

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8120-8

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNBLETON DAUNT

4241496D

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

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

CPF
033389304/29

Carla Paulo Filho
Delegado de Polícia Divisão de Identificação SSP/SP
ASSINATURA DO DIRETOR

12796895779

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUL 2018
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

033.389.304-29

Nome

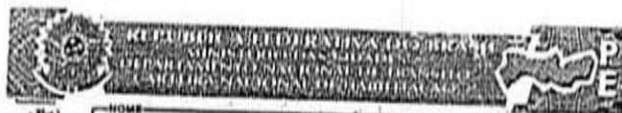
WILSON DE REZENDE

Nascimento

19/02/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
POLÍCIA FEDERAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 BRP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
**GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA**

PERMISSÃO
02136855400

ACC
AD

CAL HAB
AD

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

OBSERVAÇÕES
RAN
CMX

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR
George Carlos Melo Lima

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/07/2017

ASSINATURA DO EMISOR
Antônio Anderson Lima Almeida
Chefe do Departamento

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUL 2018
SEGURADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 1 1130002057 2017

MARLENE DE QUEIROZ SOUZA

FLORES-PE

PLACA ANT/DI 417 304 42700 CHASSI 602K0000000000000000

ESPECIE TIPO FAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA CG 160 LAN ANO FAB 2017 ANO MOD 2018

CAP/EST/CL 2P/162CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 1PVA 2017 QUITADO 1 *****

PADA LPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 2 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 JOF (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 09/11/17

SEM RESERVA

Charles Andrews Sousa Ribeiro

FLORES-PE 09/11/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM SIRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 013713010195 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARLENE DE QUEIROZ SOUZA

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

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

FLORES-PE 4011 09/11/17

VIA 1 1130002057 2017

MARCA/MODELO HONDA CG 160 LAN

ANOS 2017 02

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUL 2018

PREMIARIFARIO

FNS (R\$) 0,00 CONTRAN (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 JOF (R\$) 0,00 TOTAL SEMPRE SEGURO (R\$) 0,00

COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITACAO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.898/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

100-2017

SEMPA FALHADA - PE

CEP. 56.903-220

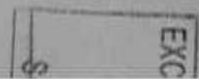
RUA. ANTONIO FOMES DE SOUZA. N. 523

SÃO CRISTÓVÃO

REMETENTE

GEORGE CARLOS

MELO LIMA



DESTINATARIO: DPVAT

05 JUL 2010
SEGURO DPVAT

AV. MARQUES DE OLINDA - 175

RECIFE, ANTIGO

CEP. ~~50030-000~~

CEP 50030-000

EXCELSIOR SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548226

Cidade: Custódia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do acidente: 29/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548226 **Cidade:** Custódia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON DE REZENDE **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548226

Cidade: Custódia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do acidente: 29/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: LEVE LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE EVIDENCIA FRATURA CONSOLIDADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548226

Cidade: Custódia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do acidente: 29/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: LEVE LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE EVIDENCIA FRATURA CONSOLIDADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON DE REZENDE**

Nº Sinistro: **3180548226**
Vítima: **WILSON DE REZENDE**
Data do Acidente: **29/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548226**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13636746



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILSON DE REZENDE

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13639226





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, 14 de Dezembro de 2018

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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

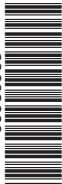
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01977/01978 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13717529

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora-lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

033.389.304-09

WILSON DE REZENDE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	WILSON DE REZENDE		CPF titular da conta	033.389.304-09	Profissão	PEDEIRO
Endereço	MORGANA FABRICIA DOS S OLIVEIRA		Número	1210	Complemento	CASA
Bairro	IRACQUE	Cidade	CUSTODIA	Estado	PE	CEP
E-mail					56640-000	Telefone (DDD)
					33.9944.1479	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinar uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ BANCO (nome)	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
2446	1190-8		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:29:01
FABPF.001 V001/2017

CUSTODIA PE 12 de JULHO de 2018

Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS
18 JUL 2018
SEGURO DPVAT

CAIXA
CORRESPONDENTE

AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Serra Talhada

DATA: 13/07/2018

TERMINAL: 09141010

HORA: 21:47:21
CONTROLE: 091410100047

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPOSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2446.013.00011308-6

