

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS****Sinistro: 3150/762677 - 1**

Seg.: BVA SEGUROS S/A

Consórcio 1**Análise: Primeira Análise**

Data: 14/10/2015 15:24:46

Vítima: WAGNNER DE SOUSA ALVES

Cidade: POCÃO / UF: PE

Seguradora: BVA SEGUROS S/A

Atendimento: HOSPITAL - 00001

Data Acidente: 16/02/2015

Diagnóstico: FRAT DO PE - FRAT MULT DO PE (S92.07)

Tratamento: CONSERVADOR/CLÍNICO

Internação: NÃO

Tratamento Odontológico: NÃO

Item	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	0,00	0,00
Hospital (Taxas/Diárias)	0,00	0,00
Exames	0,00	0,00
Materiais	430,00	0,00
Medicamentos	0,00	0,00
Farmácias	0,00	0,00
Taxas Odontológicas	0,00	0,00
Itens Sem Cobertura	0,00	
Total da Análise Atual	430,00	0,00

INDICADORES : Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observação

FALTA DISCRIMINATIVO COM SEUS RESPECTIVOS VALORES INDIVIDUAIS REFERENTE A NOTA FISCAL DE N° 1916, IMPOSSIVEL AVALIAÇÃO. CONSTAM UM RECIBO EM DUPLICIDADE A NOTA FISCAL PLEITEADO APENAS UMA VEZ.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS****Consórcio 1****Sinistro: 3150/762677 - 1****Análise: Primeira Análise**

Data: 14/10/2015 15:24:46

Seg.: BVA SEGUROS S/A

<u>Informações Administrativas</u>	<u>Pl. Ant.</u>	<u>Aval. Ant.</u>	<u>Pago Ant.</u>	<u>Pl. Atual.</u>	<u>Aval. Atual.</u>	<u>Vr. à Pagar</u>
Benef.: WAGNNER DE SOUSA ALVES						
Relacio.: VÍTIMA	0,00	0,00	0,00	430,00	0,00	0,00
Termo: N/C						
UD Megadata: 01/10/2015		-----		-----		-----
Total	0,00	0,00	0,00	430,00	0,00	0,00

TOTAL PLEITEADO: 430,00 TOTAL AVALIADO: 0,00 TOTAL PAGO + A PAGAR: 0,00**Informações Análise Médica**

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO	JOSE VITAL SOARES
GERENTE	SUPERVISOR
CRM 52.49515-5 / RJ	

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2015

Carta n°: 7716745

A/C: WAGNNER DE SOUSA ALVES

Sinistro: 3150762677
Vitima: WAGNNER DE SOUSA ALVES
Data Acidente: 16/02/2015
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **16/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2015

Carta n°: 8002151

A/C: WAGNNER DE SOUSA ALVES

Sinistro: 3150762677
Vitima: WAGNNER DE SOUSA ALVES
Data Acidente: 16/02/2015
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/10/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **16/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2016

Carta nº 8991960

a/c: WAGNNER DE SOUSA ALVES

Sinistro: 3150762677 ASL-0718515/15
Vitima: WAGNNER DE SOUSA ALVES
Data Acidente: 16/02/2015
Natureza: DAMS
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **WAGNER DE SOUSA ALVES**PORTADOR(A) DO RG Nº **8984.834**EXPEDIDO POR **SOS/PE**EM **30/05/10**CPF **106.290.994-02** /CNPJ **00000000000000000000**, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ **()** NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA **WAGNER DE SOUSA ALVES**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(): A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receitafazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de cadastro de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO **236** N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **3215** N° da CONTA (com dígito, se existir) **2825-8**
BRADESCO

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E O PAGAMENTO DO VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

