



Número: **0000459-06.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **26/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**


Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILSON DE REZENDE (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51436682	26/09/2019 09:47	Petição Inicial	Petição Inicial
51436685	26/09/2019 09:47	PROCURAÇÃO	Procuração
51436689	26/09/2019 09:47	PETIÇÃO INICIAL	Petição em PDF
51436694	26/09/2019 09:47	DOCUMENTO PESSOAL	Documento de Identificação
51436696	26/09/2019 09:47	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Comprovação
51436697	26/09/2019 09:47	BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO	Laudos
51436699	26/09/2019 09:47	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
51436700	26/09/2019 09:47	COMPROVANTE DE INDENIZAÇÃO	Documento de Comprovação

Segue anexo.




ARIANNY MELO
ABRUCOR

PROCURAÇÃO / CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: <u>Wilson de Rezende</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Pedreiro</u>
RG: <u>36.113.850-7</u>	CPF: <u>033.389.304-29</u>	
ENDEREÇO: <u>Morgana Fabricea dos Santos Oliveira - 20</u>		
BAIRRO: <u>Iraque</u>	CIDADE: <u>Custodia</u>	U.F.: <u>PE</u>
TELEFONE: <u>9616-2492</u>	E-MAIL:	

OUTORGADA: ARIANNY INÁCIO DE OLIVEIRA MELO, brasileira, casada, advogada militante, inscrita na OAB/PE nº 46.087 e CPF nº 051.062.954-75, com Escritório profissional localizado à Rua Irnério Inácio, nº 51, Nossa Senhora da Penha, Serra Talhada - PE, CEP 56.903-450, onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC).

PODERES: O(A) outorgante nomeia e constitui como sua Procuradora a Outorgada, conforme estabelecido no art. 38 do NCPC, conferindo amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad iudicia et extra" para, em qualquer juízo, instância ou tribunal, e repartições públicas em geral, defender os seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os. Confere, ainda, **poderes especiais** para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, inclusive alvará, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, podendo a Outorgada praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente de representação e defesa do(a) Outorgante, necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo inclusive substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O(a)(s) outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como sua advogada a outorgada acima nomeada, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei nº 1.060 de 1950.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à **base de 30% (trinta por cento)** dos valores econômicos auferidos, em caso de êxito. O(A) contratante autoriza, desde já, a **retenção dos referidos honorários**.

Serra Talhada, 05 de Setembro de 2019.

Wilson de Rezende

OUTORGANTE

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8120-8

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

42414960

WILSON DE REZENDE

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MAO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 36.113.850-7 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 14/04/2015

NOME WILSON DE REZENDE

FILIAÇÃO JOSE LUIZ DE REZENDE

EXPEDITA FELICIDADE DE REZENDE

NATURALIDADE CUSTODIA - PE DATA DE NASCIMENTO 19/02/1980

SOC ORIGEM CUSTODIA -PE CUSTODIA CN:LV.A7 /FLS.116 /Nº07354

CPE 033389304/29

12796895779

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 033.389.304-29

Nome WILSON DE REZENDE

Nascimento 19/02/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned by CamScanner



...você também está obrigado a usá-los, para prevenir aciden-
tes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o
cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada,
para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser
pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médi-
co adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos"
concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços
de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for viti-
ma de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve
respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de
seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde
você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a aci-
dentes pela desatenção.

Leia e refleta sempre os ensinamentos contidos nos
cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não
fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máqui-
nas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou
lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
Conheça o manejo dos extintores e demais dispositi-
vos de combate ao fogo existentes em seu local de traba-
lho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª Via

Número

056082

Série

00045-PE



Uirson de Aguiar
ASSINATURA DO PORTADOR

17.257.309/0001-64

Empregador **WX Construção Civil Ltda**

CNPJ/MF **Rua da Matriz, Nº 53**

Rua **Santo Amaro - CEP: 04.746-000**

Município **São Paulo-SP** Est. **SP**

Esp. do estabelecimento

Cargo **Pedreiro** CBO nº

Data admissão **01** de **Setembro** de **2015**

Registro nº **Fls./Ficha**

Remuneração especificada **R\$ 6,33 p/hora**

Seis reais e trinta e três centavos

WX CONSTRUÇÃO CIVIL LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º **Ass. do empregador ou a rogo c/test.**

