

# 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: WAGNER DE SOUSA ALVES

Cidade: POCAO / UF: PE

Data Acidente: 16/02/2015

Seguradora: BVA SEGUROS S/A

Atendimento: HOSPITAL - 00001

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	
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>430,00</b>	<b>0,00</b>

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 Nº 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

Seg.: BVA SEGUROS S/A

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

Informações Administrativas	Pl. Ant.	Aval. Ant.	Pago Ant.	Pl.Atual.	Aval.Atual.	Vr. à Pagar
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		-----		-----		-----
<b>Total</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>430,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTAL PLEITEADO: 430,00</b>	<b>TOTAL AVALIADO: 0,00</b>		<b>TOTAL PAGO + A PAGAR: 0,00</b>			

### 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 nº: 7716745

A/C: WAGNER DE SOUSA ALVES

Sinistro: 3150762677  
Vitima: WAGNER 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2015

Carta nº: 8002151

A/C: WAGNER DE SOUSA ALVES

Sinistro: 3150762677  
Vitima: WAGNER 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2016

Carta nº 8991960

a/c: WAGNER DE SOUSA ALVES

Sinistro: 3150762677 ASL-0718515/15  
Vitima: WAGNER 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](http://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 ALVESPORTADOR(A) DO RG Nº 8.984.834EXPEDIDO POR SOS/PEEM 30.04.10CPF 106.290.194-02 /CNPJ

PROFISSÃO

RENDIMENTO MENSAL DE R\$

(\*)

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WAGNER DE SOUSA ALVES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A FETURAR 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 POUPANÇA 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.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.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 código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº 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 DOU QUANTO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARQUIVADO

31 AGO 2015

CAEUARO

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

DOCUMENTO 1 \*T1%\*





CONEXÃO COM O BANCO BRADESCO S.A.  
AGÊNCIA 5215 CONTA 0002825-9  
NOME: WAGNER DE SOUSA ALVES  
CPF: 000.000.000-00  
DATA: 05/08/2015

VALOR DA TRANSFERÊNCIA: R\$ 100,00

DATA DE DEBITO: 05/08/2015

VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00  
VALOR DO CREDITO: R\$ 100,00  
VALOR DO SALDO: R\$ 100,00  
VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00  
VALOR DO CREDITO: R\$ 100,00

VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00  
VALOR DO CREDITO: R\$ 100,00

VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00  
VALOR DO CREDITO: R\$ 100,00  
VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00

VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00  
VALOR DO CREDITO: R\$ 100,00  
VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00

VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00  
VALOR DO CREDITO: R\$ 100,00  
VALOR DO DEBITO: R\$ 100,00

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS  
WAGNER DE SOUSA ALVES  
AGENCIA 5215 CONTA 0002825-9

14:28 HRS  
05/08/2015

DISPONIVEL  
= TOTAL DISPONIVEL .....  
+ CONTA FACIL (C/C + EQUIP)  
TOTAL DE RECURSOS .....

ARUANA SEGUROS  
31 AGO 2015

DOCUMENTO 1 \*T1%\*



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 Delegado/Marcos Vinícius MOTOCICLETA/HONDA/POP 180 Objeto apreendido: Não Cor PRETA - Cor do Condutor: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

File# 5051502 (FPCV) 10/10/2013 10:30:10: 5520-11206 Client: 502HB02100R412414  
 And FernandoBorjaPerez 2013/10/10 00:45:45 50GA091108

## Complemente / Observação

GRUPO FOI INFORMADO PELO SENHOR WAGNER DE SOUSA ALVES, O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO NO REFERIDO ENDEREÇO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAUSANDO UMA QUESA, 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)

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2015

Edição Pereira Tavares - MAT. 319892-6 - Matrícula: 215862-8

  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇÃO  
114ª CIRCUNSCRIÇÃO

**AUTENTICAÇÃO**  
Cartório Único-Poção-PE  
CNPJ Nº 11.464.039/0001-86  
Cleamazi Clara M. O. Magalhães  
Tabelião Designada.  
Conforme o Original, que me  
foi apresentado neste ato  
          x           dou fé  
Poção 26/06/2015  
Cleamazi Clara M. O. Magalhães  
Tabelião Designada