31 AGO 2015

Caetano 10 de JULHO de 2015
LOCAL E DATA

Wagner de Sousa Alves
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

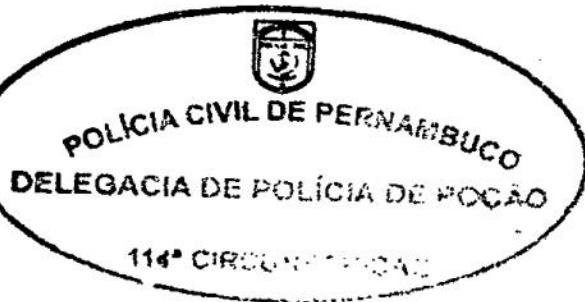
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvalsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

DOCUMENTO 1 "T1%"



DOCUMENTO 1

T1%



MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s) **VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a) **WAGNER DE SOUSA ALVES**
 Cognome/verso/verso: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto supondo: N/A**
 Cor: **Preta** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD4569** (PERNAMBUCO) Data da placa: **554041206** Cidade: **SC2H06210DR418414**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO FOI INFORMADO PELO SENHOR WAGNER DE SOUSA ALVES, O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO NO REFERIDO ENDEREÇO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA causando uma queda, o mesmo foi socorrido pelo SAMU e levado para o HOSPITAL. O MESMO TEVE VARIAS LESÕES NO CORPO.

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

Wagner de Sousa Alves.
WAGNER DE SOUSA ALVES
 (VITIMA)

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2015

Gadir Peixoto Tavares.
 E.C. registrada por: **EDIEPK PEREIRA TAVARES - MAT. 319892-6 - Matrícula:**
318862-6



Valido Somente com o Selo de Autenticidade e Fiscalização Res. 131/99-TJPE	AUTENTICAÇÃO Cartório Único-Poção-PE CNPJ Nº 11.464.039/0001-86 Clemanzi Clara M. O. Magalhães Tabeliã Designada. Conforme o Original, que me foi apresentado neste ato dou fé Poção, <u>26/10/2015</u> <i>claramagalhaes</i> Tabeliã Designada
--	--



CARTÓRIO ÚNICO-POÇÃO-PE
CLEMANZI CLARA M. O. MAGALHÃES
TABELIÃ DESIGNADA E OFICIALA
FABRÍCIA DE MELO LINS
SUBSTITUTA

27/05/2015 15:1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 114ª CIRCUNSCRIÇÃO - POÇÃO
DP114ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 15E0204000108

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/06/2015 às
10:37

OUTROS ACIDENTES - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 16/2/2016 às 17:40

Fato ocorrido no endereço: **RUA CAMPO SANTO, 1 - Bairro: CENTRO -
POCAO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES (OUTRO)
EVANIA (TESTEMUNHA)
WAGNER DE SOUSA ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WAGNER DE SOUSA ALVES

114° CIRCUIT BREAKER

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

WAGNER DE SOUSA ALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc. **VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES** Pai: **FERNANDO LUIZ ALVES** Data de Nascimento: **10/4/1989** Naturalidade: **PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2924834/SDS/PE** (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escrivão da: **21**, GRAU INCOMPLETO Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **RUA FRANCISCO DUARTE, 78 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO** POCADU/PERNAMBUCO/BRASIL

VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES (não presente ao plantão) - Sex 2.0 JUL 2015
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
41008178453 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão:
AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **RUA FRANCISCO DUARTE, 73 - CEP: 9 - Bairro: CENTRO -
POCAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

EVÂNIA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SAUPOÇÃO - POCÃO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Póximo a: **MUNICÍPIO DE POCÃO, 1 - CEP: 56000-000** - Bairro: **CENTRO - POCÃO PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Início de Ocorrência

D:\ebs\CCU\Users\Policia_Civ\BA\Intepol\Arq\IBOEPreview.htm

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WAGNER DE SOUSA ALVES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGB4588** (PERNAMBUCO/POÇÃO) Revision: **534841238** Chassi: **3C2HG8218DR415414**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO FOI INFORMADO PELO SENHOR WAGNER DE SOUSA ALVES, O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO NO REFERIDO ENDEREÇO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAUSANDO UMA QUEDA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL. O MESMO TEVE VARIAS LESÕES PELO CORPO.

