



ALVES & MELO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES, brasileiro(a),
profissão: DESEMPREGADA, carteira de identidade/RG nº 4.255.532 585/PE, inscrito
(a) no CPF sob o nº 775.059.054-49, residente e domiciliado(a) na
SETOR COQUEIRA Nº 49-F ARCOVERDE/PE, CEP: 56.506-970
e-mail: _____, Telefone/Whatsapp: (81) 99996-7907.

OUTORGADOS: **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351 e **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 53.167. Ambos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife – PE, CEP 50750-630

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive requerer os benefícios da justiça gratuita em favor do seu constituinte, realizar acompanhamento também na esfera administrativa, quando necessário podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará aos advogados contratados, **honorários advocatícios no percentual de 30% (trinta) por cento** sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **RETER** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

ARCOVERDE 07 de AGOSTO de 2020

OUTORGANTE

Empresarial da Ilha – Rua Helena de Lemos, nº 330, sala 102, Ilha do Retiro, Recife – PE, CEP: 50.750-630
Contato(s): 81 3222 2062 – 81 99234 1478 – 81 99608 9260

S





ALVES & MELO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES, brasileiro (a),
profissão: DESEMPREGADA, carteira de identidade/RG nº 4.255.532 JAS/PE, inscrito
(a) no CPF sob o nº 775.059.054-49, residente e domiciliado (a) na
SITIO CONCEIÇÃO Nº 49 - F AROUENDE, CEP: 56.506-970 Declaro
sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem como
quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requero os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

AROUENDE, 07 de AGO de 2020

OUTORGANTE



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Dele, pela sua importância, a seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador o cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://TRABALHO.GOV.BR)



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

SECRETARIA DO TRABALHO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

REGISTRO

237.01159.42-0

NÚMERO

4629398

SÉRIE

0060

UF

PE

WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

ASSINATURA DO TITULAR



PRELIMINAR CHIMPETEC



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

FILIAÇÃO MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES
WALYSON J. MORENO CALADO SALES

MASCULINO 28/11/2008

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

NATURALIDADE ARCOVERDE - PE

DOCUMENTO FIC - 11069000 - 16002019 - 0208 - PE

LEI Nº 8.080, DE 18 DE MARÇO DE 1990

CNPJ 114.000.724-01

VIT. ELEITOR

LOCAL DE EMISSÃO REC - ARCOVERDE - MARFETO - AT ARCOVERDE
DATA DE EMISSÃO 19/08/2018

CNPJ

SEÇÃO

ZONA

Assinado eletronicamente por: THIAGO FELIPE DIAS DE MELO

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DO DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

1 - EMISSÃO 11 - CANCELAMENTO 12 - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE 13 - DATA DE NASCIMENTO
14 - NATURALIDADE 15 - DOCUMENTO 16 - MUDANÇA DE ENDEREÇO

03



Assinado eletronicamente por: THIAGO FELIPE DIAS DE MELO - 27/08/2020 19:40:58

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082719405855700000065821393>

Número do documento: 20082719405855700000065821393

Num. 67098691 - Pág. 1



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **114.203.724-08**

Nome: **WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES**

Data de Nascimento: **26/11/2002**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/11/2011**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:08:11** do dia **09/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **AADD.904D.51BC.6714**



Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



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 10.535.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



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

MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA
CPF: 775.059.354-48

DATA DE VENCIMENTO

17/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076571560

CONTA CONTRATO

007004098433

Nº DO CLIENTE

2001223966

Nº DA INSTALAÇÃO

0005233079

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI COQUEIRO 49 -F

SÍTIO COQUEIRO/ARCOVERDE RURAL
56506-970 ARCOVERDE PE

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

8611.BE24.DFE8.1B4B.024D.B74B.29D2.2C58

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

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,43729967	13,11
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,25
Multa por atraso-NF 072661381 - 08/08/19			0,27
Juros por atraso-NF 072661381 - 08/08/19			0,09
TOTAL DA FATURA			14,72

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	14,36	0,81	0,11	14,36	3,72	0,53

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 3,41749993

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
SET 19		30
AGO 19		30
JUL 19		30
JUN 19		30
MAI 19		32
ABR 19		42
MAR 19		60
FEV 19		50
JAN 19		44
DEZ 18		56
NOV 18		55
OUT 18		38
SET 18		37