NOME: WILSON DE REZENDE

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3473448358

NÚMERO DE CONTROLE: 194434338

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

EXCELSIOR SEGUROS

18 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180548226
Nome do(a) Examinado(a): Wilson de Rezende
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Morgana Fabricia dos S Oliveira, 210
Iraque Custodia PE CEP: 56640-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 361138507
Data local do acidente: [29/04/2018]
Data local do exame: [08/01/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 16/05/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LEVE LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CRM/PE 19340/CRM-PB 8607



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 (Consumado) que aconteceu no dia **29/4/2018** às **10:40**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARLENE DE QUEIROZ SOUZA (OUTRO)
WILSON DE REZENDE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WILSON DE REZENDE
VEICULO: (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: **MUNICIPIO DE CUSTODIA, 214 - CEP: 56640-000 - Bairro: REDENCAO - 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)



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)**

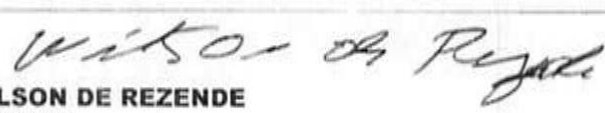
Placa: **TDA3260** (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: **113366265** Chassi: **9C2KC2200JR110155**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTO HONDA CG 160 FAN**

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 PODE 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
(VITIMA)


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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

WILSON DE REZENDE

CPF da Vítima

033.389.304-29

Data do Acidente

29/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

11.9.9998.5477

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CUSTODIARE 23 de JUNHO de 2018
Local e Data



Wilson de Rezende

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Pernambuco

SUS

9-9909-0335, 9.9656-2992

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>Wilson de Regendi</u>		Ficha nº: <u>11</u>
Sexo: <u>Masculino</u>	Idade: <u>38</u>	Data: <u>29/4/18</u>
Data de nascimento: <u>14/02/1980</u>	Cor: <u>Branco</u>	Hora: <u>17:57</u>
Profissão: <u>Religião</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	CPF: <u></u>
Endereço: <u>Rua Jorge de Albuquerque</u>	Tel.: <u>99616-2442</u>	RG: <u>36.113.850-7</u>
Bairro: <u>Redenção</u>	Município: <u>Quatã</u>	CEP: <u>56.640-0012</u>
Naturalidade: <u>Quatã</u>	CNS: <u>400 7044 4183.6447</u>	Nº <u>519</u>
Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()		
Filiação: <u>Jose Luis de Regendi</u>	Tel.: <u></u>	
Acompanhante: <u>Rafael Campos D</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>Rafael</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO
Bombeiro () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()
Ambulância () Auto ()	Senha: <u>56000</u>	UPA () PSF ()
Moto () Outros: <u></u>		Outros ()
PA: <u>1,70</u>	HGT: <u></u>	TEMP: <u></u> FC: <u></u> SATO2: <u></u>
FR: <u></u>	Peso: <u></u>	Alérgico: <u>uso</u>

Antecedentes Pessoais/Familiares:

Uso de Medicamentos: Não

Situação/Queixa Principal: Doença autoimune

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

Assinatura do Enfermeiro
Rafael Campos D
Enfermeiro
COREN-PE 3984

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Doença autoimune

2 - Hipótese Diagnóstica:

Doença

3 - Exames Solicitados:

Rx de tórax

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUL 2018

SEGURO DPVAT

Assinatura e Identificação do Médico

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO		
Acidente de Trânsito	Acidente de Trabalho	Outros Tipos de Acidentes
Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto ()	Origem: Construção Civil () Indústria ()	Intoxicação () Queda Acidental () Afogamento ()
Fator de Proteção: Cinto/ Capacete ()	Agricultura () Comércio () Ignorado ()	Queimaduras () Choque Elétrico () Outros: _____
Outros: _____	Outros: _____	
Agressão	Autoagressão / Suicídio	Local da Ocorrência
Arma: Arma de Fogo () Arma Branca ()	Arma de Fogo () Enforcamento ()	Ambiente de Trabalho () Via Pública () Domicílio ()
Spancamento () Outro: _____	Drogas () Queda de Nível () Outros: _____	Escola () Ignorado ()
Motivo: Assalto () Ação Policial ()		Outros: _____
Aggressão Sexual () Briga ()		

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR (VEH)

Notificação:	Investigação: Sim () Não ()	Responsável:
--------------	-------------------------------	--------------

CONDUTA MÉDICA

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA

Data/ Hora	
	<i>Indar Ho Angico</i> <i>Dr. Diego Nivaldo de Castro</i> <i>29 ABR 2018</i>

