

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **WAGNER DAMIAO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180278744**

Vitima: **WAGNER DAMIAO DE SOUZA**

Data do Acidente: **17/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180278744**.

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 12984119



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **WAGNER DAMIAO DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180278744**
Vitima: **WAGNER DAMIAO DE SOUZA**
Data do Acidente: **17/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180278744**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180278744

Vítima: WAGNER DAMIAO DE SOUZA

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WAGNER DAMIAO DE SOUZA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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
	073633464-33	Wagner Damiano de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Wagner Damiano de Souza	073633464-33	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Latamundo Frei Damiano	S/N	-
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Alagoa Nova	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58125000	(83) 983595367

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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018

FAIXA DE RENDÁ MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
---	--	--	--

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome 	BANCO Nome 	AGÊNCIA NRO. 	AGÊNCIA NRO.
CONTA NRO. 	CONTA NRO. 	AGÊNCIA D/V 	AGÊNCIA D/V
3834 (Informar dígito se existir)	8 (Informar dígito se existir)	33838 (Informar dígito se existir)	5 (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.

Alagoa Nova - PB, 03 de 05 de 2018

Local e Data:

Wagner Damiano de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000418/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000418/18 registrada em 20/04/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 09:26 horas, compareceu o Sr. WAGNER DAMIÃO DE SOUZA, com 31 anos de idade, filho de DAMIÃO BERTOLDO DE SOUZA e CACILDA RICARDO DE SOUZA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2811250, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07163146493, residindo à rua LOTEAMENTO FREI DAMIÃO, S/N, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que na manhã do dia 17.02.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Angelim, área rural de Alagoa Nova/PB, conduzindo o veículo tipo FIAT/UNO MILLE ECONOMY, ano/modelo 2012/2013, de cor branca, chassi nº 9BD15802AD6783759, de placas HKQ-9889/PB, licenciado em nome de Jonas Pereira, quando nas proximidades do Engenho Macaíba perdeu o controle de direção, saiu da estrada e capotou várias vezes, sendo jogado para fora do veículo, caindo em um riacho, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTRAN não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 20 de Abril de 2018

Wagner Damiano de Souza
WAGNER DAMIÃO DE SOUZA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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 interdita 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

Wagner Damiano de Souza

CPF da Vítima

073633464-93

Data do Acidente

17/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.



Nossa Nova - PE, 18 de 05 de 2018

Local e Data

Wagner Damiano de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

17/02/2018

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1599659

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/02/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida MendonçaPACIENTE: WAGNER DAMIAO DE
SOUZA

CEP:58125000

Nascimento:09/06/1986

Endereço:ANTONIO BIEIRA DE ATAIDE

Sexo:M

Telefone: 81595165

Cidade: Alagoa Nova

Idade:031

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: CACILDA RICARDO DE SOUZA

RG:

N°:923

Responsável:

CPF:

Profissão:AGRICULTOR

Estado Civil:Casado(a)

Data de

CNS:701001817125195

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 09:14:10

CONVÊNIO:SUS

Médico:

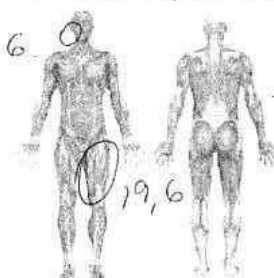
CRM:

Especialidade:

S FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Cretação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contusão
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura simples fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Insuflação pneumotórax
23. Laceração
24. Luxação
25. Lussão
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enstravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Queimadura
33. Rinoorragia
34. Sinais de isquemia
- 35.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN 2018
PROTÓCOLO
AG JOÃO PESSOA

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

poli trauma

http://10.1.1.148/projetohctg impreurgencia.php?contar=1599659

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

Paciente vit. e a de epatomeia h e p h
Admissão de clinto de neuromus. F. ou em local de lava
na h sem ajuda. Seletividade corrente, arizado,
hurdio. emendi infomei ao exame

A-VAP, de levical a pel pao
B- Elaprico, de jay HT e pao
C- Hurodi unilando infomei

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA 110x80 HGT: 132 SatO2 98%

FC:103

TOMOGRAFIA
REALIZADA
17/02/18

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Gasometria arterial
- () Tomografia Computadorizada

- () Ultrassonografia: FAST
- () Radiografias: cranio, Torax, abd, m m e
- ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BMF, ORTOPEDIA Dia 1/1

Especialista: / às Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

N° PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

1. SRL - 1000ml, E.V., ago

2.

3.

4.

5.