Faturado pelo mínimo de fase -
Custo de Disponibilidade,
Artigo 96, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003000006751	CAT	08/08/2019	3.582,00	09/09/2019	3.611,00	32	1,00000	0,00	29,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/10/2019]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		5,00	11,16	22,32	44,65
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		5,00	5,00	5,00	5,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,00
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,00					

[Toda Consumidor pode solicitar a apuração das indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios areia branca: praça barão do rio branco são miguel / da com
daiana comercio e serv: rua arcelino de brito filho centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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,d do RICMS-PE.
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 4,13 .
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
007004098433	09/2019	0,00	17/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 114.203.724-08 4 - Nome completo da vítima: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES. 6 - CPF: 114.203.724-08
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SITIO COQUEIRO 9 - Número: 49 10 - Complemento: F
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: ARCOVERDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.506-970
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98996-7907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES.
18 - CPF do Representante Legal: 775.059.054-49 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 7922 CONTA: 15289 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ARCOVERDE 04 DE ZERILHO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>Walmir Clímaco Almeida Sales</u>		Ficha nº: <u>16646</u>
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>16</u>	Data: <u>09/09/19</u>
Data de nascimento: <u>26/11/02</u>	Cor: <u>Parda</u>	Hora: <u>17:10</u>
Profissão: <u>---</u>	Estado Civil: <u>---</u>	CPF: <u>714203.724.08</u>
	Tel.: <u>---</u>	RG: <u>---</u>
Endereço: <u>Cícero Franklin Carrião</u>		CEP: <u>56509-820</u>
Bairro: <u>Superior</u>	Município: <u>Bequimá</u>	Nº <u>65</u>
Naturalidade: <u>Araucária-PE</u>	CNS: <u>701800077455092</u>	
Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()		
Filiação: <u>Mª da Conceição Almeida Sales</u>	Tel: <u>991876264</u>	
Acompanhante: <u>A. Tony</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>---</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO
Bombeiro () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()
Ambulância () Auto ()	Senha: <u>---</u>	UPA () PSF ()
Moto () Outros: <u>---</u>		Outros ()
PA: <u>110x70</u>	HGT: <u>---</u>	TEMP: <u>---</u> FC: <u>---</u> SATO2: <u>---</u>
FR: <u>---</u>	Peso: <u>---</u>	Alérgico: <u>Não sabe</u>
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u>---</u>		
Uso de Medicamentos: <u>Não</u>		
Situação/Queixa Principal: <u>Recebeu queda de moto (MSE)</u>		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
() Febre () Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	() Vermelho
() Vômitos () Confusão Mental	(X) Cirurgião	(X) Amarelo
() Fraqueza () Distúrbios Visuais	() Ortopedista	() Verde
() Fadiga () Taquicardia	() Pediatra	() Azul
() Cefaléia () Paraestesia e/ou paralisia	() Serviço Social	
() Tontura () Tosse	() Outros: <u>---</u>	Assinatura do Enfermeiro:
() Convulsão () Dor local		<u>Thiago Felipe Dias de Melo</u>
() Desmaio () Queixa urinária		Enfermeira
() Sangramento () Outras Queixas: <u>---</u>		COBEN-PE 284.331
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):		
<u>POLITRAUMATISMO</u>		
2 - Hipótese Diagnóstica: <u>POLITRAUMATISMO</u>		
3 - Exames Solicitados:		

Dr. Luiz Carlos Sales
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB 9263
Assinatura e Identificação do Médico