Data saída **05** de **Setembro** de **2016**

WX CONSTRUÇÃO CIVIL LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º **Ass. do empregador ou a rogo c/test.**

Com. Dispensa CD Nº

17.257.309/0001-64

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **WX CONTRUÇÃO CIVIL LTDA.**

R. Caraíva, 72

CNPJ/MF **Campo Limpo - CEP: 05766-270**

Rua **São Paulo - SP**

Município **São Paulo - SP**

Esp. do estabelecimento

Cargo **TEDEIRO**

CBO nº

Data admissão **18** de **MAIO** de **2016**

Registro nº **Fls./Ficha**

Remuneração especificada **R\$ 6,86 P/H**

Seis reais e oitenta e seis centavos

WX CONSTRUÇÃO CIVIL LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º **WX CONSTRUÇÃO CIVIL LTDA.**

Data saída **10** de **MAIO** de **2017**

WX CONSTRUÇÃO CIVIL LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º **Ass. do empregador ou a rogo c/test.**

Com. Dispensa CD Nº

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013713010195
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1135662657 - DATA: 09/11/17

MARLENE DE QUEIROZ SOUZA

FLORES - PE

CHASSI: 92ZK02200J110155

ESPEDIENTE: FAS MOTOCICLETA - COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA CG 160 TAN - ANO FAB: 2017 - ANO MOD: 2018

CAP/POI: 2E/162CL - CATEGORIA: PARTIL - COR/RECOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 1PVA 2017 QUITADO - VENC. COTA ÚNICA: 1º ***** - VENC./COTAS: 2º *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 380,00 - IOF (R\$): 0,00 - PREMIO TOTAL (R\$): 380,00 - DATA DE PAGAMENTO: 09/11/17

SEM RESERVA

Charles Andrews Souza Rabeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013713010195 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARLENE DE QUEIROZ SOUZA

COTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralideh.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

FLORES - PE - EXERCÍCIO: 2017 - DATA EMISSÃO: 09/11/17

VIA: 1135662657 - DATA: 09/11/17

RENOV/M: 1135662657 - MARCA/MODELO: HONDA CG 160 TAN

ANOTAR: 01 - Nº CHASSI: 92ZK02200J110155

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAS (R\$): 380,00 - DETRAN (R\$): 0,00 - CUSTO DO SEGURO (R\$): 380,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,00 - IOF (R\$): 0,00 - TOMA SE FICOU SEGURO (R\$): 0,00

☒ COTA ÚNICA - PAGAMENTO: ☐ PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO: 09/11/17

SEGURO LIDEH - DPVAT
CNPJ 09.248.506/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE SEU
RUE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

Scanned by CamScanner

26/09/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1403095471

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! ROSA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	DATA DE VENCIMENTO 21/10/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 32,03	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 17/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 077802025	CONTA CONTRATO 7013224964 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
--	--	--	---

PERÍODO CONSUMO 19/08/2019 a 17/09/2019	CONSUMO 49
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7013224964	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 32,03	VENCIMENTO 21/10/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838200000002 320300110077 013224964102 141902363330				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



imento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cddi... 1/1



Assinado eletronicamente por: ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO - 26/09/2019 09:46:54
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092609465416300000050628231
Número do documento: 19092609465416300000050628231

Num. 51436696 - Pág. 1

NFSe**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUSTÓDIA**
Secretaria de Finanças

Número da Nota

0000514

Data e Hora de Emissão

10/12/2018 10:39:24

Código de Verificação

VPDH-MASD

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 22.153.354/0001-09 Inscrição Municipal: 4.5.21130

Nome/Razão Social: ARTHUR L. C. DE MEDEIROS - ME

Endereço: RUA PEDRO II, 65 A - CENTRO

CEP: 56640-000

Município: CUSTÓDIA

UF: PE E-mail: naoinformado@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/DOC: 033.389.304-29

Inscrição Municipal: 0000000

Nome/Razão Social: WILSON DE REZENDE

Endereço: RUA: ADOLFO GOMES, 214 - REDENÇÃO

CEP: 56640-000

Município: CUSTÓDIA

UF: PE E-mail: xx

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE CONSULTA MÉDICA

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 220,00

Código da Atividade Econômica

8630-5/03 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS...