6.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Jocelino S. Gomes
Coloproctologista
CRM-PB 5634

RAIO
REALIZADO
17/02/18

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO

LOC. ENLHENHO OLHO D'ÁGUA, 88 / LOTAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
ALAGOA NOVA / PE CEP: 56125500 (AO 71)

Emissão: 12/03/2018 Referência: Mar / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASE DO P220 kWh/250 kWh Residencial - Alagoinhas / PE - CEP: 56125500
Roteiro: 5 - 77 - 610 - 6400 Nº medidor: 0008711750

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

CNPJ: 08.908.988/0001-40 - Inscrição Estadual: 130.908.988-01

Nota Fiscal: Conta de Serviço Eletrônica Nº 00304284
Cod. para Dig. Automático: 00217321514

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	12/03/2018	11/04/2018	9351056465 par - PE

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

Furto de energia é a maior ocorrência. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime contra a vida. E ainda prejudica a quem não faz, o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.

Chame os vizinhos e amigos e entre no site: gata.ap.mec.gov.br transmita o da pesquisa, chame o 0800 083 0196. Ministério da Saúde (Governo Federal)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 07/02/18 Leitura: 2141	Data: 12/03/18 Leitura: 2271		130	22

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Aq. (kWh)	Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Valor R\$
0001	Consumo em kWh	130,000	0,714720	92,91	92,91	24,08	92,91	0,82
0001	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			1,75	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MOROSIDADE			0,82	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 12/2017			1,24	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			3,04	0,00	0,00	0,00	0,00

CCL: Carga de Classificação de tem. TOTAL 97,52 94,9 24,08 92,91 0,82 2,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
98	11/04/2018	R\$ 97,52

Histórico de Consumo (kWh)

108	128	114	126	102	88	51	95	109	108	108	108
Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Agos/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

554b.17b3.54d1.0b3b.210c.cb3a.ecc1.etc7

Indicadores de Qualidade 1/2018. Ago

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DESEMPENHO	9,47	0,00	NOMINAL 220
DESEMPENHO	17,94		
DESEMPENHO	25,99		
DESEMPENHO	3,68	0,00	CONTRATADA 300
DESEMPENHO	6,81		
DESEMPENHO	12,85		
DESEMPENHO	9,88	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DESEMPENHO	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesa de Distribuição	14,82	15,28
Despesa de Energia	12,77	13,04
Despesa de Tratamento	9,00	9,24
Despesa de Manutenção	23,21	23,80
Despesa de Outros	0,72	0,74
Total	97,52	100,00

CCL: CCL (R\$) 1/2018 | R\$ 14,82

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não tenha pago a fatura (s) anterior (es) em tempo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/03/2018. Conforme Resolução 474 do ANEEL. O pagamento, após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso a mesma não seja comunicada ou se o valor pago não estiver em unidade consumidora para comprovação. Caso o cliente tenha efetuado o pagamento (s) anterior (es) acima, não há necessidade de manifestar.

Fatura sueta e incluída em ações de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

Jan/18 45,85

PARA
Roteiro: 5 - 77 - 610 - 6400
Matrícula: 1732151-2018-03-8VENCIMENTO
11/04/2018TOTAL A PAGAR
R\$ 97,52

83610000000-6 97520054000-6 17321512018-4 03800077019-6



COMPREV
18 JUN. 2018
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Israel de Souza Farias inscrito (a) no CPF/CNPJ 082337324 / 03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wagner Damiano de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 073633464 / 93, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Wagner Damiano de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073633464 / 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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>Rua Engenheiro Olho D'água/Coleamento Região Lima</u>		Número <u>65</u>	Complemento
Bairro <u>Olho D'água</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58250-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 983367743</u>

Alagoa Nova, 02 de Maio de 2018
Local e Data

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

COMPREV

COMPREV. PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ficha de Acolhimento

Nome: Wagner Damiano de Souza.
End: R: Antônio Vieira de Almeida, 923 Bairro: Centro - Ilheus Nova
Data de Nascimento: 09/06/1986. Documento de Identificação:
Queixa: Ac. Carro. Data do Atend.: 17/02/18. Hora: 09:09 Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo **Aspecto:** () Calmo () Fáceis de dor () Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** () Normocorada () Pálida

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

MOD. 110

Cirurgião
☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Maahayanna.Caryvalho.Sá

Assinatura e carimbo do profissional

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	LEO	IDADE
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74
75	75	75
76	76	76
77	77	77
78	78	78
79	79	79
80	80	80
81	81	81
82	82	82
83	83	83
84	84	84
85	85	85
86	86	86
87	87	87
88	88	88
89	89	89
90	90	90
91	91	91
92	92	92
93	93	93
94	94	94
95	95	95
96	96	96
97	97	97
98	98	98
99	99	99
100	100	100

SERVIÇOS REALIZADOS:

Cirurgia Geral # 17/02/18 # 11:03h

Paciente vítima de copotamento, motorista de táxi, sem uso de cinto de segurança, às 12h retorna para reavaliar com queixa de dor em foca e limitação de abertura da boca e dor em H/E onde apresenta fratura de limba.