CONDIÇÕES DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Melhorado () Óbito () Evasão () Transferência () Indisciplina () À pedido ()
Transferido para: _____ Senha: _____

Assinatura e Identificação do Médico

Diagnóstico e/ou Primeira Atendimento: AAIH deverá ser obrigatoriamente preenchida nos casos de: Pacientes com período de internação igual ou inferior a 24 horas; transferências e óbito.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON DE REZENDE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02446

CONTA: 000000011308-8

Nr. da Autenticação 812AAC32EDC8D48B

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

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 móveis

DADOS DO CLIENTE ROSA MARIA PEREIRA DOS SANTOS CPF: 040.844.264-66 NIS: 16592696630	DATA DE VENCIMENTO 20/12/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/11/2018	CONTA CONTRATO 007013224964
	TOTAL A PAGAR (R\$) 49,95	DATA DA APRESENTAÇÃO 20/11/2018	Nº DO CLIENTE 2001387550
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MORGANA FABRICIA DOS S OLIVEIRA 210	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0005110650
IRAQUE/CUSTODIA 56640-009 CUSTODIA PE	RESERVADO AO FISCO 9EED.BC95.AE34.9351.AACB.91EA.A55B.15CD		
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			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18398925	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,31541014	22,07
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	13,00	0,47311521	6,15
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,40
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,23
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,15
Multa por atraso-NF 032258084 - 18/09/18			0,43
Atualização IGPM-NF 032258084 - 18/09/18			0,01
TOTAL DA FATURA			49,95

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	35,36	0,74	0,26	35,36	3,44	1,21

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629850	NOV 18	113
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222600	OUT 18	98
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,45333900	SET 18	74
		AGO 18	87
		JUL 18	97
		JUN 18	134
		MAI 18	121
		ABR 18	136
		MAR 18	125
		FEV 18	107
		JAN 18	156
		DEZ 17	168
		NOV 17	139

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	16,05	45,29
Transmissão	2,38	6,45
Distribuição (Celpe)	10,66	36,15
Encargos Setoriais	1,55	4,38
Tributos	1,47	4,16
Perdas de Energia	3,35	9,47
TOTAL	35,36	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CUSTODIA	0,00	5,91	11,82	23,64
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,46	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,52					
Todo Consumidor pode escolher a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003010050894	CAT	19/10/2018 15.314,00	20/11/2018 15.427,00	32	1,00000	0,00	113,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/12/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

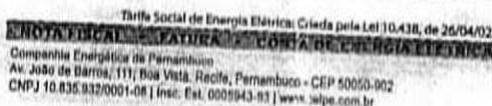
Pague no ponto mais perto de você! farmacia 232: av gonalves de lima no755b redenção / farmacia popular: custodia centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) 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 N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,06.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007013224964	11/2018	49,95	20/12/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



MARIA DE LOURDES MELO LIMA

CPF 286.442.044-91

B1- RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

012581899	UNICA	13
12/04/2018	2000590115	30

Consumo Abvo(kWh)
Contribuição Iluminação Pública
ICMS Subvenção-CDE/NF 001233700-12
ICMS Subvenção-CDE/NF 005110251-00
Doação APAE - 0000 722 3723

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA



PARAFIL
AVENIDA ALONSO MAGALHÃES
SÃO CRISTÓVÃO/SERRA TALHADA

Phobos V11.7.3 08-05-2018 16:09
Pa:205-021607 510:00230
CLPE VAL PG:R4 163.09

03000000000163020011001
1301030251013643883323

DOCUMENTO VALIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA										163 00
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
180754	CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
		1341/09/18	5.003,00	1364/2018	5.308,00	30	1,0000		305,00	

Gráfico de barras - Evolução da receita e despesas em reais

Mês/Ano	Receita (R\$)	Despesa (R\$)
ABR 16	208	208
MAR 16	330	330
FEV 16	314	314
JAN 16	330	330
DEZ 17	187	187
NOV 17	178	178
OUT 17	161	161
SET 17	146	146
AUG 17	134	134
JUL 17	124	124
JUN 17	140	140
MAI 17	188	188
ABR 17	158	158

Tabela de dados - Valores em cálculo e impositos

Item	VALOR EM CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
ICMS	137,28	25,00	34,32
PIS	137,28	0,82	0,71
COFINS	137,28	2,40	3,29

Tabela de dados - Despesas em reais

Item	Valor (R\$)	%
Transferência	4,07	2,56%
Distribuição (C + p.e)	33,50	21,03%
Perda de Energia	10,08	6,38%
Energia Natural	17,88	11,32%
Tráfego	36,33	22,81%
Total	137,28	100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