Hospital do
Tricentenário

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>Walter Vinícius Almeida</u>		Ficha nº: <u>53</u>
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>18 anos</u>	Data: <u>14/09/19</u>
Cor: <u>Branco</u>	Estado Civil: <u>-</u>	Hora: <u>9:05</u>
Data de nascimento: <u>26/11/02</u>	CPF: <u>-</u>	RG: <u>-</u>
Profissão: <u>-</u>	Tel.: <u>99116 5467</u>	CEP: <u>56 518 895</u>
Endereço: <u>São Luiz</u>	Município: <u>Quamoh</u>	Nº: <u>-</u>
Bairro: <u>-</u>	CNS: <u>305 8000 7745 5052</u>	
Naturalidade: <u>Quamoh - PE</u>		
Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()		
Filiação: <u>Mãe: Lúcia Almeida Sales</u>	Tel.: <u>-</u>	
<u>Walter Sindberg Sales</u>		
Acompanhante: <u>a mãe</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>S. Lima</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO
Bombeiro () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()
Ambulância () Auto ()	Senha: <u>-</u>	UPA () PSF ()
Moto () Outros: <u>-</u>		Outros ()
PA: <u>132/96</u>	HGT: <u>-</u>	TEMP: <u>-</u>
FR: <u>-</u>	Peso: <u>-</u>	FC: <u>-</u>
	Alérgico: <u>não</u>	SATO2: <u>-</u>
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u>não</u>		
Uso de Medicamentos: <u>-</u>		
Situação/Queixa Principal: <u>Trauma MEB</u>		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
() Febre	() Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral
() Vômitos	() Confusão Mental	() Cirurgião
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	() Ortopedista
() Fadiga	() Taquicardia	() Pediatra
() Cefaléia	() Paraestesia e/ou paralisia	() Serviço Social
() Tontura	() Tosse	() Outros: <u>-</u>
() Convulsão	() Dor local	
() Desmaio	() Queixa urinária	
() Sangramento	() Outras Queixas: <u>-</u>	
CLASSIFICAÇÃO		Assinatura do Enfermeiro:
() Vermelho		Ferdinanda Brito
() Amarelo		CORE-PE 32018-ENF
() Verde		
() Azul		
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):		
<u>Por um ponto de partida de moto grande de</u>		
<u>SAIDA</u>		
2 - Hipótese Diagnóstica:		
<u>TRAUMA</u>		
3 - Exames Solicitados:		
<u>Ex</u>		

Dr. Diego Araújo de Castro
Médico Ortopedista
CRM 23629

Assinatura e Identificação do Médico





GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE

DATA DA SOLICITAÇÃO:
14/09/19 11:00

MÉDICO SOLICITANTE:
ARTHUR LUIZ CORREIA DE MEDEIROS

Nº SOLICITAÇÃO:
621362

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
709800077455097

DATA DE NASCIMENTO:
28/11/2002

SEXO:
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES

TELEFONE DE CONTATO:
87991165447

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
COQUEIRO, 49

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
ARCOVERDE

COD. IBGE MUNICÍPIO:
2601201,00

UF:
PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MODO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
25/09/19 14:03

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
MARIA ANAIDE ZACCHE DE SA ABREU E LIMA

TIPO LITO:
CIRURGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
25/09/19 08:03

MÉDICO AUTORIZADOR:



Fratura 09/09/19 (R)

Pele Integra

Ficha 51

H.R.R.B.C

HOSPITAL REGIONAL
RUY DE BARRUS CORREIA
ARCOVERDE - PE

Comunicação

Sistema
14/09/19
621362

FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO DOS LEITOS DE TRAUMATOLOGIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

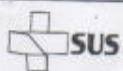
NOME:	Valerion Vinicius Almeida Sales
NOME DOS GENITORES	26/11/02
DATA DE NASCIMENTO	m. Conceição Almeida Sales
ENDEREÇO:	54 Equino SN ZR Acorde
TELEFONE DE CONTATO	9916-5447. m. / 9988-7241 Zp.
CARTÃO DO SUS	405 8000 7745 5077

DADOS DO MÉDICO

NOME:	CRM
QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE	
EXAMES REALIZADOS PARA FINS DIAGNÓSTICO:	
DIAGNÓSTICO	14/09/19
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	fratura de mão (2)
TIPO DE LEITO:	CIRÚRGICO (X) BUCO MAXILO ()

OBSERVAÇÃO: Caso o paciente esteja internado e agravar o quadro necessitará dos dados abaixo.

DADOS	VALORES
SATURACÃO	
FC	
FR	
T	
PA	
GLASGOW	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172987

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 9 8 0 0 0 7 7 4 5 5 0 9 7

8 - DATA DE NASCIMENTO

26 / 11 / 2002

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO COQUEIRO, N49, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARCOVERDE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2601201

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 5 1 8 8 9 9

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Posição pré-hospitalar M.S.E., dor
miocrdial pré-hospitalar M.S.E., taquicardia,
e hipertensão. Jejum com M.S.E.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

As alterações e AP+Ref

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento de Rastreamento e

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040 0020 407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Thiago Felipe Dias de Melo

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/09/19

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

CPF: 050.552.003-25

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - ZÉPIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

261910505972-8

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

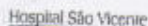
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

02
12

26.09 a 27.09.19

Thiago Felipe Dias de Melo
CRM: 27.214-15 CRM: 27.214-15
Médico Autorizador
XIGERES