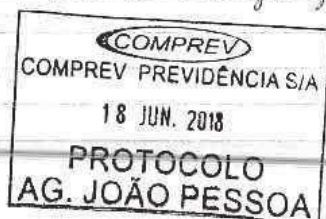
Auxílio pulmonar e Rx de T_x sem anormalidades. USC FAST sem evidência de líquido livre intraperitoneal ou pericárdico.

Col. Dipirona 19 = AD, &

Telatix 40mc. AD, Q

Solicito avaliação de BMT e ortopedia

→ Alta da cirurgia geral



Dr. Brenda Lamb
Cirurgia Vesi
CRM-PB 8443

En tempo, TC of danger
de furtiva de...
Roberto Pina...
Gloria Buco-Maxillo
CHU-PR 4389

CRK-DB 4389
Pdt Pet divergia elctra BMV

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Assinatura do paciente ou responsável

() Internação (seior) _____

() Centro cirurgico _____

() Mãe hospitalar / () A revelar _____

() Internância a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Jólito _____

DESTINO DO PACIENTE _____/_____/_____, às _____hs.

BMF
12/02/12

Paciente retorna de acidente automobilístico, comatado, acidentado, e queiram de dar uma região de angulo mandibular (B).
Ex. Placas: mi-oclusão dentária;

Cod. Solicita Rx de fars.
Paralimexia 1500 F.

Roberto Pinheiro
Língua Suco - Maxilo - Fartu
CRQ-PR 0789

Em tempo, R₂ de fato tem código de deficiência do caso por virtude da dificuldade de posicionamento do paciente.

cd Solente TC a fac,
Planaltão 3 m f,

Roberto Pina
Bucos - Maxillo
CRO-PE 4389

91072011



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento,
comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

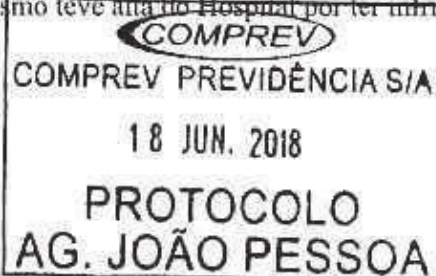
O abaixo assinado Gerlano Goncalo dos Santos Souza ^{RG 3.521.596}
pessoa responsável pelo doente Wagner Damiano de Souza
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 24 de fevereiro de 2019.

Gerlano Goncalo dos Santos Souza
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.



Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer
outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX DIÁFISE FÊMUR E

Paciente **WAGNER DAMIÃO DE SOUZA, 31** Alojamento Leito Convênio **LEITO 1-4**

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/2	1 DIETA LIVRE	etc	5º DIA
	2 SF0,9% 1500ML EV 24H	500 500 500	
	3 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h SN	SN	
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN	BEG, ext. de ... s/ d. s. ...
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM	06	S/ qu. ... Insonia.
	7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H	12 18	Diagnose (+) ...
	8 CLEXANE 40MG SC 1x/DIA	20	
	9 DIAZEPAM 10MG 1 CP VO A NOITE SE INSONIA	SN	
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	etc	cd ...
	11 SSVV+CCGG	etc	Aguardando cirurgia
12			
13			
14			

Yvry de Paiva Câmara
COORDENADORA DE ENFERMAGEM
CRM 10.113/2017

Yvry de Paiva Câmara
COORDENADORA DE ENFERMAGEM
CRM 10.113/2017

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX DIAF FÊMUR E

Paciente **WAGNER DAMIÃO DE SOUSA, 31** Alojamento **9** Leito **9** Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/2	1 DIETA LIVRE		2º DIA
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DÍPIRONA 1g+ABD EV 6/6H		
	4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN		
	5 NAUSEDRON 8mg/ml - 1FA + ABD EV 8/8H SN		
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM		
	7 CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
	8 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO C/ O PACIENTE		
	9 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H		
	10 SSVV + CCGG		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

Wagner Damasceno de Souza



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Ex. diálise Seminal ESO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Wagner Damasceno de Souza

Paciente Alojamento 9 Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17	DIETA Livre		Sol. Pré-op
2	300g de leite no dia		TTE + Sgotina
	Dipirona 1g, 4x 6hrs		
	Tiludil 1g, 1x 12/12h (5m)		
	Omeprazol 40mg no dia		
	Eletrólitos 40mg 3x dia		
	Repouso no leito		
	Ceftriaxona		

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde



atendimento@hospitaljoao23.com.br

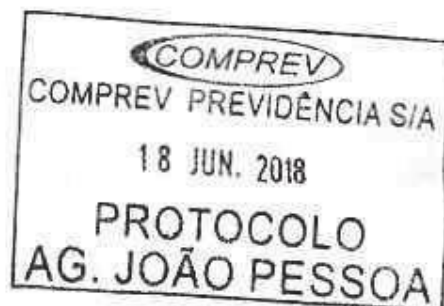
07.678.950/0001-19

Campina Grande, 14 de Março de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **Sr. Wagner Damião de Souza** portador do **RG: 2811250 SSP/PB** e **CPF: 07163146493** esteve internado neste nosocômio no período de 24 a 25 de Fevereiro de 2018 para realização de procedimento cirúrgico. No ato da internação a recepcionista de plantão admitiu o paciente com erro em seu, estando nos registros de prescrição medica o nome Wagner Daniel de Souza.