C. temuridze@phs.gov

Verde	12/11/18	Verde	17/11/18	Verde	17/11/18
-------	----------	-------	----------	-------	----------

Em casos de não pagamento do salário, o trabalhador da empresa poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua exclusão das respectivas do registro do Conselho de Engenharia, Arquitetura e Urbanismo (CREA), bem como o cancelamento de sua inscrição no Conselho de Engenharia, Arquitetura e Urbanismo (CREA), bem como o cancelamento de sua inscrição no Conselho de Engenharia, Arquitetura e Urbanismo (CREA).

ALBERTA: 44-243-2321

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUL 2018
SEGURO PRIVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as Informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.445.324/29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WILSON DE REZENDE inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.389.304/29, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WILSON DE REZENDE inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.389.304/29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA</u>		Número <u>573</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade <u>SERRA TALHADA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.903-220</u>
Telefone comercial(DDD) <u>87.9.9998-5442</u>		Telefone celular (DDD) <u>87.9.9998-1472</u>	

SERRA TALHADA PE 01 de JUNHO de 2018
Local e Data

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marlene de Queiroz Souza,
RG nº 3080229, data de expedição 04.09.84,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 477.884.024/00, com
domicílio na cidade de Flores, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Feijão, nº 1070,
complemento 2. rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Wilson de Rezende, cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: FAN 160
Ano: 2017/2018
Placa: PDA-3260
Chassi: SC2 KC2200 IR 110ISS
Data do Acidente: 24/04/2018
Local e Data: RUA ADOLFO GOMES - CUSTÓRIA

Marlene de Queiroz Souza
Assinatura do Declarante

Wilson de Rezende

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE SÍTIO DOS NUNES
Titular: MARIA GISENEIDE ARAÚJO SOUZA
Telefone: (071)-39570-102

Reconheço por Autenticidade a Firma de: MARLENE DE QUEIROZ SOUZA e dou fé. Sítio dos Nunes - Flores - PE.
Em Testemunho da Verdade. Emol. 3,39, TSNR: 0,80 PERC 0,40 ISS 0,20. Total: 4,79

Mª Giseide Araújo Souza

Selo: 0075945.OTE11201701.01519 28/05/2018 16:19:46
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
ETABELIONATO
Mª Giseide A. Souza

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUL 2018
SEGURO QP/AT

Reconhecer firma por autenticidade



Humberto Medeiros

CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

CLÍNICA MÉDICA | CIRURGIA | OBSTETRÍCIA | FISIOTERAPIA |

NUTRICIONISTA / ULTRASONOGRAFIA / RAIOS-X

CONVÊNIO: BANCO DO BRASIL, CAPESAÚDE E UNIMED

Wilson Rezende

Auto Médico

Atesto, para fins de Seguro DPVAT,
que o paciente Wilson 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 a tratamento cir-
úrgico em 15/05/18 e sendo to-
tamente, permanece impossibilita-
do de exercer suas atividades labo-
rais por (Nove) dias.

610:542.0

AV. PEDRO II, Nº 66 - CENTRO
CUSTÓDIA-PE

F. 87 3848-1082

CLINICAMIDEIROS@HOTMAIL.COM

Dr. Humberto Medeiros

Carimbo e Assinatura do médico

DATA 19/11/18

VOLTANDO À CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Dr. Fred Veras
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6685-PE CPF 129098314-34

Wilson de Rezende

EXCELSIOR SEGUROS

22 AGO. 2018

SEGURO DPVAT

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta via pública 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 seqüela 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



Reumatologia-Ortopedia
CRM 6685-PE CPF 129098314-34



UNIDADE MISTA ELIZABETH BARBOSA
FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA

DATA: 29/04/18 HORA: 11:58 RECEPCIONISTA: Raianne FICHA: 38

NOME:	Wilson de Rezende		
DATA DE NASCIMENTO:	19.02.1980	IDADE:	38
SEXO:	() FEMININO (X) MASCULINO		
NOME DA MÃE:	Expedita Felicidade Rezende		
DOC. IDENTIDADE:		CART. SUS:	
RAÇA:	01	PROFISSÃO:	Pedreiro
ACOMPANHANTE:	Francinaldo (pai)		
ENDEREÇO:	R. Adolfo Gomes Carvalho 214		
BAIRRO:	Vila Verde		
MUNICÍPIO:	Custódia	TELEFONE:	()

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 (X)	NÃO ()
INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA	SIM ()	NÃO (X)
AGRESSÃO FÍSICA	SIM ()	NÃO (X)
ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	SIM ()	NÃO (X)

OBSERVAÇÕES:

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO

Pequeno Olho moto-moto.
Peça sincopa, peça remota.
Peque do, em negro de
Clavícula, ressonância.