Data Atend: 26/09/2019		Atendimeto: 0023611		Quarto/leito: 202 / 2	
Paciente: 00172987 - WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES					
Data Nasc: 26/11/2002		Idade: 16 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: ESTUDANTE		Naturalidade: ARCOVERDE		Estado Civil: Solteiro	
Nome Pai: WALANO LINDIBERG CALADO SALES			Nome Mãe: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES		
Endereço: SITIO COQUEIRO, 49			- ZONA RURAL - ARCOVERDE - PE		
Telefones: () . / () . / (87) 9116.5447					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Suicídio ()		Casual ()		Outros ()	
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>história pregressa de SE, deprimido e insatisfeito com a vida, com uso de medicação para depressão.</i>					
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura Radioulnar e</i>					
ADT: <i>Tratamento com TPA, analg, e curativos</i>					
Diagnóstico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada ()		Descrição Médica ()			
Alterado ()		Alta a Pedido ()			
Morando ()		Transferência ()			
bito + 48h ()		Evasão ()			
bito - 48h ()		Indisciplina ()			
bito em ____/____/____					
ora : ____					
Data do Internamento: ____/____/____				Data da Alta: ____/____/____	
Local: ____				Medico Responsável: <i>[Assinatura]</i>	

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 26/09/2019	Atendimento: 0023611	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00172987 - WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES		
Cirurgia Realizado: <i>osteossintese 1/3 distal Fêmur E</i>	N. do Procedimento: <i>0408030407</i>	
Data: 26/09/19	Início:	Término
Cirurgião: <i>Eufemio</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Silvane</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Del. peritônio. Aberto M3F, ferimento de Valses Rando E, com abertura por placa Abordagem Valses Rando, Rando e osteossintese usando OSPA ou 5.5 3+2, 02 P. Espalfo 4.0, 02 P. cortical 3.5 Sutura por placa, Anestesia Recrutivo</i>		

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.066-25

Assinatura do Cirurgião



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE

DATA DA SOLICITAÇÃO:
14/09/19 11:00

MÉDICO SOLICITANTE:
ARTHUR LUIZ CORREIA DE MEDEIROS

Nº SOLICITAÇÃO
621362

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
709800077455097

DATA DE NASCIMENTO:
25/11/2002

SEXO:
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES

TELEFONE DE CONTATO:
87991165447

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
COQUEIRO, 49

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
ARCOVERDE

COD. IBGE MUNICÍPIO:
2601201,00

UF:
PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
25/09/19 14:03

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
MARIA ANAIDE ZACCHE DE SA ABREU E LIMA

TIPO LETO:
CIRURGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
25/09/19 08:03

MÉDICO AUTORIZADOR:





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 156ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARCOVERDE - DP156ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC



BOLETIM DE Ocorrência (COMPLETO)
Nº. 19E0246002930

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/10/2019** às **17:32**

*** CONFIDENCIAL *** USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGAÇÃO E/OU INQUÉRITO
POLICIAL*

Ocorrência

Natureza: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**

Data: **9/9/2019** Hora: **Tarde**

Motivação: **NÃO INFORMADO**

Endereço do fato: **MUNICÍPIO DE ARCOVERDE, 1, COHAB B, 0 SAO GERALDO, ARCOVERDE, PERNAMBUCO, BRASIL**

Local do fato: **NAO INFORMADO**

Envolvidos:

NÃO SE APLICA (AUTOR) AGENTE)
MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES (NOTICIANTE)
WILTON RAFAEL SALES BRANCO (OUTRO)
ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA (VÍTIMA)
WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES (VÍTIMA)

Objetos:

VEICULO: MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN (Usado na geração da ocorrência)
BRANCO - Utilizado por: **ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA**

- Proprietário: **WILTON RAFAEL SALES**

Envolvidos

Maria da Conceição A. Sales
MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES (presente ao plantão) Sexo: **FEMININO** Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO** Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO** Mãe: **MARIA ISOLDA DA SILVA ALMEIDA** Pai: **JOÃO ANTONIO DE ALMEIDA** Nascimento: **8/12/1972** Nacionalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Características Físicas:
Idade aparente: **47** Cor da pele: **PARDA**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**



Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ARCOVERDE, 1; SÍTIO COQUEIRO ; 55000-000; CENTRO; ARCOVERDE; PERNAMBUCO; BRASIL**

WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES (presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES**; Pai: **WALANO LINDIMBERG CALADO SALES**; Nascimento: **26/11/2002**; Nacionalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL**; Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**; Profissão: **ESTUDANTE**; Telefones Celulares: **- 087992099291**