Jussara Furtado da Silva
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS/PB 3492



... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..



SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 09/03/2018
HORA: 08:39:54



62878

Prontuário 34249	Nome do Paciente WAGNER DAMIAO DE SOUZA	Nascimento 09/05/1986	Idade 31	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil	CPF 71.631.464-83	RG 2811250 SSP PB	Grau de Instrução	Profissão		Fone Residencial 981595167	Fone Trabalho
Filiação Mãe: CACILDA RICARDIO DE SOUZA	Pai:					Complemento Endereço	
Endereço R.EUNIDIS LEITE, - CENTRO, CAMPINA GRANDE-PB CEP:							

Atendimento 62878	Data/Hora Atend. 24/02/2018 10:09	Data/Hora Prev. 26/02/2018 10:00	Setor 121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV
-----------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

Médico Atendente
331414-FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA

Tipo Atendimento
5-INTERNACAO CIRURGICA

Motivo Atendimento
4-INTERNACAO/URGENCIA

Plano / Convênio 13-PACOTE/1-ENFERMARIA	Nº Carteira	Validade	Nº CNS
--	-------------	----------	--------

Posto	Acomodação	Leito
-------	------------	-------

Guia INTERNACAO	Procedimento 90956666 INTERNACAO - 50070020 ORTO - FRATURA FEMUR
--------------------	---



34249

TERMO DE RESPONSABILIDADE

paciente (ou responsável), Sr(a) WAGNER DAMIAO DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____, CRM _____, Estado do(a) PB, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

stou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

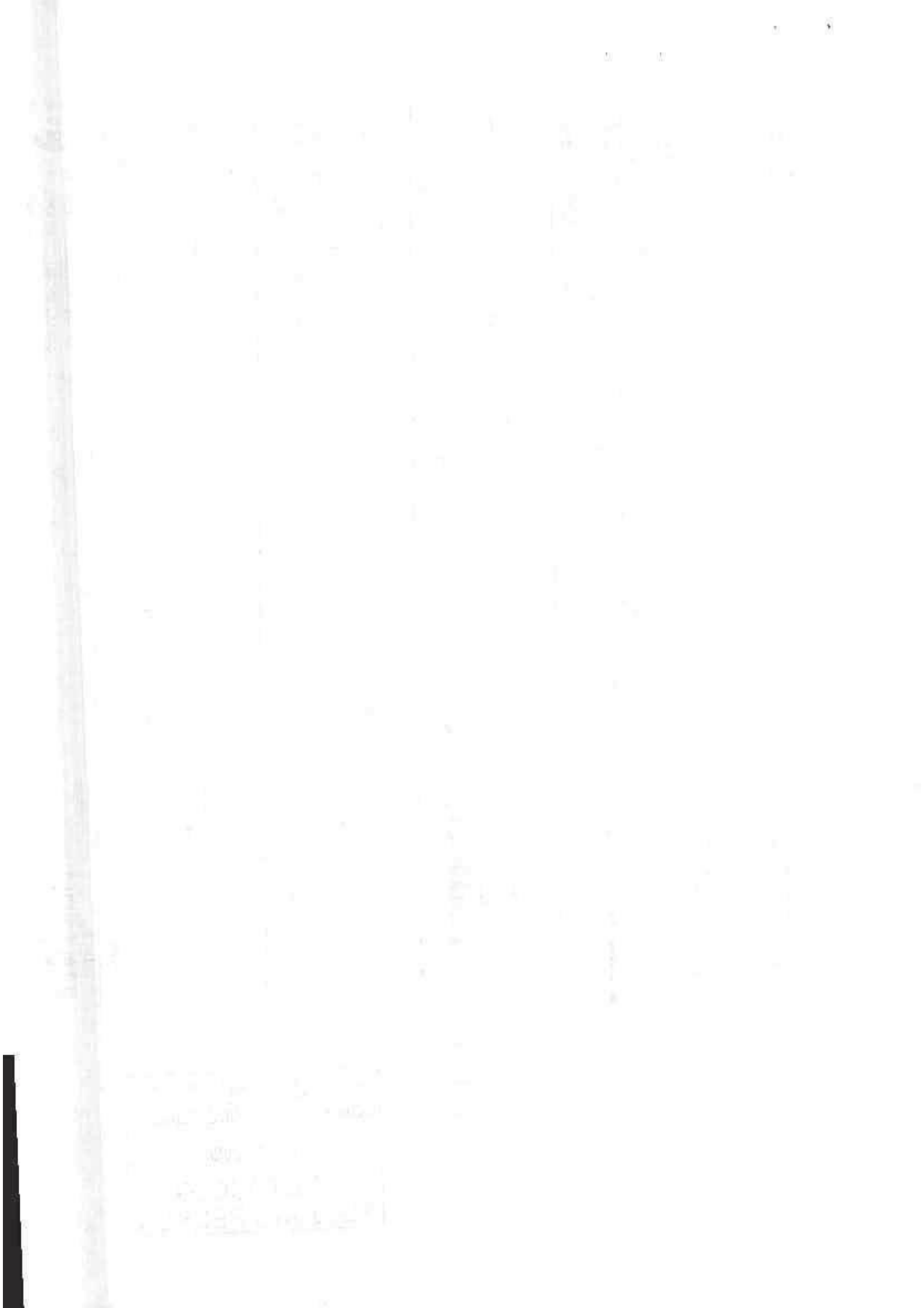
Responsável: WAGNER DANIEL DE SOUZA
Endereço: R. EUNIDIS LEITE, Bairro CENTRO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 981595167