Valor Total das Deduções (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

220,00

Alíquota (%)

0,00

Valor do ISS (R\$)

0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

* Nota Fiscal Serviço-(e). Emitida conforme 877/2010

* Data de Vencimento do ISS, até o dia 10 do mês seguinte.

* Para verificar a autenticidade desta nota, visite o site: <http://www.custodia.pe.gov.br>

* Empresa optante pelo SIMPLES NACIONAL.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL* e

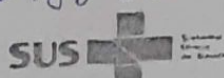
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.*

Scanned by CamScanner





Pernambuco



9-9909-0335 9.9656-2992

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>Wilson de Rezende</u>		Ficha nº: <u>11</u>
Sexo: <u>Masculino</u>		Data: <u>29/01/15</u>
Idade: <u>38</u>		Hora: <u>17:57</u>
Cor: <u>Branca</u>		CPF: <u></u>
Data de nascimento: <u>14/01/1980</u>		Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Profissão: <u>Recepcionista</u>		RG: <u>36.113.950-7</u>
Endereço: <u>Rua Jorge de Albuquerque</u>		Tel.: <u>99616-2442</u>
Município: <u>Caruaru</u>		CEP: <u>56.640-000</u>
Bairro: <u>Centro</u>		Nº <u>519</u>
Naturalidade: <u>Caruaru</u>		CNS: <u>400 7099 3383 6447</u>
Escolaridade: <u>Analfabeto</u>		Tel.: <u></u>
Filiação: <u>Expediente</u>		Resp. pelo preenchimento: <u></u>
Acompanhante: <u></u>		ENCAMINHADO

MEIO DE TRANSPORTE		Hospital ()
Bombeiro () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	UPA () PSF ()
Ambulância () Auto ()	Senha: <u>6000</u>	Outros ()
Moto () Outros: <u></u>	FC: <u></u>	SATO2: <u></u>
PA: <u></u>	HGT: <u></u>	TEMP: <u></u>
FR: <u></u>	Peso: <u></u>	Alérgico: <u></u>

Antecedentes Pessoais/Familiares:

Uso de Medicamentos:

Situação/Queixa Principal: Doença

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOELHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar	<input type="checkbox"/> Clínico Geral	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Confusão Mental	<input type="checkbox"/> Cirurgião	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais	<input checked="" type="checkbox"/> Ortopedista	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Azul
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Paraestesia e/ou paralisia	<input type="checkbox"/> Serviço Social	
<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Outros: <u></u>	
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Dor local		
<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Queixa urinária		
<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Outras Queixas: <u></u>		

Assinatura do Enfermeiro
Rafael Campos Dias
Enfermeiro
COREN-PE 398432

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):

Doença

2 - Hipótese Diagnóstica:

Doença

3 - Exames Solicitados:

Exames

Assinatura e Identificação do Médico

NEGADO



Dr. Fred Veras
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

Wilson de Rezende

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta via publica de Custodia - PE no dia 29 de abril de 2018 deu entrada no Hospital Municipal e transferido para Hospital São Vicente Serra Talhada - PE onde recebeu atendimento médico para redução cirúrgica de fratura da clavícula E recebendo alta hospitalar no dia 16 de maio de 2018 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 04 de julho de 2018 tendo realizado acompanhamento fisioterápico concomitante.

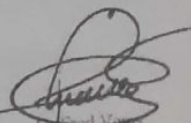
Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fratura da clavícula esquerda tratado cirurgicamente com perda de 60% para abdução, 40% para adução, 65% para MPS, 40% para MPI, 55% para RA e 50% para RP

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de bom prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente

Afogados da Ingazeira, 21 de agosto de 2018


Dr. Fred Veras
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

Av. Aparício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304

Scanned by CamScanner



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	2 - CNES 2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	4 - CNES 2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO 033.389.304-29	NOME ATEND.
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 700709972836477	6 - SIS PRE NATAL
7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 000155778
9 - NOME DO PACIENTE WILSON DE REZENDE	10 - DATA DE NASCIMENTO 19/02/1980
11 - SEXO Masculino	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL EXPEDITA FELICIDADE DE REZENDE
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) MORGANA FABRICIA DOS SANTOS OLIVEIRA	14 - DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO (87) 99616-2492
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CUSTODIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE 56640-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO <i>Doença hipertensiva MS, decompensada, insuficiência cardíaca, E, edema dos membros inferiores, ausência de</i>
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ht, colesterol E AP+</i>
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Insuficiência cardíaca</i>
22 - CID - 10 PRINCIPAL <i>5420</i>
23 - CID - 10 SECUNDÁRIO
24 - CID - 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Insuficiência cardíaca</i>	26 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>04080/0/50</i>
27 - CLÍNICA 202 - TRAUMA, MASC.01	28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 1 X 1 CNS 1 1 CPF
29 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE (ASSISTENTE) <i>Antônio de Freitas</i> CPF: 005.552.802-25 CRM: 1351	30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/05/2018
31 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) <i>CPF: 003.400.40-1 CRM: 16078</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORÇÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AB) <i>261810500848-6</i>
47 - DOCUMENTO 1 1 CNS 1 1 CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA: <i>12</i>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 1</i>	50 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO <i>João Pereira de Andrade Melo</i> CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador XIGERES	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <i>02</i>
		DATA DA INTERNAÇÃO: <i>13 05 18</i>
		DATA DA ALTA: <i>16 05 18</i>



Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	13/05/2018	Nº Registro:	000155778
Identificação do Paciente:	WILSON DE REZENDE 202 - TRAUMA. MASC. 03		
Data Nascimento:	19/02/1980	Idade:	38
Sexo:	Masculino	Cor:	Parda
Estado Civil:	Solteiro(a)	Profissão:	PEDREIRO
Naturalidade:	CUSTODIA	Nacionalidade:	Brasileiro
Filiação: Pai:	JOSE LUIZ DE REZENDE	Mãe:	EXPEDITA FELICIDADE DE REZENDE
Endereço:	MORGANA FABRICIA DOS SANTOS OLIVEIRA 210		
Bairro:	IRAQUE	Cidade:	CUSTODIA
Estado:	PE	Telefone:	(87) 99616-2492
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Suicídio []	Casual []	Outros []	
Nome do Acompanhante:	Telefone para Contato:		
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<i>Lesão por trauma, com 14.50, exposta a</i> <i>fractura da clavícula 5,6 cm,</i> <i>do membro superior direito.</i> <i>devido a</i>			
Diagnóstico Inicial	<i>Fratura Clavícula E</i>		
S.A.D.T	<i>Lesão por trauma, com 14.50, exposta a</i> <i>fractura da clavícula 5,6 cm,</i> <i>do membro superior direito.</i> <i>devido a</i>		
Diagnóstico Final	<i>Fratura Clavícula E</i>		
CONDIÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA		
Melhorada [X]	Decisão Médica [X]		
Inalterado []	Alta a Pedido []		
Piorado []	Transferência []		
Óbito+48h []	Evasão []		
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em: / /			
Hora: / /			
Data do Internamento:		13/05/18	
Data da Alta:		15/05/18	
Local:		Antonio Rodrigues da Silva	
CPF: 096.552.003-23		Médico Responsável	

Scanned by CamScanner



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Abertura da articulação

Data:

15/05/18

Início:

Término:

Cirurgião:

Rafael

1º Auxiliar:

Antonio

2º Auxiliar:

Anestesiista:

Sifane

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sob anestesia - paciente - colocada
 Supino - face ventral, braços
 Colocados e com plásticos
 por placas, fixadas
 Vácuo de sucção, plomagem
 fora fixada, drenagem
 fixada uterina do fio
 de KIRSCHNER, sutura
 por planos - curativo

Antonio Rodrigues de Freitas
 CPF: 036.552.003-25 CRM: 7351

Assinatura do Cirurgião

Scanned by CamScanner

Pernambuco

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

UNIDADE ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE
MÉDICO SOLICITANTE
EDUARDO HENRIQUE WANDERLEY ARCOVERDE

DATA DE SOLICITAÇÃO
01/05/18 13:04

Nº SOLICITAÇÃO
440902

Identificação do Paciente

WILSON DE REZENDE
700709972836477
19/02/1940
SEXO
MASCULINO
TELEFONE DE CONTATO
87996162492
RUA ADALTO GOMES DE CARVALHO
CUSTÓDIA

Nº DO PATIENTE

19/02/1940
MASCULINO
TELEFONE DE CONTATO
87996162492

END. DE DESTINO
2605103 00

UF
PE

CNPJ

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE
AMBULÂNCIA
INTERMEDIATÓRIA