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

Wagner de Sousa Alves
WAGNER DE SOUSA ALVES
 (VITIMA)

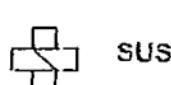
Edierk Pereira Tavares
 S.O. registrado por: **EDIERK PEREIRA TAVARES - MAT. 319862-6 - Matricula: 319862-6**



(Ato)



PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS



PREFEITURA DE POÇOS DE CALDAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU REGIONAL AGreste - REGISTRO DE ATENDIMENTO



192

Identificação	Médico Regulador <i>Dra. Ana</i>		TARM		Operador de frota <i>S. L. 31</i>		
	Data <i>16-08-15</i>	Hora <i>17:40</i>	ID <i>0233</i>	Nº ocorrência	Unidade móvel <i>U 53</i>	Base da Unidade	
Endereço da ocorrência						Nº	
Bairro			Município <i>Poços</i>			Nº	
Ponto de referência <i>Proximidade à Rua da Marquessaria</i>						Nº	
Nome da vítima <i>Edson. de Souza. Júnior</i>						Idade <i>18</i>	
Solicitante / Fone						Sexo <i>M</i>	
Cartão de saúde - SUS <i>7 0 3 0 0 3 3 6 2 4 5 2 0 2 1 7</i>						Nº	
Queixa <i>Intoxicação de moló</i>						Nº	
Comunicação		Saída da base <i>17:40</i>	Chegada no local <i>17:47</i>	Saída do local <i>18:03</i>	Chegada no destino <i>18:08</i>	Saída do destino <i>18:17</i>	Chegada na base <i>18:21</i>

Transferência (senha): _____

Tipo de Agravos:
 Acidente Trânsito: _____
 Pedestre
 Condutor do veículo
 Passageiro do veículo
 Agressão
 Clínico
 Desabamento/Soterramento

Eletrocussão
 FAB
 FAF
 Gineco-obstétrico
 Lesões térmicas
 Pediatrício
 Psiquiátrico
 Quase Afogamento

Queda _____ Metro
 Quelmadura
 Térmica
 Química
 Elétrica
 Outros: _____

Antecedentes:
 AIDS
 Alcoolismo
 Alergia
 AVT
 Cirurgias Realizadas

Convulsões
 Diabetes
 Doença Cardíaca
 Doença Infecto contagiosa
 Doença Mental
 Doença Renal

Drogadição
 Hipertensão Arterial
 Internamentos anteriores
 Medicamento: _____
 Problemas Respiratórios
 Outros: _____

Exame Clínico:
Principais sintomas / Queixas
 Agitação/agressividade
 Alergia
 Arritmia de pulso
 Cianose

Convulsões
 Diarréa
 Dificuldade Respiratória
 Dor Local
 Febre
 Inconsciente/Desmaio

Palidez
 Sangramento
 Vômito
 Outros: _____

Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escola de Glasgow
Início	<i>160x90</i>	<i>115</i>			<i>170</i>	<i>97</i>	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:
 Livre
 Obstrução Parcial
 Total
 Corpo Estranho
 Bronco Aspiração
 Edema de Glote
 OLF

Respiração/Ventilação:
 Espontânea
 Parada Respiratória
 Assistida
 Rítmo Irregular

Ausculta:
 Normal
 Roncos/sibilos
 Externos
 Diminuição MV
 Ausência MV

Expansibilidade:
 Normal
 Superficial
 Regular
 Irregular

Exames: Crotalação Enfisema Subcutâneo Expectoração mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Elíptico Outros:

CIRCULAÇÃO:

Pele: Cianose Fria Fria Normal Palidez Quente Seca Outros
Edema: Ausente Palpebral M Inferior Anasarca
Perfusão: Normal Relatada Ausente
P脉: Regular Irregular Fino Chelo Ausente
Ausculta: Normal Hipofoneses Atrito pericárdio Arritmia Sopro
ECG: Normal Alterado Não realizado

