



Assinado eletronicamente por: GIVISON DE SOUZA SILVA - 23/01/2019 09:53:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012309533247300000039706250>
Número do documento: 19012309533247300000039706250

Num. 40290869 - Pág. 1

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)

Nagren do marcenato Bezerra Silva,
portador(a) do CPF nº 303.409.024-52, reside em minha propriedade no endereço
Rua manel José de oliveira, 235, Pont. Ibaú, Belo Jardim, Estado de Pernambuco, de
01/01/2000 até os dias atuais.

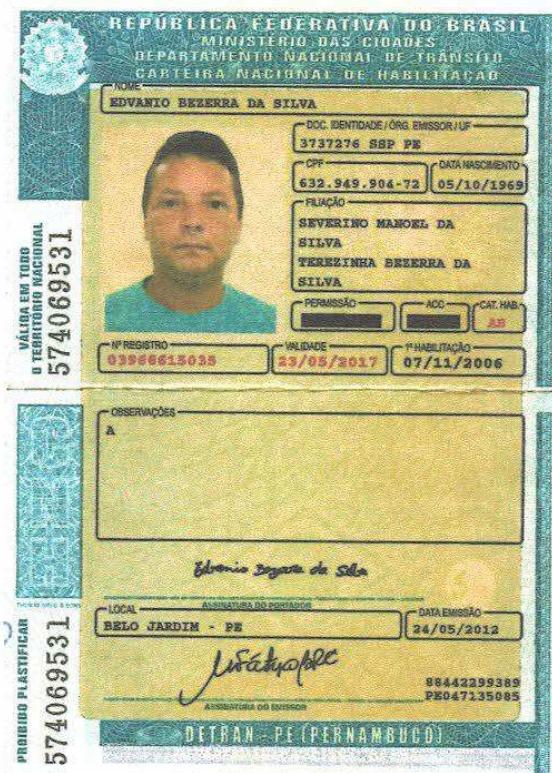
O(A) declarante fica advertido(a) das consequências do presente ato, que se constitui em documento público, principalmente para fins criminais, conforme previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro: "Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele 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 2019
(Local) (Data)

* EDVANIO BEZERRA DA SILVA

Nome completo e assinatura do (a) declarante





Assinado eletronicamente por: GIVISON DE SOUZA SILVA - 23/01/2019 09:53:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012309533267800000039706266>
Número do documento: 19012309533267800000039706266

Num. 40290885 - Pág. 2



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energetica de Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-68 | Inscrição Estadual: 0005943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDVANIO BEZERRA DA SILVA

CPF: 632 949 904-72

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL 046518622	SÉRIE ÚNICA	EMISSÃO 14/01/2019
APRESENTAÇÃO 14/01/2019	Nº DO CLIENTE 2002061008	Nº DA INSTALAÇÃO 305204

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL JOSE DE OLIVEIRA 235

PONTILHÃO/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55157-595

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	110.0000000	0,71878022	78,17
Contribuição Pública Municipal			5,18
ICMS Subvenção-CDE-NF 038894925-13/11/18			0,83
Multa por atraso-NF 042725474 - 13/1/18			2,17
Multa por atraso-NF 038894925 - 13/1/18			2,28
Juros por atraso-NF 038894925 - 13/1/18			1,13
Juros por atraso-NF 042725474 - 15/12/18			0,61
Atualização (IGPM-NF 038894925 - 13/11/18)			0,61

TOTAL DA FATURA

91,97

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
Nº DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT.	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
51364670			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		
JAN19	110		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO		
FEB19	146		ICMS	78,17	25,00	18,78	
NOV18	145		PIS	78,17	0,45	0,35	
OUT18	152		COPINS	78,17	2,08	1,05	
SEI18	143						
AUG18	161						
JUL18	127						
JUN18	121						
MAI18	132						
ABR18	133						
MAR18	160						
FEV18	129						
JAN18	152						

RESERVADO AO FISCO
A008 DDD1 546A 4762 1FBF F200 A628 E78A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pode ser feito mais parte do vocal na Holland Bás - esp. av. Juiz das Nações, bairro 2745, apto 101 - Vila da Serraria, com a celula 2220-0000 ou 2220-0001. Lista completa em www.celpe.com.br. No site da Celpe, no topo da página, há uma barra amarela com o link "Meus serviços". Clique nela e selecione "Atendimento ao cliente". Quando há variação no consumo individual, o valor da fatura é dividido entre os consumidores de fornecimento compensado quando há desempenho ao preço definido para os parceiros de atendimento comercial.

