE ALTA

- ☐ Decisão Médica  
☐ Alta Pedida  
☒ Transferência  
☐ Indisciplina

Transferido para: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: Fratura exposta PE

Observação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dr. André Lima  
Médico  
CRM-PE 25877

MÉDICO CREMEPE  
Carimbo



Wagner do Nascimento Bezerra...  
12.02.1991  
Male  
117292

Hospital Unimed Caruaru  
04:04:54  
04.06.2018

Dr Ricardo Marinho  
Fratura de 4º



47 kVp  
0,9 mA



16



40 30













Dr<sup>a</sup> Maria Eugênia Rocha  
Médica  
CRM: 22779



## LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que  
Wagner do Nascimento Bezerra Silva  
seguiu acidente automobilístico em  
Junho de 2018 tendo sido submetido  
a cirurgia para correção de dedos  
do pé. Tal deformidade tem caráter  
irreversível e reduz a capacidade  
de locomoção do paciente em questão.  
CID: S98.2 + V12.4 + T98.2 + Z54.0

21/05/19  
Dra. Maria Eugênia Rocha  
Médica  
CRM 22779

Rua Thereza Augusta Maciel, 64 | Bairro Boa Vista | Belo Jardim-PE



**Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante

**Histórico Médico**

- 1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que prestou atendimento ao Segurado em tratamento decorrente do acidente.  
2) Para agilizar a regulação do sinistro, o médico declarante deve responder completamente a todos os quesitos.  
3) Se os espaços destinados às respostas não forem suficientes, utilizar o campo destinado às "Observações".  
4) Caso o médico assistente se recuse a preencher este documento, substituí-lo por Relatório Médico com o Histórico das Doenças e Cópia de todos os exames realizados para o tratamento.

ESPECIFICAR AS LESÕES DECORRENTES DO ACIDENTE / DIAGNÓSTICO

Fratura exposta com  
osteomielite em quarto e quinto  
dedos do pi esquerdo

DIAGNÓSTICO INICIAL DAS LESÕES

Fratura exposta

TRATAMENTO REALIZADO

Inicialmente foi realizado tratamento cirúrgico das fraturas  
pois o paciente evoluiu com necrose de dedos sendo então  
indicada a amputação para amputação.

AS LESÕES FORAM CAUSADAS EXCLUSIVAMENTE PELO ACIDENTE?

☐

NÃO

☒

SIM

ESCLARECER:

Paciente permaneceu higido e sem comorbidades

HOUVE CONCORRÊNCIA DE DOENÇA ANTERIOR COMPLICANDO

AS LESÕES CAUSADAS PELO ACIDENTE?

☒

NÃO

☐

SIM

ESCLARECER:

Paciente não possuía comorbidades anteriores.

HOUVE INTERNAÇÃO HOSPITALAR?

Sim

PERÍODO(S)

04/06/18 a 11/06/18

HOSPITAL(ES)

Hospital UNIMED Camapuã

O PACIENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTOS?

☒ NÃO☐ SIM

DATA DA ALTA MÉDICA

04/08/18

EM CASO POSITIVO, QUAL O TEMPO PREVISTO PARA A ALTA MÉDICA?

DIA MÊS ANO

HOUVE PERDA OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA DE MEMBROS OU ÓRGÃOS?

☐ NÃO☒

SIM

DESCREVER:

Perda por amputação cirúrgica de 4º e 5º dedos do pi esquerdo.

Assinado eletronicamente por: GIVISON DE SOUZA SILVA - 23/01/2019 09:53:33  
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012309533312500000039706333  
Número do documento: 19012309533312500000039706333



Aviso de Sinistro

## Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante



### Histórico Médico

QUAL O GRAU DE PERDA OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DO MEMBRO / ÓRGÃO EM PERCENTUAL (DE 0% A 100%)?

100%

NA IMPOSSIBILIDADE DE QUALIFICAR A INCAPACIDADE EM PERCENTUAL, INDICAR:

☐

MÍNIMO

☐

MÉDIO

☐

MÁXIMO

O PACIENTE ERA PORTADOR DE ALGUMA DEFICIÊNCIA ANTERIOR? EM CASO POSITIVO, ESPECIFICAR:

Permanente ligada e sem conseqüências

HOVE ATENDIMENTO MÉDICO ANTES DO EVENTO?