DOCUMENTO 2 *T2%



Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pélvis	MS		Mi	
								E	D	E	B
Amputação											
Contusão											
Esfriamento											
Esfregamento											
Feruração											
Confuso		X									
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Quimioterapia %											

OBSERVAÇÕES: Coloquei molh
& mante, paciente aliviado.
Foi feita a ressuscitação com
ventilação manual com
solo curativo mas vagaõa D
da lista é possível praticar
ele deixa no MTE, se mesmo
for removido para o hospital
local.

EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Sino-fleia
- Coma
- Confusão
- Convulsão
- Otorragia Direita

- Otorragia Esquerda
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal de Guaxinim direito
- Sinal de Guaxinim esq.
- Rigidez de nuca
- Afasia

- Miose Direita
- Miose Esquerda
- Midriase Direita
- Midriase Esquerda
- Paralisia
- Paresia
- Aftesia

- Paresia
- Arreflexia
- Pupila reagente
- Pupila não reagente
- Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- Desvio Traquéia
- Normal
- Turgência jugular
- Enfisema subcutâneo
- Outros:

Abdômen:

- Distensão
- Ascite
- Doloroso/Defesa
- Esplenomegalia
- Hepatomegalia
- Irritação peritoneal
- Normal
- Outros:

Urogenital:

- Anúria
- Giordano Direito
- Giordano Esquerdo
- Hematuria
- Outros

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento
- Hemorragia vaginal
- Normal
- semanas
- Outros:

Trabalho de parto: 01 cont./10m 1-3 cont./10m 3-5 cont./10m Bolsa róla Sangramento

Parto único Germelar Líquido Meconial

APGAR:

Nascimento

31 AGO 2015

PROCEDIMENTOS:

- Desobstrução Vias Aéreas
- Entubação Naso traqueal
- Canula Orofaringea
- Cricotireoidostomia
- Ventilação Mecânica Ambu
- Respirador
- Inalação 02
- Toracocentose c/ Agulha Direita

- Toracocentose c/ agulha esquerda
- Drenagem Torácica Direita
- Drenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/Cardiopressão
- Controle Hemorragia
- Curativo
- Puncão Venosa Periférica
- Puncão Venosa Central

- Sonda Gástrica
- Sonda Vesical
- Sedação
- Imobilização Membros
- Colar Cervical
- Talas/Tração
- Entubação Oro traqueal
- Traqueostomia
- Monitoração cardíaca / Oximetria
- Outros

Diagnósticos:

TERAPÉUTICA:

Reposição volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500 ml			EV	
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

SOUZA
2º Temp. Médico
CRM 21117

Assinatura e carimbo do médico
(unidade de destino)
HORA:

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital local

MUNICÍPIO: Pocai

INTERRORRÊNCIA:

PERTENÇENCIAS DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Lia		Crânia	Guaranuban

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nessa oportunidade:

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WAGNER DE SOUSA ALVES,

RG nº 8.984.834, data de expedição 30/10/10, Órgão SDS/PE

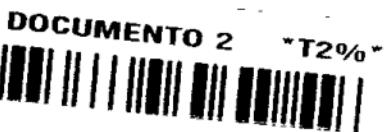
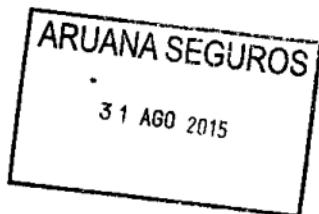
CPF nº 106.290.195-01, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>TRV. FRANCISCO DUART</u>
Número	<u>78</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PORCÃO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55240-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99429-0363 (81)99607-9887</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CARUARU - 10 - 07 - 2015