Características Físicas:
Idade aparente: **17**; Cor da pele: **BRANCA**;

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ARCOVERDE, 1; SÍTIO COQUEIROS; 55000-000; CENTRO; ARCOVERDE; PERNAMBUCO; BRASIL**

NÃO SE APLICA

Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO** Nome do Representante: Cargo do Representante: Pessoa de Contato: Telefone da Contato:

ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **ANTONISIA CRISTALINE MATIAS BARBOSA SILVA**; Pai: **ANTONIO JOAQUIM DA SILVA NETO**; Nascimento: **25/7/2000**; Nacionalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL**; Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Idade aparente: **20**; Cor da pele: **PARDA**;

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residencial: **AVENIDA PINTO DE CAMPOS, 1; PRÓXIMO A FUNERÁRIA; 0; SAO MIGUEL; ARCOVERDE; PERNAMBUCO; BRASIL**

WILTON RAFAEL SALES BRANCO (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NAO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NAO INFORMADO**; Mãe: **NAO INFORMADO**; Nascimento: **NAO INFORMADO**; Nacionalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:
Cor da pele: **PARDA**;

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Objetos

MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN (VEÍCULO)

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO** - Objeto apreendido: **Não**
Número de Série: **NAO INFORMADO** Cor: **CINZA** Quantidade: **(UNIDADE NAO INFORMADA)** Valor Unitário: **(MOEDA NAO INFORMADA)**

Placa: **PDD 244** (PERNAMBUCO / ARCOVERDE) Renavam: **118738491** Chassi: **9C2KC2200KR042010**
Ano Fabricação/Modelo: **2019 / 2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES, PARA NOTICIAR ACIDENTE DE TRANSITO SOFRIDO PELO SEU FILHO WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES, DE 16 ANOS DE IDADE. WALYSON INFORMOU QUE TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA PLACA PDD 2447, CONDUZIDA PELA PESSOA DE ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA COHAB II, O CONDUTOR FOI DESVIAR DE UM CAÇORRO E CAIRAM DA MOTOCICLETA. O CONDUTOR TEVE APENAS ESCORIAÇÕES, MAS, A PESSOA DE WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES TEVE FRATURA DO PUNHO ESQUERDO. FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE

200-236-83-36/pernambuco/VisualizaBO-do?idUn=246&idOc=8073408&nroBO=19E0246002030&tipo=completo&natPrincipa=ACIDENTE DE TRÂNS... 2%



ARCOVERDE PELO PRÓPRIO CONDUTOR, ONDE TEVE OS PRIMEIROS SOCORROS, E DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO.

B.O. registrado pelo policial: *Thamir* **FABIA MUNIZ CABRAL** - Matrícula: 208603-4



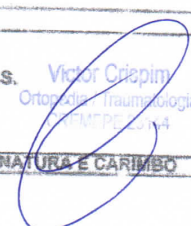
RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	09/09/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	09/09/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
Walyson Vicius Almeida Sales			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Fratura de metacarpo 5º			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):			
Tratamento Cirúrgico de fratura de metacarpo 5º Alta 09/09/19			
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?		☐ SIM	☒ NÃO
Caso positivo descrever:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA			

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Pericárdio apresenta rigidez articular com perda de movimentos internos e externos com perda de movimento supinação, apresenta tendão rompido, consolidação visível 75% - Grave
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE		Dezembro	A
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO	
Aracaju	04/11/2020	 Victor Crispino Ortopedia - Traumatologia CRM 10.144	