CAMPINA GRANDE, 24 de Fevereiro de 2018

ROSANA FERREIRA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

WAGNER DANIEL DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAÚDE HOSPITAL JOÃO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
CONTA HOSPITALAR - DETALHADA POR DATA
PERÍODO DA COBRANÇA: 24/02/2018 A 25/02/2018

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 07/03/2018
HORA: 12:06:55

ATENDIMENTO 62878	PRONTUÁRIO 34249	NOME DO PACIENTE WAGNER DANIEL DE SOUZA	DT NASCIMENTO 09/06/1986
RG/IDENTIDADE 2811250 SSP PB	CPF 7163146493	RESPONSÁVEL WGNER DANIEL DE SOUZA	
ENDEREÇO COMPLETO RESIDENCIAL : R EUNIDIS LEITE CENTRO CAMPINA GRANDE ;			TELEFONES RES:981595167 - TRAB:
DATA/HORA ENTRADA 24/02/2018 10:09	DATA/HORA SAÍDA 25/02/2018 15:00	CONVÊNIO PACOTE	PLANO ENFERMARIA
GUIAS AUTORIZADAS GUIA : INTERNACAO;GUIA : PACOTE		MÉDICO FIDIAS GOMES FERREIRA BORBORENA	CARTÃO/CARTEIRA COBRANÇA 87852
		ACOMODAÇÃO POSTO 100 - APTD 100/LEITO 1	

DATA : 24/02/2018

CIRURGIAS (RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	VL UNITÁRIO	VALOR
600/0020	FRATURA FEMUR	1.0000	1.500.00	1.500.00
	FIDIAS GOMES FERREIRA BORBORENA (CIRURGIAO) (H)		1,500.00	
TOTAL DE CIRURGIAS (RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV) :				1.500.00
TOTAL DATA : 24/02/2018 :				1.500.00
SUB-TOTAL DA CONTA :				1.500.00
TOTAL DE TAXA DE SERVIÇO :				0.00
TOTAL DA CONTA :				1.500.00

26/02/18

[Assinatura]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 34249 Paciente: WGNER DANIEL DE SOUZA
Cor: Sexo: MASCULINO Nascimento: 09/09/1986 Idade: 31
Estado Civil: CPF: 71.631.464-93 RG: 2811250 SSP PB
Naturalidade: Profissão:
Filiação: CASILDA RICARDIO DE SOUZA
Endereço: R. EUNIDIS LEITE, N°. CENTRO, CAMPINA GRANDE - PB CEP:
Fone Residencial: 981595167 Fone Trabalho: Celular:

DADOS DO ATENDIMENTO

Admissão: 62878 Data: 24/02/2018 Hora: 10:9 Setor: 121710 - RECEPÇÃO EMERGENCIA - ELETIVA - NIN
Médico: FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA - CRM 5395

DADOS DO CONVÊNIO

Convênio / Plano: PARTICULAR / PARTICULAR
N°. Carteira/C.N.S:

Validade:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto: POSTO 100
Acomodação: 121818 POSTO 100 - APTO 108

Leito:

INTERNANTE

Nome: WGNER DANIEL DE SOUZA Parentesco: SEGURADO
RG: 2811250 SSP PB CPF: 071.631.464-93
Endereço: R. EUNIDIS LEITE, N°. CENTRO, CAMPINA GRANDE - PB CEP:
Fone Residencial: 981595167 Fone Trabalho: Celular:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

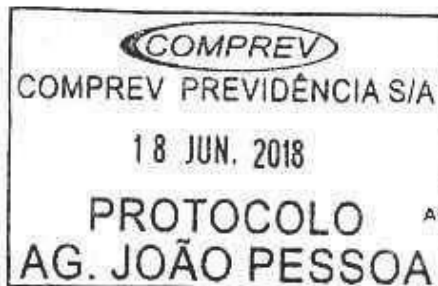
No caso de paciente admitido por convênio, o internante se responsabilizará por todas as despesas não incluídas no convênio.
Nos internamentos particulares, o internante se responsabilizará por todas as despesas de internação (diárias, medicamentos, exames, honorários médicos, etc.).