Assinatura do Declarante: Wagner de Sousa Alves





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.120, de 2000

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.caene.com.br

DADOS DO CLIENTE
FERNANDO LUIZ ALVES

CPF: 303.703.374-68 NIS: 1206227100

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV FRANCISCO DUARTE 78

CENTRO/POCAO
POCAO PE
55240-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CPF: 303.703.374-68 NIS: 1306822100

CENTRO/POCAO
POCAO PE
55240-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

003137613 UNICA 26/08/2015
1007/2015 200788992 2692251

4008349938

DESCRICAO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh			
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	30.000000	0,14478389	4,34
Acréscimo Bandeira VERMELHA	6.600000	0,24820081	1,48
Contribuição Iluminação Pública			0,80
Multa por atraso-NF 003183888 - 27/05/15			0,95
Pagamento Interrupção Energia			0,13
			-0,23
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FABRICA

747

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO/DESTAÑO/NOTA FISCAL										7.4
NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO "CAT"	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	NP DE DIAS	CONDIC/6	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	VALOR
0026444		27/05/2015	2.447,00	26/06/2016	2.483,00	30	1.00000		36,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO		RESUMO DAS DIFERENÇAS DE PREÇOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MES/ANO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	GERAÇÃO	HS	%
JUN15	36				Geração de Energia	3,05	66,15
MAR15	38				Transmissão	0,16	2,72
ABR15	60				Distribuição (Custo)	1,60	25,53
MAR15	65				Energias Básicas	0,54	8,16
FEV15	53				Tributos	0,36	6,44
JAN15	73				Total	8,82	100
DEZ14	45						
NOV14	47						
OUT14	54						
SET14	37						
AGO14	38						
JUL14	54						
JUN14	55						

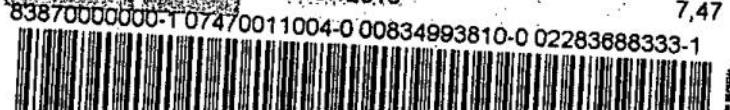
ARUANA SEGUROS
31 AGO 2015

Não só a data da dívida é de 2015, a
que serve de base para a taxa de juro, mas
é 2016, quando o governo fez o
comprimento das dívidas que o
governo anterior, naquele mesmo
ano, havia assumido (Lei
LMI 12.007/09). Foi desse ano
que só agora é debatido se
o governo pode ou não devolver
dívidas que havia assumido
pelo governo que poderia ter
creado elas a fim do processo
de impeachment.

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES COMUNS					TEMPO NOMINAL
CONJUNTO PESQUERA ¹¹²	VALOR 10/1973	LÍMITE MÍNIMO	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL	TEMPO NOMINAL
DIC	6,80	6,15	12,30	24,60	
RIC	1,00	3,42	6,85	13,70	
DMIC	6,80	3,83	0,00	0,00	

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
40063499361503 06/2015 11/07/2015 1.000,00

747





PREFEITURA DE ARCOVERDE - PE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE ARCOVERDE
NFSe Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

Número da Nota:	00001916
Competência:	JUL/2015
Data Emissão:	07/07/2015
Código de Verificação:	KVII-IBXK

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 70.237.227/0001-30

Inscrição Municipal: 4294

Nome/Razão Social: HOSPITAL MEMORIAL ARCOVERDE LTDA

Endereço AVN JOSE BONIFACIO, 1121

Município ARCOVERDE

UF PE CEP 56512001

E-mail: financeiro.memorial@veloxmail.com.br

TEL: 000000000000

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 106.290.194-01

Inscrição Municipal: ---

Inscrição Estadual: ---

Nome/Razão Social: WAGNER DE SOUZA ALVES

Endereço TRAV.FRANCISCO DUARTE, 78 CENTRO

Município: POÇÃO

UF: PE CEP 55240000

E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TOMOGRAFIA DE CRANIO C/CONTRASTE

MATERIAIS E MEDICAMENTOS R\$ 150,00

TAXAS E SERVIÇOS R\$ 280,00

CONFORME ART.1º DA LEI COMPLEMENTAR MUNICIPAL N°018, DE 30 DE OUTUBRO DE 2013.