As condições para a aplicação da tarifa social de energia elétrica, estabelecidas na Resolução ANEEL 414/2012/01, que regulamenta a tarifa social de energia elétrica, estão disponíveis no site da Celpe. Os serviços prestados e os valores que encontrará à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					níveis de tensão		
CONJUNTO	VALOR APURADO NO/2018	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
BELO JARDIM	2,27	5,87	11,34	22,89	220	202	231
PIIC	1,00	3,28	6,72	12,46			
DMIC	2,27	3,29	0,00	0,00			

Límite DIC: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 30,28

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

83830000000-4 91970011004-4 00439605210-2 15344396253-4



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.

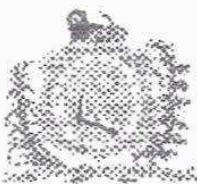
Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

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 -
DP104°CIRC DINTER1/15°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0194002873**

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

Completa o BO Número: **18E0194001673**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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: **COHAB I - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



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: **JOSÉLIA DO NASCIMENTO BEZERRA SILVA** Pai: **EDVANIO BEZERRA
DA SILVA** Data de Nascimento: **12/2/1991** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO /
BRASIL** Documentos: **7642233/SDS/PE (RG), 10140002457 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares:
- 81994747141

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 235, 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 /**



**BRASIL Documentos: 6826634/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão:
SECRETARIA(O) Telefones Celulares:
- 81989225873**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 235, RUA MANOEL JOSÉ DE OLIVEIRA, PONTILHÃO, PRÓX. A PRACINHA - CEP: 5 - 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: **PFS8816** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Chassi: **9G2JC4B20CR847264**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/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)	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:		
	7015910208813206581	46.9642233		
Nome: Wagner do Nascimento Bezerra Oliveira Idade: 27a.				
Data de Nascimento: 22/02/91 Sexo: M Cor: B Estado Civil: Solteiro				
Naturalidade: Caruaru - PE Profissão: Vendedor de Vaquejada				
Endereço: R. Manoel José de Oliveira, 235 - Pontilhas				
Procedência: Belo Jardim Telefone: _____				
RESPONSÁVEL	Responsável: Ele mesmo	Parentesco: _____		
	Endereço: Rua	Fone: _____		
	Trazido por: Polícia	Fone: _____		
Endereço: _____	Fone: _____			
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____			
NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <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: Paciente vítima de atropelamento por carro e quebrou o osso fratura exposta no pé esquerdo			
	EXAME - FÍSICO			
Pressão Arterial: _____		P脉: _____	Temperatura: _____	Peso: _____
LGR: consciente, orientado, acomodada, Tc: 36.5°C, PR: 110/min, SpO2: 97%, RR: 18/min, PHT: 120/80 mmHg, Plic: plano, flácido, sudorese				
Diagnóstico Provisório: Fratura exposta no pé L				
Assisileide RECEPCIONISTA		 Dr. André Lima Médico CRM-PE 23871 MÉDICO CREMEPE		



1 - Rx de PI E, Rx
permeal, forróx
2 - ~~Alumínio~~
PI ~~Alumínio~~ e suas
famílias e portátil em
PI Derivado plástico

~~Dr. André Lima
Médico
CRM-PE 25877~~

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Endereço	Bairro	Cidade	UF	CEP	DDD	Telefone	E-mail	CRM	CRM-PF
André Lima	Masculino	01/01/1980	Av. das Américas	Centro	São Paulo	SP	05508-000	(11)	3020-1000	andrelima@bol.com.br	25877	
<p>Evolução Clínica e Prescrição médica</p> <p>Relatório de Internagem</p> <p>1 - Rx de PI E Rx correal, torax</p> <p>2 - Trausdecreto PI CHEDIDA, RUE DOMICILIO E PCT DE CADM VIM PI DEX ALCO PRIMO DO</p> <p>Dr. André Lima Médico CRM-PE 25877</p>												

CONDICÕES DE ALTA

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> + 48 horas |
| <input type="checkbox"/> Piorado | <input type="checkbox"/> - 48 horas |

Em: / /

Hora:

- Decisão Médica
 - Alta Pedida
 - Transferência
 - Indisciplina

Transferido para:

Diagnóstico Definitivo: Fratura exposta pé E

Observação:

Data: _____ / _____ / _____

Dr. André Lima
Médico
CRM-PE-25577

MÉDICO CREMEPE



Wagner do Nascimento Bezerra...
12.02.1991
Male
117292

Dr Ricardo Marinho
Fratura de 4 e

Hospital Unimed Caruaru
04:04:54
04.06.2018

47 kVp
0,9 mA
 0 
16

0 
2 
40  30 
 OEC





482E



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=19012309533304300000039706319>
Número do documento: 19012309533304300000039706319

Num. 40290938 - Pág. 2

482 E



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=19012309533304300000039706319>
Número do documento: 19012309533304300000039706319