gerlane goncalves s. souza
Assinatura do Internante

ALTA

Motivo:

TRANSFERÊNCIA
MEDICA
A PEDIDO
ÓBITO



Fortaleza: ____/____/____

Assinatura do Responsável (RG/CPF):

DATA:	HORAS:	EVOLUÇÃO (ASS. DO TÊC. DE ENFERMAGEM + CARIMBO)
24.02.18	00:00	Paciente consciente e orientado, pós de parto de fêmea, com SVD e diurese de 800 ml de diurese, medicado conforme prescrição médica, aceto diluído, e xixi de 200 ml e xixi de 200 ml.
25.02	10:00	Paciente pós parto de fêmea, com SVD e diurese de 800 ml de diurese, medicado conforme prescrição médica, aceto diluído, e xixi de 200 ml e xixi de 200 ml.
25.02	14:00	Paciente pós parto de fêmea, com SVD e diurese de 800 ml de diurese, medicado conforme prescrição médica, aceto diluído, e xixi de 200 ml e xixi de 200 ml.

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL

Paciente Wagner Daniel de Sousa Idade 31

Registro 342488 Quarto 108 Leito 10 Sala 10 Convênio União

Cirurgião Dr. Fidião Anestesia Dr. Vitor

Cirurgia Tto. Cirúrgico Fístula de Urina Cl. Stenotomia de Uretra

Instrumentador Jarbas Anestesia Raquel

Data 24/02/2018

Início 11:30 Término

QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAL / SOLUÇÕES	QTD	POMADAS
	Clonidin amp.		Agulha Descartável 25x7		Epitezan
	Dimof amp 1 mg	03	Agulha Descartável 40x12		Kolagenase
01	Dimof amp 0.2 mg		Agulha Descartável 13x4.5		Nobacetim
01	Dormonid amp		Agulha Peridural nº 17	01	Xilocaína Gelado
	Esmeron amp	01	Agulha Raqui nº 25		
	Fentanil amp. 2 ml		Agulha Raqui nº 27		
01	Fentanil amp. 10 mg		Atadura de Crepom nº 350cm	30	Agua oxigenada 1ml
	Hypnomidate		Atadura Gessada nº		
	Ketalar triamp.		Bolsa Colostomia		
01	Marocaine fr. Pesada		Borracha Silicona		
	Narcen amp	1	Cateter p/02		
	Nilperidol amp		Cateter Peridural		
	Nimblum	100	Clorhexidina Alcoólica 1ml	QTD	FIOS
	Propofol amp		Clorhexidina Aquosa	07	Mononylon 2.0 NL 200 + 305
	Sevorane	100	Clorhexidina Degormante 4%		Mononylon
	Termal amp	200	Compressa Granda 145x50 - D13H/5		Calgut cromado
	Tracrium	1	Dreno Medical nº 48		Polycot
	Rapifen	05	Eletrodo		Polycot
QTD	MEDICAÇÕES	01	Equipe Macrogotas c/injetor		Prolene
	Adrenalina		Equipe Microgotas c/injetor		Prolene
	Agua destilada amp. 500ml		Equipe 4 vias	02	Vicri 1 ABS 100x1.5
	Anlak amp	3M	Espandrapo		Vicri
	Atropina amp		Filtro p/Respirador 100ml		Cromado
	Buscopan amp	2.0	Gases com		Cromado
02	Cefazolina (Kefazol)	03	Gelco nº 38		Simplex
01	Dexametason amp		Intracath Adulto		Simplex
02	Dipirona amp		Lâmina de Bisturi nº 11		Ethibond
	Dramin amp		Lâmina de Bisturi nº 15		Ethibond
01	Efedrina amp	1	Lâmina de Bisturi nº 23	QTD	SOROS
	Garamicina amp	06	Luva Proced	03	SF 100 ml
	Glicose amp	1	Luva nº 5.5 (estéril)		SF Normotermico fr 500ml
	Hidrocortisona amp	3	Luva nº 7 (estéril)	2	SF Gelado fr 500 ml
	Hisocel	3	Luva nº 7.5 (estéril)		SF Hipertermico fr 500ml
	Kanaklon amp	03	Luva nº 8 (estéril)		Soro Ringer fr 500 ml
	Keflin fr		Luva nº 8.5 (estéril)		SG fr 500 ml
	Laxix amp		Micropore		SG fr 100 ml
01	Metrodinazo amp	20	Oxigênio /m	QTD	ORTESE E PROTESE
	Naudedron amp		PVPi Degormante		
	Novabupi 0.5% c/vaso		Seringa descartável 1ml (c/ ag)		
	Novabupi 0.5% s/vaso	01	Seringa descartável 3ml (c/ ag)		
	Omeprazol	01	Seringa descartável 5 ml (c/ ag)		
	Pisell amp	02	Seringa descartável 10 ml (c/ ag)		
	Profenid fr	02	Seringa descartável 20 ml (c/ ag)		
	Prostigmine amp		Seringa descartável 60 ml (bico curto)		EQUIPAMENTOS
	Quelicin		Seringa descartável 60 ml (bico longo)		() Oxímetro pulso () Foco Auxiliar
	Rocafin fr (Ceftioxona)		Sonda Endotraquel nº		() Serra () Eletrocautério
	Tilatil fr		Sonda de Foley nº		() Desfibrilador () Oxicapnógrafo
	Transamin amp	01	Sonda de Foley nº		() Foco Focal () Cardiomonitor
	Toradol		Sonda Nasogástrica nº		() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico
	Xilocaína 2% c/caso		Sonda Uretal nº		Tempo de Oxigênio
	Xilocaína 2% s/caso	03	Torniqueta		Circulante Responsável
			Urofo		