NÃO

DATAS

Ø

NOMES DOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS

Ø

### Identificação do Médico Assistente

NOME DO MÉDICO

Maria Eugênia Santana Rocha

CRM

22479

ESPECIALIDADE

Clinica geral

ENDEREÇO

CIDADE

Belo Jardim

UF

PE

DDD E TELEFONE

(81) 98527-1612

E-MAIL

OBSERVAÇÕES

LOCAL: Belo Jardim

DATA: 29/11/2018

Assinatura e Carimbo  
Dr. Maria Eugênia Rocha  
Médica  
CRM 22479

ESPAÇO DESTINADO AO  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
(EM CARTÓRIO)



Assinado eletronicamente por: GIVISON DE SOUZA SILVA - 23/01/2019 09:53:33

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012309533312500000039706333>

Número do documento: 19012309533312500000039706333

## Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o Sr.(a) Wagner do  
Nascimento Bezerra Silva — x —  
encontra-se impossibilitado de exercer atividades laborativas  
no período de sessenta — x — (60) dias.

Z 54.0 + 598.2 + V 12.4 + T 98.2

  
Caruaru, 04 / 06 / 2018

Av. Rodrigues de Abreu, 421 | Maurício de Nassau | CEP 55012-700  
Caruaru-PE | E-mail: centro.vascular@hotmail.com  
Tel: (81) 3727-1434 | 3136-8249 | 99232-0151 | 99776-2071 | 99775-0052

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE  
Titular: BERTOLDO VIRGÍNIO DIAS DOS SANTOS  
Telefone: (81) 3726-2588

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do  
original que me foi apresentado. Dou fé. Belo  
Jardim/PE, 13/06/2018. Emol.: R\$ 3,07; TSNR: 0,68 ;  
FERC: 0,34; Total: 4,09

**Maria Luciana da Silva**  
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.VSL06201803.00096 13/06/2018 12:01:38  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



## HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: WAGNER DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA Dt. Nascimento: 12/02/1991  
Nome da Mãe: JOSELIA DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA Endereço: RUA MANOEL JOSE DE OLIVEIRA, Nº 235, , Bairro  
PONTILHAO BELO JARDIM, PE  
Médico do Atendimento: CRM: 15458 - AGNES FABIOLA Data: 07/06/2018  
Nº Atendimento: 631101 Nº Prontuário: 117292 Serviço: ORTOPEDIA E Hora: 17:08:00

### EVOLUÇÃO MÉDICA

# CIRURGIA VASCULAR  
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CARRO COM MOTO, COM SEMI-AMPUTAÇÃO DE 4 E 5 PDE, TENTADO TRATAMENTO DE FRATURA  
EXPOSTA DE DEDO, PORM EVOLUINDO COM NECROSE DE DEDOS. AO EXAME:  
TODOS PULSOS PRESENTES, D BOA AMPLITUDE, COM NECROSE DE 4 E 5PDE E ERITEMA DE FACE DORSAL DE PÉ ESQUERDO.  
COND.: - INDICO AMPUTAÇÃO DE DEDOS E FASCIOTOMIA DE PÉ, *com ortopedia*  
- SUGIRO TROCA DE ANTIBIOTICO POR CIPRO E CLINDAMICINA

*CRM: 15458*  
*AGNES FABIOLA*  
*CIRURGIA VASCULAR*





**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO**

www.unimedcaruaru.com.br  
Rua Artur Antônio da Silva, nº 549  
55016-445 Universitário, Caruaru - PE  
T. (81) 2103-8600

Eu, Josilva de Nascimento, brasileiro, Paraná estado civil  
Caldeira profissão, residente e domiciliado(a) no endereço  
Rua Manoel José de Oliveira, 235, na cidade de  
Bela Jardim, portador do RG nº 5826534, declaro para todos os fins  
de direito que:

Na qualidade de responsável pelo (a): Luiz Agnô de Nascimento (nome do  
paciente, autoriza a equipe de cirurgia Vascular, representada  
pelo médico: Dr. Agnô Jordão, à proceder a AMPUTAÇÃO  
de 4º e 5º PDE ao nível que for necessário a preservação da saúde do (a)  
paciente.

Declaro estar devidamente certificado dos limites em que a amputação ocorrerá, bem como,  
dos riscos que tal procedimento poderá ocasionar, inclusive no que diz respeito à  
possibilidade do procedimento não surtir os efeitos esperados pelos médicos, ou ainda, o  
riscos inerentes ao próprio procedimento cirúrgico;

Por ser verdade, firmo a presente para produção de todos os efeitos legais.

Caruaru, 08 de Junho de 2018

Josilva de Nascimento

Assinatura

~~ENG 1618-884~~