Num. 40290938 - Pág. 3



LAUDO MÉDICO

Este laudo os devidos fins que
Wagner do Nascimento Bezerra Silver
sofreu acidente automobilístico em
Junho de 2018 tendo sido submetido
a uma nova computação de dedos
de pí. Tal deformidade tem consiste
juntamente a reduzir a capacidade
de locomoção do paciente em quase.
CID: S98.2 + V12.4 + T98.2 + Z54.0

21/01/19
Dra. Maria Eugênia Rocha
Médica
CRM 22779

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



Aviso de Sinistro



Invalidade 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

DIAGNÓSTICO INICIAL DAS LESÕES

Fratura exposta com
isomacramute em quarto e quinto
rododátilos do pé esquerdo

Fratura exposta

TRATAMENTO REALIZADO

Inicialmente foi realizado tratamento cirúrgico das fraturas
no pé paciente evoluindo com necrose de úlceras sendo então
indicada a amputação para computação.

AS LESÕES FORAM CAUSADAS EXCLUSIVAMENTE PELO ACIDENTE?

NÃO

SIM

ESCLARECER:

Paciente evoluiu bem e sem complicações

HOUVE CONCORRÊNCIA DE DOENÇA ANTERIOR COMPLICANDO
AS LESÕES CAUSADAS PELO ACIDENTE?

NÃO

SIM

ESCLARECER:

Paciente não possui comorbidades anteriores.

HOUVE INTERNAÇÃO HOSPITALAR?

PERÍODO(S)

HOSPITAL(ES)

Sim

04/06/18 a 11/06/18

Hospital UNIMED Canaã

O PACIENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTOS?

DATA DA ALTA MÉDICA

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

NÃO

SIM

04/08/18

DIA MÊS ANO

HOUVE PERDA OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA DE MEMBROS OU ÓRGÃOS?

NÃO

SIM

DESCRIVER:

Paciente perdeu amputação cirúrgica da 4º e 5º rododátilo do pé esquerdo.

*V. E. Leonila Rocha
Médica
CRM 2779*



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:

Pneumonite aguda e sem comorbidades

HOUVE ATENDIMENTO MÉDICO ANTES DO EVENTO?

DATAS

Não

∅

NOMES DOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS

∅

Identificação do Médico Assistente

NOVO MÉDICO

Maria Eucínia Santana Rocha

CRM

22479

ESPECIALIDADE

Clinica geral

ENDEREÇO

CIDADE

Belo Jardim

UF

PE

DDD & TELEFONE

(81) 98127-1612

E-MAIL

OBSEVAÇÕES

LOCAL: Belo Jardim

DATA: 29/11/2018

Maria Eucínia
Rocha
CRM-PE-22479
Assinatura e Carimbo

ESPAÇO DESTINADO AO
RECONHECIMENTO DE FIRMA
(EM CARTÓRIO)



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

Número do documento: 19012309533312500000039706333

Num. 40290952 - Pág. 3



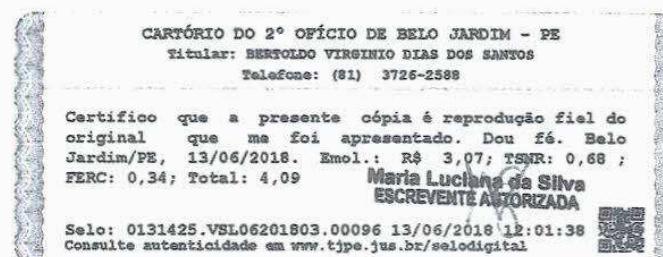
Atestado Médico

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

$Z = 54.0 + 598.2 + V \sqrt{2.4} + T g p. 2$

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



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				
Medico do Atendimento:	CRM: 15458 - AGNES FABIOLA JORDAO RAMOS	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 PRÉSENTES, D BOA AMPLITUDE, COM NECROSE DE 4 E 5 PDE E ERITEMA DE FACE DORSAL DE PÉ ESQUERDO.
COND.: - INDICO AMPUTAÇÃO DE DEDOS E FASCIOTOMIDA DE PÉ / em ortopedia
- SUGIRO TROCA DE ANTIBIOTICO POR CIPRO E CLINDAMICINA

CRM: 15458
Cirurgia Vascular
Dr. Agnieszka Ramos



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

Na qualidade de responsável pelo (a): Wagner de Nascimento (nome do paciente, autoriza a equipe de cirurgia Vascular, representada pelo médico: Dra. Agnes Texeira, à proceder a AMPUTAÇÃO de 4º. 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, os riscos inerentes ao próprio procedimento cirúrgico;

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

Caruaru, 08 de Junho de 2018

José de Nascimento Bezerra Silva
Assinatura

E-NCL-ACR-004