DATA DE EMISSÃO
11/05/18 22:16

Regulador

ADRIANO CAVALCANTE SAMPAIO
ESPECIALIDADE
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

ESPECIALIDADE
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

UNIDADE AUTORIZADA
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHAÇA
MÉDICO AUTORIZADOR

DATA DE AUTORIZAÇÃO
11/05/18 19:18

Scanned by CamScanner





UNIDADE MISTA ELIZABETH BARBOSA
FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA

DATA: 29/04/18 HORA: 11:58 RECEPCIONISTA: Jaqueline FICHA: 3621

NOME:	<u>Wilson de Rezende</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	<u>19.02.1980</u>	IDADE:	<u>38</u>
SEXO:	<input type="checkbox"/> FEMININO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO		
NOME DA MÃE:	<u>Expedita Felicidade Rezende</u>		
DOC. IDENTIDADE:		CART. SUS:	
RAÇA:	<u>01</u>	PROFISSÃO:	<u>Pedreiro</u>
ACOMPANHANTE:	<u>Francinaldo (Vizinho)</u>		
ENDEREÇO:	<u>R. Adolfo Gomes Carvalho 214</u>		
BAIRRO:	<u>Verde novo</u>		
MUNICÍPIO:	<u>Custódia</u>	TELEFONE:	()

TRIAGEM

ADULTO		CRIANÇA		GESTANTE	
PA:	TEMP:	PESO:	TEMP:	PA:	TEMP:
FC:	SAT O2:	FC:	SAT O2:	IG:	BCF:
HGT:		HGT:		HGT:	

ALERGIAS: NÃO () ; SIM ()

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
------	-------	---------	----------

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO ()
INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA	SIM ()	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
AGRESSÃO FÍSICA	SIM ()	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	SIM ()	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES: _____






HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM/SUS/PE

Nome: WILSON DE REZENDE

PACIENTE PORTADOR DE TRA-
TURA DE CERVICAL ESQUER-
DA, SUBMETIDO A TRATA-
MENTO CIRÚRGICO NA
AD NABORNO Rm 9C
(ADULTO) DIT

Data: 28/5/28


Médico - CRM





Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrada, 603
Centro - Telefone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

WILSON DE RECONDE

PACIENTE PORTADOR DE
FRATURA DE UMBILICAL

ESTABILIZADO, SUBMETIDO

A TRATAMENTO CIRÚRGICO

DESPRO DO ABOJILLO

PER GO (ACORDA) 215

16/5/18

Assinatura de
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16548

Scanned by CamScanner



Wilson de Rezende

Laudo Médico

Atento, para fins de Seguridade Social, que o paciente, vítima de acidente automobilístico com fratura de clavícula Esq., submetido à redução cirúrgica e imobilização com tala e gesso, apresenta perda de força e braço Esquerdo de 25%.

Após exame físico o paciente apresenta dor à palpação e F.O. e fragilidade no braço Esq. Não apresenta hipertrofia muscular.

C.D. 542.0

Dr. Arthur Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18715 - TEGT: 13803

Custódia, 10/12/18

Na volta à consulta favor trazer o raio X

Rua Pedro II, nº 65 - Centro - Custódia-PE
87 3848 1092 | ortopedia@drarthurmedeiros.com.br





Humberto Medeiros

CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

CLÍNICA MÉDICA | CIRURGIA | OBSTETRÍCIA | FISIOTERAPIA |
NUTRICIONISTA / ULTRASONOGRAFIA / RAIOS-X

CONVÊNIO: BANCO DO BRASIL, CAPESAÚDE E UNIMED

Wilson de Rezende

Bando Médico

Atesto, para fins de Seguro DPVAT,
que o paciente Wilson de Rezende re-
feriu ter sido vítima de acidente mo-
torístico em 29/04/18, com fratur
no de $\frac{1}{3}$ médio de clavícula Esquer-
da, submetido o tratamento ci-
rúrgico em 15/05/18 e sendo to-
tado, permanece impossibilita-
do de exercer suas atividades labo-
rais por (Nove) dias.