ARUANA SEGUROS
 31 AGO 2015

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 430,00

Atividade Prestada:

8610101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAREXCETO PRONTO-SOCORRO E
 0 - NÃO INFORMADO

Valor Líquido (R\$)	Valor das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)
430,00	150,00	280,00	1,00%	2,80
COFINS (R\$)	INSS (R\$)	PIS (R\$)	CSLL (R\$)	IRPJ (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na lei complementar N°04/2005 de 29/12/2005

Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/08/2015

Site: <https://www.tributosmunicipais.com.br/NFE-Arcoverde/notaFiscalAction.do?operacao=verificarAutenticidade>

1645962512409

07/07/2015 09:01



DOCUMENTO 3

"T30%"

Recibo

Bo: 115.1200 Nº da Fatura: NC.C.4861

Nº do Tratamento:

2053 Paciente: WAGNER DE SOUZA ALVES
FRANCISCO DUARTE CENTRO Cidade: POÇÃO Cep: 55240000

Total: R\$ 450,00 Juros: R\$ 0,00 Desconto: R\$ 20,00 Adiantamento: R\$ 0,00

Pagar: R\$ 430,00

Nome do: WAGNER DE SOUZA ALVES RG: 8.898834

Valor: QUATROCENTOS E TRINTA REAIS
TC DE CRANIO C/C

R\$ 450,00

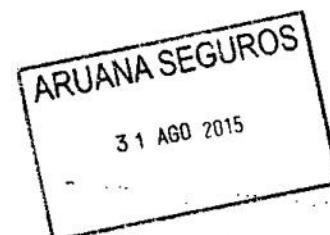
Cheque Banco/Ag

Conta Corrente Vencimento

Saldo: R\$ 0,00

R\$ 380,00

Obs: DR. RAFAEL



ARCOVERDE, 2 de Março de 2015
Hospital Memorial Arcoverde
RECEPÇÃO DE INTERNAMENTO
00223

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VERA LÚCIA GOMES DE SOUSA ALVES,
RG nº 2.908.150, data de expedição 07/05/2013
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 410.081.704-53 com
domicílio na cidade de POÇÃO, no Estado de
PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRAVESSA FRANCISCO DUARTE nº 78,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima WAGNER DE SOUSA ALVES cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/POP 100

Ano: 2013/2013

Placa: PGB 4598

Chassi: 9C2HB0210DR419414

Data do Acidente: 16/02/2015

Local e Data: POÇÃO - PE, 08/09/2015

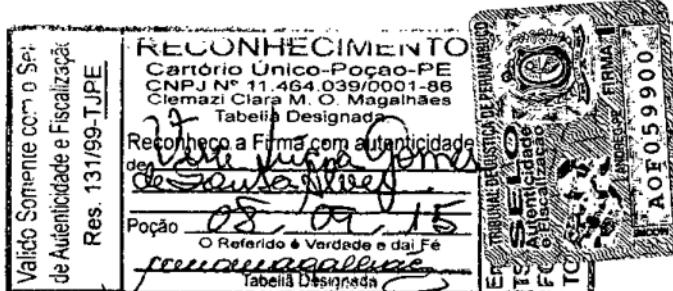
ARUANA SEGUROS

01 OUT 2015

Verá Lúcia Gomes de Sousa Alves

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO ÚNICO -POÇÃO-PE
CLEMANZI CLARA M. O. M. ALHÃES
TABELIA DESIGNADA E OFICIALA
FABRÍCIA DE MELO LINS
SUBSTITUTA

DOCUMENTO 4 *T4%*



172



-PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO-
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Sr. (a): Wagner de Souza Alves
Reg.: _____
Clínica: _____