EXAME FÍSICO

GLASGOW: 

ACV:

AR:

AD:

MEMBROS:

EXAME COMPLEMENTAR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura de clavícula E

ENFERMAGEM

MEDICAÇÃO PRESCRITA

HORA

MEDICAÇÃO PRESCRITA

Valtaren — OIF, JPL
Prologear — Teratologisten
Hospital — Hôpital de Barro
Senha — 5416 000

27 *Diploglossus* *terramatologus*
Hospital de San Juan
Sanja 5416 000

Hospital für die Armen

Senha 5416 000

Dra. Rivanne Mourato Severo
Médica
CRM-PE: 23962

Medica

Medica
CRM-PE: 23962

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

María Zenilda Rodríguez de M. Santos
Téc. de Enfermagem

ter de Entenmarkt

COREN-PE 901 174.822

ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO

PACIENTE ASSINTOMÁTICO, SEM MEDICAÇÕES NA URGÊNCIA, AO PSF

PACIENTE DEVERÁ SER LIBERADO 15 MINUTOS APÓS MEDICAÇÕES E SE ESTIVER SEM SINTOMAS, PROCURAR PSF PARA PROSSEGUIR INVESTIGAÇÃO.

PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DEVE TER REAVALIAÇÃO MÉDICA ANTES DA ALTA. APÓS ALTA, PROCURAR PSF PARA PROSSEGUIR INVESTIGAÇÃO.

INTERNAME TO.

TRANSFERÊNCIA

Pernambuco

1919909-033508900002492

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>RAFAEL CAMPOS D. BARBOSA</u>		Data: <u>24/07/2018</u>	
Sexo: <u>Masculino</u>	Idade: <u>35</u>	Cor: <u>Branco</u>	Hora: <u>17:23:00</u>
Data de nascimento: <u>15/01/1983</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	CPF: <u>233.00</u>	
Profissão: <u>Recepcionista</u>	Tel.: <u>93616.2442</u>	RG: <u>36.113.830.7</u>	
Endereço: <u>Rua Argemiro Fabiano</u>		CEP: <u>56.640.000</u>	
Bairro: <u>Redenção</u>	Município: <u>Aratá</u>	Nº: <u>510</u>	
Naturalidade: <u>Aratá</u>	CNS: <u>500.7044.9183.6497</u>		
Escolaridade: Analfabeto: ☐ 1º Grau: ☐ 2º Grau: ☐ Superior: ☐			
Filiação: <u>Jose Manoel de Rezende</u>		Tel.: <u></u>	
Acompanhante: <u>Rafael Campos D. Barbosa</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>Rafael Campos D. Barbosa</u>		
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO	
Bombeiro: ☐ SAMU: ☐	Andando: ☐ Maca: ☐ Cadeira de rodas: ☐	Hospital: ☐	
Ambulância: ☒ Auto: ☐	Senha: <u>56000</u>	UPA: ☐ PSF: ☐	
Moto: ☐ Outros: <u></u>		Outros: ☐	
PA: <u>42</u>	HGT: <u></u>	TEMP: <u></u>	FC: <u></u>
FR: <u></u>	Peso: <u></u>	Alérgico: <u></u>	SATO2: <u></u>
Antecedentes Pessoais/Familiares:			
Uso de Medicamentos:			
Situação/Queixa Principal: <u>Mal-estar em 24/7</u>			
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	
☐ Febre	☐ Dificuldade de Respirar	☐ Clínico Geral	☐ Vermelho
☐ Vômitos	☐ Confusão Mental	☐ Cirurgião	☐ Amarelo
☐ Fraqueza	☐ Distúrbios Visuais	☒ Ortopedista	☐ Verde
☐ Fadiga	☐ Taquicardia	☐ Pediatria	☐ Azul
☐ Cefaléia	☐ Paraestesia e/ou paralisia	☐ Serviço Social	
☐ Tontura	☐ Tosse	☐ Outros: <u></u>	
☐ Convulsão	☐ Dor local		
☐ Desmaio	☐ Queixa primária		
☐ Sangramento	☐ Outras Queixas: <u></u>		
Assinatura do Enfermeiro			
Rafael Campos D. Enfermeiro COREN-PE 3984			
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA			
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA): <u>Mal-estar em 24/7</u>			
2 - Hipótese Diagnóstica: <u></u>			
3 - Exames Solicitados: <u></u>			
Assinatura e Identificação do Médico			