SINISTRO 3190688276 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

CPF/CNPJ: 11420372408

Posição em 11-08-2020 14:49:35

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



DESPACHO

1. Defiro os benefícios da justiça gratuita.
2. **ADMITO** o processamento do pedido, à vista do disposto nos arts. 319 e ss., do CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL.
3. Antes de designar a audiência prevista no art. 334, CPC, entretanto, tenho por bem determinar a produção antecipada de prova pericial (art. 370, *caput*, CPC), indispensável para o deslinde do feito, conforme estabelecido no art. 5, §5º da lei 6.194/1974, uma vez que, nos termos do art. 381 do CPC, *“A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: (...) II – a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito”*.
4. Esclareço, ademais, que, adotando a medida acima, replico procedimento há muito já adotado pelo TJPE, através da promoção de mutirões, nos quais se realizam perícias a fim de se aferir o grau de debilidade da parte DEMANDANTE e, posteriormente, oportuniza-se às partes a autocomposição, já cientes do conteúdo do laudo pericial.
5. Consigno, ademais, que a adoção do procedimento acima tem, como de sabença, propiciado a realização de diversos acordos sobre a matéria, o que deve ser fomentado, especialmente diante da primazia da resolução dos conflitos pelos meios consensuais prevista de maneira sistemática no código de processo civil e leis especiais pertinentes.
6. Assim, **NOMEIO** para realização da prova pericial a médica **Marcela Mendonça Silva**, CRM-PE 15591, com endereço e demais dados pessoais já do conhecimento da Secretaria deste Juízo, para, **independentemente de compromisso**, atuar no presente procedimento como **perito(a)(s) oficial(a)(s)**, objetivando a realização de perícia médica para verificação e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, no tocante à pessoa do(a) demandante, em conformidade com a Lei n. 6.194/74.
 - 6.1. Intimem-se as partes para que tomem conhecimento da indicação do perito e, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, indiquem os assistentes técnicos e apresentem os quesitos, como dispõe o art. 465, §1º, do CPC.
 - 6.2. Fixo o valor dos honorários periciais em R\$ 300,00, em favor do(s) perito(s) que subscrever(em) o laudo pericial, valor este a ser custeado pela Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT em razão do seu compromisso firmado perante com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, nesse sentido, conforme os termos do Convênio nº 014/2017.
 - 6.3. Notifique-se, por qualquer meio de comunicação, o perito oficial para que informe a **data, local e hora de realização da perícia**.
 - 6.4. Assim que o perito informar, nos autos, a data e hora em que dará início à realização da perícia, INTIMEM-SE as partes para que tomem conhecimento (CPC, art. 474), por meio publicação no DJe. **Intime-se, ademais, a parte autora, por meio de mandado, no endereço declinado na exordial, para comparecer ao local de realização da perícia, após a informação do médico com relação à data e hora da realização do exame.**
 - 6.5. Considerando as peculiaridades do caso, poderá o perito notificar diretamente as partes acerca da data e hora de início de realização da perícia, devendo acostar as respectivas notificações ao seu laudo pericial.



6.6. Caso o(a) perito(a) entenda necessário, notifiquem-se a quem de direito para fornecer os elementos necessários à elaboração do laudo por parte do referido especialista.

6.7. O(s) laudo(s) respectivo(s) deverá(ão) ser apresentado(s) dentro do prazo de 30 (trinta) dias, digitado ou em letra de forma (resolução 1601/2000, CFM, art. 39 e Código de Ética Médica, 3º Capítulo, art. 11), a contar da data indicada para início dos trabalhos.

6.8. Considerando que a realização da perícia neste momento processual visa à autocomposição, oportunizarei às partes a manifestação sobre o laudo, após a realização da audiência a que alude o art. 334, CPC, que apenas não ocorrerá se ambas as partes manifestem desinteresse.

6.9. Com fulcro no art. 470, II do CPC, formulo como quesitos do juízo as seguintes indagações:

a) Há lesão cuja etiologia (origem casual) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

b) Qual(uais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

c) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação? Quais?

d) Pelo exame médico legal, pode-se afirmar que as lesões resultaram em dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s)? Em caso positivo, informar quais as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

e) Faz-se necessário exame complementar?

f) Promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento e que sejam geradoras de anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), em conformidade com a Lei 11.945/2009 e o seu segundo anexo, indicando se: (i) o dano é total ou parcial? (ii) Sendo parcial, se é completo ou incompleto? (iii) e informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, em conformidade com a alínea II, § 1º, do art. 3º, da Lei 6.194/74, correlacionando o percentual do seu respectivo dano, em cada segmento corporal, esclarecendo se a repercussão do dano é residual (10%), leve (25%), média (50%), ou intensa (75%)?

7. Com a juntada aos autos do laudo pericial, INTIME-SE, por carta com AR, a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT para que, em conformidade com o compromisso firmado perante com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, consoante os termos do Convênio nº 014/2017, efetue, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da sua intimação, o pagamento dos honorários periciais no valor de R\$300,00 (trezentos reais), mediante depósito na conta bancária do perito, cujos dados se encontram nos arquivos da Secretaria desta Vara, os quais deverão constar da carta de intimação.

8. Na sequência, voltem-me os autos conclusos para designação da audiência prevista no art. 334, CPC.

9. Intimem-se e cumpra-se, como devido.

Recife, 10 de novembro de 2020.



Eduardo Costa
Juiz de Direito