Solicito _____ Tomografia
com fechadura de
do Crâneo

ARUANA SEGUROS
31 AGO 2015

355
Dra. Eliane Alves Araújo
Ginecologia Obstétrica
CRM/PE 395

Data 01/03/15

Assinatura

DOCUMENTO 5 *T5%*



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

W. de Snijder:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Pricionte:

Registro N°:

Clinton

Leito N°:

**FARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

João do Brum:

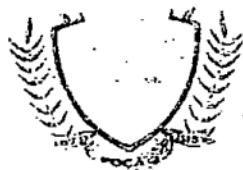
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Pnclorizo:

Registro N°:

Clinton:

Latin N:



PREFEITURA MUNICIPAL DE
POÇÃO

UNIDADE MISTA SAO SEBASTIAO

FICHA DE EMERGÊNCIA

Nº DE REGISTRO _____

Hora de Atendimento	18:08	Data	6/10/15
Nome		Wagner de Souza Alves	
Sexo	M	Idade	18
Filiação		Fernando Luiz Alves e Vera Freira Gómes de Souza Alves	
Data Nasc.	10/10/41	Cartão SUS nº 708007362452027	
Endereço	Rua Pedro Francisco de Paiva		
Enfermeiro (a)	Dr. Leonidas		
Médico	Dr. Manoel		
Histórico da doença atual			
Pete volta de Colono Fazenda de Mato verde. Repente a dor que dura de 2 a 3 horas. Só no encontro o colono, sentiu fortes dores de dor, fazendo o paciente voltar. Fazia 20 dias. Pode tratar o paciente			
Exame físico			
EGR, Pernas, Abdômen, estômago, Cervelo e demais ACV: R2, RT: R4, S: 55 FC: 86 P: 136 x 86 — Hg: AR: MVA — AHT: S/ R.R.			
ABD: doloroso e indolor			
Pressão Arterial			
142x103 batimento			
Pulso 92 Temperatura —			
Diagnóstico Provisório			
① Tumor — pe. P.S. ② TCC leve ③			
Conduta			
① S. Tumor — Fruta ② A. Hig. Permaneça ③ Deixa claramente — 01 AMP-HD CV 18:30			
Hora da liberação do paciente			
Ass. do Médico- CRM		Ass. do(a) Enfermeiro(a)	

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

P/Miguel de Souza Alves

Abelardo Almeida

O porta rymado foi atendido
verb custos de m. porto de la



Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n. - Bezerros - PE Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2015



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

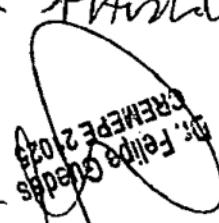
PF Weyren de Souza Alenc

Isaías Rechis

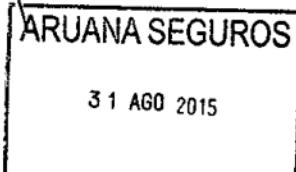
Opusculo suscitado, fui vítima
de trânsito, quebrou fratura de
fíbula proximal do pé esquerdo.
segundo, subindo escadaria

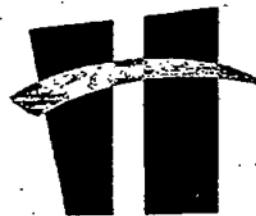
Acordo em 24/02/15. Atualmente
em recuperação.

Bezerros, 13/03/15



Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Nome: Wagner de Souza Alves

Reg. 102302

Data de Nasc. 1/1/ Ano 24/02/15 (noir)