CID: S42.0



RUA PEDRO II, Nº 85 - CENTRO
CUSTÓDIA-PE



F. 87 3848.1092



CLINICAMEDEIROS@HOTMAIL.COM

Dr. Humberto Medeiros

Carimbo e assinatura do médico

DATA

19, 11, 18

VOLTANDO À CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0249000457**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/05/2018** às **08:45**

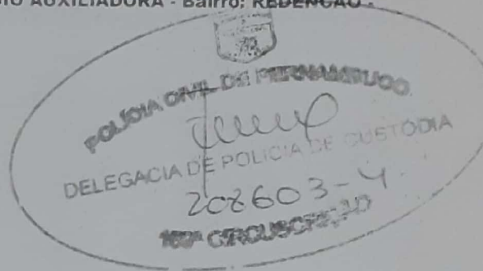
Complementa o BO Número: **18E0249000412**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **29/4/2018** às **10:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ADOLFO GOMES - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a
MUNICÍPIO DE CUSTODIA, 1, EM FRENTE AO COLÉGIO AUXILIADORA - Bairro: REDENÇÃO -
CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARLENE DE QUEIROZ SOUZA (OUTRO)
WILSON DE REZENDE (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WILSON DE REZENDE

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

WILSON DE REZENDE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EXPEDITA FELICIDADE DE REZENDE** Pai: **JOSÉ LUIZ DE REZENDE** Data de Nascimento: **19/2/1980** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **361138507/SSP/SP (RG) 03338930429 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 87999090335**

Residencial: **RUA ADOLFO GOMES DE CARVALHO, PROXIMO AO COLÉGIO MARIA AUXILIADORA - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CUSTODIA, 214 - CEP: 56640-000 - Bairro: REDENÇÃO - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO COLÉGIO MARIA AUXILIADORA**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARLENE DE QUEIROZ SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

12/05/2018 08:29

Scanned by CamScanner



MOTO HONDA 160 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARLENE DE QUEIROZ SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON DE REZENDE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **TDA3260** (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: **113366265** Chassi: **9C2KC2200JR110155**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTO HONDA CG 160 FAN**

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

Complemento / Observação

CONTA O SR. WILSON DE RESENDE QUE ESTAVA SAÍDO DE CASA PILOTANDO SUA MOTO NO SENTIDO DO COLÉGIO MARIA AUXILIADORA QUANDO FOI SURPRIENDIDO POR OUTRA MOTO, HONDA 350 CC, VERMELHA E PRETA, EM ALTA VELOCIDADE QUE ATRAVESSOU O CRUZAMENTO SEM PARAR, O ATINGINDO PELO LADO ESQUERDO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE CUSTÓDIA ONDE FOI FEITO OS PRIMEIROS SOCORROS E IDENTIFICADO QUE SERIA NECESSITARIA UMA CIRURGIA NA CLAVÍCULA, QUE SERÁ REALIZADA NO HOSPITAL DE ARCOVERDE. FOI LIBERADO PELO HOSPITAL E VEIO ATÉ A DELEGACIA PARA NOTIFICAR O FATO. A VÍTIMA ESTÁ EM BOM ESTADO DE SAÚDE ENCONTRANDO-SE APENAS COM A CLAVÍCULA FRATURADA E ALGUMAS ESCOREAÇÕES NA PERNA ESQUERDA. O IMPUTADO É CONHECIDO APENAS POR SEU APELÍDIO "TOM CRUISE", TAMBÉM FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E, SEGUNDO A VÍTIMA, ENCONTRA-SE EM BOM ESTADO DE SAÚDE. ESSE FATO PÔDE SER COMPROVADO POR UMA FILMAGEM FEITA PELO SOBRINHO A VÍTIMA, GIVANILDO DE RESENDE GOMES. A MOTO DA VÍTIMA FICOU COM O TANQUE DE COMBUSTÍVEL ARRANHADO E A LATERAL ESQUERDA DA MOTO DANIFICADA. NÃO FOI POSSÍVEL QUALIFICAR A MOTO QUE PROVOCOU O ACIDENTE NEM OS DADOS IMPUTADO PORQUE A VÍTIMA ESTAVA NERVOSA E NÃO ATENTOU EM PEGAR OS DADOS.

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

Wilson de Rezende
WILSON DE REZENDE
(VÍTIMA)

Fabiana Muniz Cabral
B.O. registrado por: **FABIA MUNIZ CABRAL** - Matrícula: **208603-4**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180548226

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON DE REZENDE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **WILSON DE REZENDE**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002446**

Conta: **0000011308-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