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE

Dra. VANESSA SILVEIRA G. NUNES
CRM 6536 - PBDra. Vanessa Silveira G. Nunes
MÉDICA ANESTESISTA
CRM-PB 6536

Nome: <u>Wagner Daniel de Souza</u>	HOSPITAL: <u>CRM Xuxuá</u>
Idade: <u>31</u> Sexo: ☒ M ☐ F	CONVÊNIO: <u>União</u>
Apelido: <u>Eni</u> LUT: ☐	COD. OR: <u>110</u>
CSS: <u>1</u>	DI: <u>110</u>
	Nº DOG: <u>110</u>

AVAL. PRE-ANESTÉSICA: Doenças Anteriores: <u>—</u>		Drugs em uso: <u>—</u>
Ing. Alimentar: <u>X</u>	Tabagismo: <u>—</u>	Etiismo: <u>—</u>
Alergia: <u>—</u>	ASA: <u>II</u>	
Doença Vascular: <u>—</u>	RA: <u>110</u>	
Doença Respiratória: <u>—</u>		
Doença Renal: <u>—</u>		

PRÉ-ANESTÉSICO: <u>—</u>	VIA: <u>—</u>	HORA: <u>—</u>
DIAG. PRE-OPERATÓRIO: <u>Fratura de fêmur e</u>		
OPERAÇÃO: <u>1. Abertura da fratura e</u>		
<u>2. Fixação com placa e</u>		
<u>3. Sutura da pele</u>		

CIRURGIÃO: <u>Dr. Falcão</u>	1º AUX.: <u>—</u>	2º AUX.: <u>—</u>
------------------------------	-------------------	-------------------

HORA: <u>11:30h</u>	
---------------------	--

EXAMES LAB:	
HEMOGRAMA:	
URINA:	
COLELITÍASIS:	
ECG:	
PLAQUETAS:	
GLICOSE:	
CREATININA:	
UREIA:	
SÓDIO:	
CLORO:	
DOENÇAS:	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OXIMETRIA: <u>98 - 98 - 98</u>	
Resp. Espontânea: <u>—</u>	
Resp. Assistida: <u>—</u>	
Resp. Controlada: <u>—</u>	
POSICÃO: <u>—</u>	
DIURESE: <u>—</u>	
1ª HORA	2ª HORA
3ª HORA	4ª HORA
TOTAL	

LIQUIDOS	INDUÇÃO	SONDA Nº	RAGIN	BLOQUEIOS
A - Soro Glic 5%	☐ Endovenosa	☐ C. DUFF	☒ Simples	☐ Simplex
B - Soro Fisiológico	☐ Inalatória	☐ S. DUFF	☐ Contínua	☐ Contínua
C - Hanger	INTUBAÇÃO	SISTEMA	☐ Plexo	☐ Caudal
TOTAL:	☐ Orotraqueal	☐ Aberto	☐ Infiltrativo	☐ Intercoastal
Transferido para: <u>SEPA</u>	☐ Nasotraqueal	☐ Fechado	☐ Beer	☐ Outros
Observações:	☐ Traumática	☐ C. Absorção	Agulha Nº: <u>25</u>	
	☐ Atraumática	☐ S. Absorção	Local de Punção: <u>—</u>	
			Nível da Anestesia: <u>—</u>	

DROGAS UTILIZADAS

1. <u>Morastom 10mg</u>	9. <u>Epinefrina 1mg</u>	17. <u>—</u>
2. <u>—</u>	10. <u>—</u>	18. <u>—</u>
3. <u>—</u>	11. <u>—</u>	19. <u>—</u>
4. <u>—</u>	12. <u>—</u>	20. <u>—</u>
5. <u>—</u>	13. <u>—</u>	21. <u>—</u>
6. <u>—</u>	14. <u>—</u>	22. <u>—</u>
7. <u>—</u>	15. <u>—</u>	23. <u>—</u>
8. <u>—</u>	16. <u>—</u>	24. <u>—</u>
25. <u>—</u>		
26. <u>—</u>		
27. <u>—</u>		
28. <u>—</u>		
29. <u>—</u>		
30. <u>—</u>		