Data da Cirurgia 24/02/15

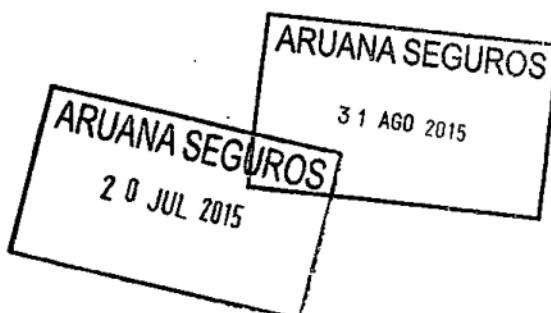
Diagnóstico: Tumor da TS do 2 PDE

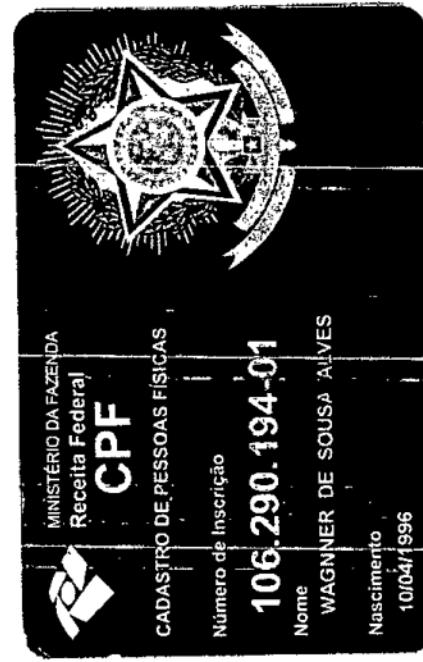
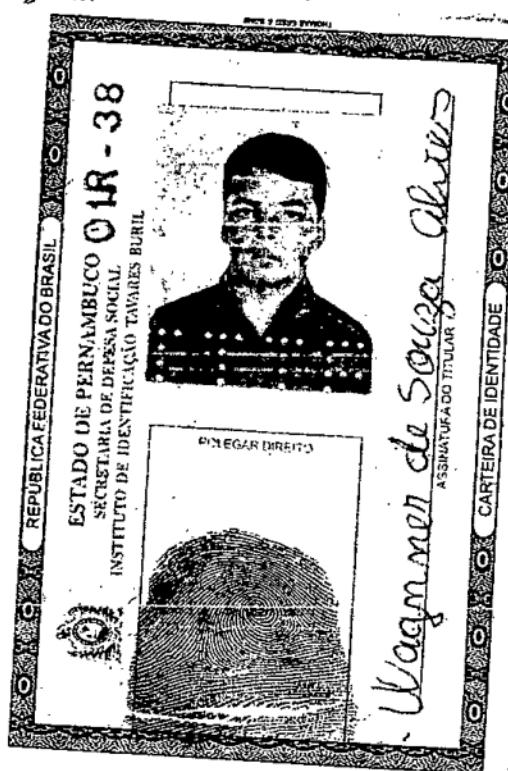
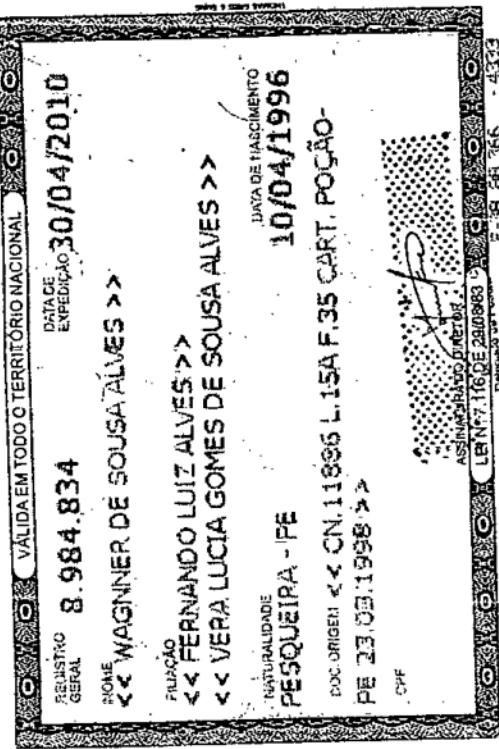
Tratamento: Síntese com fio K

Data Retorno: 13/03/15 à EL

Motivo Retorno: 1º posquirúrgico

DATA: 10/04/15 à HL





DOCUMENTO 6



T6%