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NÚMERO DO DOCUMENTO	6 - NOME ATEND.	7 - DATA DE NASCIMENTO	8 - SEXO
033.389.304-29	RAIANNE BARBOSA	19/02/1980	Feminino
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
WILSON DE REZENDE	19/02/1980	Masculino	EXPEDITA FELICIDADE DE REZENDE
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - COD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF
MORGANA FABRICIA DOS SANTOS OLIVEIRA	CUSTODIA	PE	56640-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL 22 - CID. 10 PRINCIPAL 23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO 24 - CID. 10 SECUNDÁRIO 25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
28 - CLÍNICA	29 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
202 - TRAUMA. MASCULINO	30 - DOCUMENTO
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
13/05/2018	EXCELSIOR SEGUROS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNPJ DA EMPRESA
41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOE
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO		

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR	47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	52 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO	53 - DATA DA INTERNAÇÃO
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	55 - DATA DA INTERNAÇÃO	56 - DATA DA ALTA

XIGERES



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 13/05/2018		Nº Registro: 000155778	
Identificação do Paciente: WILSON DE REZENDE		202 - TRAUMA. MASC.	
Data Nascimento: 19/02/1980	Idade: 38	Sexo: Masculino	Cad. Pardo
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>Doença pré-existente com uso de insulina Hipertensão arterial sistólica e diastólica do sistema cardiovascular. Não há diabetes e</i>			
Diagnóstico Inicial <i>Fratura de fêmur E</i>			
S.A.D.T. <i>Unidade 14-05-18 Colado 15/05-18</i>			
Diagnóstico Final <i>Fratura de fêmur E</i>			
CONDICÃO DE ALTA / MOTIVO DA ALTA			
Melhorado []	Decisão Médica []	Data do Internamento: 13/05/18	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 15/05/18	
Piorado []	Transferência []	Local: Antônio Rodolfo	
Óbito+48h []	Evaseio []	CPF: 096.552.003-25	
Óbito-48h []	Indisciplina []	Médico Responsável	
Óbito em: / /			
Hora: / /			

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1ª Auxiliar:

2ª Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sol pulso - 18.08 - clomulac
Superfície cutânea, super
Cavidade e cava plástica
por placa de 18.08 -
Vector sem feitura plástica
foco feitura, realizada
fixação uterina
Dr. KIRSCHNER, super
por 18.08 + recetivo

Antonio Rodrigues de Freitas
CPF: 090.552.003-25 CRM: 7251

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUL 2018
SEBRAE DOIST

Assinatura do Cirurgião

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

HOSPITAL REGIONAL HUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE
EDUARDO BENEDETO WANDERLEY ARCOVERDE

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

Identificação do Paciente

WILSON DE REZENDE
703109572636477
EXPEDITA FELICIDADE
RUA ADALTO GOMES DE CARVALHO
CUSTÓDIA

19/02/1995

MASCULINO

87906162492

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

Dados sobre o Transporte

AMBULÂNCIA

11/05/18 22:16

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ADRIANO CAVALCANTE SAUPE

ORTOPEDIA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

11/05/18 19:18

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUL 2018

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
HOSPAM

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

21/11/2018 17:23:00
Nome: raianne.barbosa

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

PACIENTE RENATO 15 TRAT-
TURA ASL-0242681/18 ESOLU-
DA, raianne.barbosa 21/11/2018 17:23:00
MENTO CLAR

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

Data: 28/5/18

Médico: 000

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

EXCELSIOR SEGUROS
5 JUL 2018
SEGUROS

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

ASL-0242681/18
raianne.barbosa
21/11/2018 17:23:00

Wilson de Rezende

laudo médico

Atesto, para fins de Seguradora Social, que o paciente, vítima de acidente motociclístico com fratura de clavícula Eq, submetido à tratamento cirúrgico após perda de força e movimento da Esquerda de 25%.

Após esse fato o paciente sofreu dor à palpação e F.O. e fratura da clavícula Eq. Não apresenta hipotrofia muscular.

C.R. 542.0



Atesto dia, 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