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1. $\frac{1}{x^2} = x^{-2}$
2. $\frac{d}{dx} x^{-2} = -2x^{-3}$
3. $= -2x^{-3}$
4. $= -\frac{2}{x^3}$



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

NOME DO PACIENTE:	Vagner D. S. Silva			Prontuário:
Data da Operação:	18/06/2018	Enf.	Leito	
Operador:	Dr. F. Borborema	1º Auxiliar		
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	Instrumentador	
Anestesista:	DR. V. V. V.	Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico pré-operatório:	H. de ...			
Tipo de Operação:	L. F. F. F.			
Diagnóstico Pós Operatório:	O. ...			
Relatório Imediato do Patologista:				
Exame Radiológico no Ato:	F. F. F. F.			
Acidente durante a Operação:				

Descrição da Operação

Vias de Acesso - Tática e Técnica - Ligadura - Drenagem - Sutura - Material empregado - Aspecto Visceras

- 1) Anestesia + curativo
- 2) Hemostasia + curativo
- 3) Drenagem + ligadura
- 4) Sutura + curativo
- 5) Sutura + ligadura 4.3 + 12.8
- 6) Sutura + ligadura

Dr. Filipe G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14854
SBOT: 9876

Dr. Filipe G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14854
SBOT: 9876

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DE JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME: **RAGNER DAMIAO DE SOUZA**

DOC. IDENTIDADE / OUTRO NÚMERO DE: **2812250**

CEP: **071.631.464-93** DATA NASCIMENTO: **09/06/1986**

PRIMEIRO NOME: **DAMIAO BERTULDO DE SOUZA**

PRIMEIRO SOBRENOME: **CACILDA RICARDO DE SOUZA**

RG: **05129230350**

DATA DE EMISSÃO: **17/02/2022**

1ª EMISSÃO: **11/01/2011**

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB**

DATA DE VALIDADE: **21/02/2017**

17381153335
19033981582

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410676796

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410676796

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

1405284293

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1405284293

PROIBIDO PLASTIFICAR

1405284293

Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

DOC. ORIGINAL: OBS. EMISSOR UF: PB

3406239

CPF: 082.917.124-09

DATA NASCIMENTO: 01/06/1989

FUNÇÃO: PAULO MENINO DE FARIAS

MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

PERMISSÃO: []

ACC: []

CARTELA: AD

Nº IDENTIFICADORA: 04671649006

VIGÊNCIA: 14/11/2021

1ª EMISSÃO: 17/06/2009

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Portador: [Assinatura]

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO: 26/12/2016

13258074004

PB033561168

DETRAN - PB (PARAIBA)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 013136367650
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DO RENAVAM RRT 20170003023453 EXERCÍCIO
1 0049787480-E 00/00000000 2017

SOMENTE PARA O PROPRIETÁRIO

JONAS PEREIRA

CPF/CNPJ 95235817400 PLACA HKQ9889/PB

PLACA ANT./UF HKQ9889 PE CHASSI 9BD15802AD6783759

ESPECIE TIPO PAS/AUTOMÓVEL/ COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO FIAT/UNO MILLE ECONOMY ANO FAB 2012 ANO C/MILC 2013

CAP/ROT/CL 5 P/66 /CV CATEGORIA PARTIC CCR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

IPVA PAGO EM 12/01/2017 1ª

FAIXA IRV A ***** 0 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 26/01/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB 41521 DATA 03/02/2017

34584

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESSADOS TRANSPORTADOS QUANDO SEGURO DPVAT

PB Nº 013136367650 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 03/02/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 95235817400 PLACA HKQ9889/PB

RENAVAM 00497874806 MARCA / MODELO FIAT/UNO MILLE ECONOMY

ANO FAB 2012 Q/TAB 1 Nº CHASSI 9BD15802AD6783759

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) *****

***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/01/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.508/0001-04

34584-1326063-20170203

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOV-2015

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Wagner Damiano de Souza
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 2811250 CPF: 071633464-33
Endereço: LOT Frei Damiano, S/N - Centro - Alagoa Nova - PB Cep: 58125000

OUTORGADO:

Nome: Israel de Souza Farias
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado
Profissão: Estudante
Identidade: 3406233 CPF: 08291712409
Endereço: R. Engenheiro Olho D'água, 65/Intermundo Rajini Lima - Olho D'água - Alagoa Nova - PB. Cep: 58125-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Wagner Damiano de Souza.



Alagoa Nova - PB 18/05/2018
Local e data

Wagner Damiano de Souza
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