Emolumento R	R	R	R
TSNR	R	R	R
FG	R	R	R
TOTAL	R	R	R

CAR  
CLEE  
TA

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PERNAMBUCO  
**Selo de Autenticidade e Fiscalização**

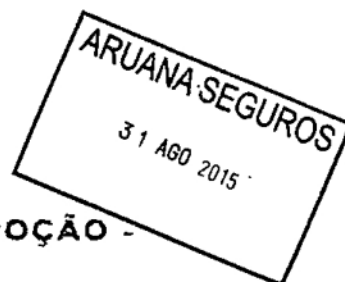
AUTENTICAÇÃO Nº **BSC082600**

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



27/05/2015 16:11

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 Nº. **15E0204000108**

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

OUTROS ACIDENTES - Culposos (Consumados) 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 )**  
**EVÂNIA ( TESTEMUNHA )**  
**WAGNER DE SOUSA ALVES (VITIMA )**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**WAGNER DE SOUSA ALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe. VERA  
LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES Pai: FERNANDO LUIZ ALVES Data de Nascimento:  
10/04/1990 Naturalidade: PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3984834/SDS/PE  
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE  
Endereço Residencial: RUA FRANCISCO DUARTE, 78 - CEP: 9 - Bairro: CENTRO -  
POCAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES (não presente ao plantão) - Sex: F. 2.0 JUL 2015  
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
41008170452 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão:  
AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: RUA FRANCISCO DUARTE, 78 - CEP: 9 - Bairro: CENTRO -  
POCAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EVÂNIA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL  
Residência: SAHU POCAO - POCAO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo ao MUNICÍPIO DE  
POCAO, 1 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - POCAO PERNAMBUCO/BRASIL**

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

m de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/Infopol/Xml/BOEPreview.htm

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

Placa: **PGB4592** (PERNAMBUCO/POÇÃO) Renavam: **534641298** Chassi: **9C2HE9218DR419414**  
 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** - Matrícula:  
**319862-6**



(Ato)

117 SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.08.15



PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO



SUS

PREFEITURA DE POÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO

SAMU  
192

Identificação

Médico Regulador

Dr. [assinatura]

TARM

Operador de Janela

S. [assinatura]

Data

16-08-15

Hora

17:40

ID

0233

Nº ocorrência

Unidade móvel

U5B

Base da Unidade

Endereço da ocorrência

Nº

Bairro

Município

Poção

Ponto de referência

Proximo a pista de varigada

Nome da vítima

Vagner de Sousa Alves

Idade

18

Sexo

M/F

Solicitante / Fone

Cartão de saúde - SUS

7 0 8 0 0 3 3 6 2 4 5 2 0 2 7

Queixa

Lesão de mão

Comunicação

17:40

Saída da base

17:43

Chegada no local

17:47

Saída do local

18:03

Chegada no destino

18:08

Saída do destino

18:17

Chegada na base

18:21

☐ Transferência (senha):

Tipo de Agravamento:

☒ Acidente Transitório:☐ Pedestre☐ Condutor do veículo☐ Passageiro do veículo☐ Agnóstico☐ Clínico☐ Desabamento/Soterramento☐ Eletrocussão☐ FAF☐ FAF☐ Gineco-obstétrico☐ Lesões térmicas☐ Pediátrico☐ Psiquiátrico☐ Quase Afogamento☐ Queda \_\_\_\_\_ Metro☐ Queimadura☐ Térmica☐ Química☐ Elétrica☐ Outros:

Antecedentes:

☐ ADO☐ Alcoolismo☐ Alergia☐ AVC☐ Cirurgias Realizadas☐ Convulsões☐ Diabetes☐ Doença Cardíaca☐ Doença Infecto-contagiosa☐ Doença Mental☐ Doença Renal☐ Drogadição☐ Hipertensão Arterial☐ Internamentos anteriores☐ Medicamentos:☐ Problemas Respiratórios☐ Outros:

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade☐ Alergia☐ Ausência de pulso☐ Cansaço☐ Convulsão☐ Diarreia☐ 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	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O <sub>2</sub> %	Escala de Glasgow
Início	160x90	125			170	97	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☐ Livre☐ Obstrução Parcial☐ Total☐ Coração Estranho☐ Bronco Aspiração☐ Edema de Glote☐ OEF:

Respiração/Ventilação:

☐ Espontânea☐ Parada Respiratória☐ Assistida☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

☐ Normal☐ Roncos/sibilos☐ Estertores☐ Diminuição MV☐ Ausência MV

Expenibilidade:

☐ Normal☐ Superficial☐ Regular☐ IrregularOutros: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Eúlico ☐ Outros:

CIRCULAÇÃO

Pele:

☐ Cianose☐ Fria☐ Normal☐ Palidez☐ Quente☐ Seca☐ Outros:

Edema:

☐ Ausente☐ Palpebral☐ M Inferior☐ Anasarca☐ Ausente☐ Ausente

Perfusão:

☐ Normal☐ Retardada☐ Ausente☐ Ausente☐ Ausente☐ Ausente

Pulso:

☐ Regular☐ Irregular☐ Fino☐ Chelo☐ Ausente☐ Ausente

Ausculta:

☐ Normal☐ Hipofonesia☐ Arritmia☐ Sopros☐ Sopros☐ Sopros

ECG:

☐ Normal☐ Alterado☐ Não realizado☐ Não realizado☐ Não realizado☐ Não realizado

DOCUMENTO 2 \*T2%\*





OBSERVAÇÕES: Colúmbos muito  
e muito, pacíficos e não  
fazem d. p. com o homem.  
comuns orientados bem  
sobre comiss. mas vagam d  
da lista, possível frustração  
de d. d. no NTE, o mesmo  
foi removido para o hospital  
local.

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

☐ Anúria  
☐ Giordano Direito  
☐ Giordano Esquerdo  
☐ Hematúria  
☐ Outros: AD

31 AGO 2015

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

2º Turma Médica  
CRM/28717

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

TERMO DE RECUSA:  
Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WAGNER DE SOUSA ALVES,

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

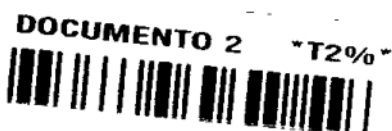
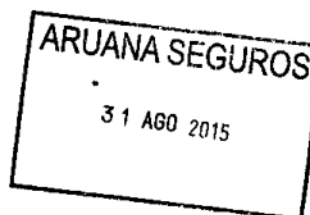
CPF nº 166.290.194-01, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	TRU FRANCISCO DUARTE
Número	78
Apto / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	PORCÃO
Estado	PERNAMBUCO
CEP	55240-000
Telefone de Contato	(81)99429-0363 (81)99607-9887
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 10.438, de 26/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
FERNANDO LUIZ ALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
TV FRANCISCO DUARTE 78

CPF: 303.703.374-88 NIS: 12058871094

CENTRO/POCAO  
POCAO PE  
55240-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BADA RENDIX COM NIS  
Monofásico

NOTA FISCAL Nº 4008349938  
003137613 UNICA 26/08/2015

DATA DE VENCIMENTO 17/07/2015  
DATA DE EMISSÃO 17/07/2015  
TOTAL A PAGAR (R\$) 7,47

CONTA CONTRATO	MESIANOS
4008349938	08/2015
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
17/07/2015	27/07/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	
7,47	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,14478388	4,31
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	6,0000000	0,24820081	1,48
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,80
Contribuição Iluminação Pública			0,95
Multa por atraso-NF 003183888 - 27/05/15			0,13
Pagamento Interrupção Energia			-0,23
TOTAL DA FATURA			7,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
0025444	CAT	27/05/2015	2.447,00	26/08/2015	2.483,00	30	1,20000		36,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			
JUN 15	36		
MAY 15	38		
ABR 15	50		
MAR 15	65		
FEV 15	53		
JAN 15	73		
DEZ 14	45		
NOV 14	47		
OCT 14	54		
SET 14	37		
AGO 14	38		
JUL 14	54		
JUN 14	55		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
ICMS	0,62	1,72	0,08
PIS	0,62	1,72	0,30
COPING	0,62	1,72	0,30
Gerção de Energia	3,05		68,15
Transmissão	0,18		2,72
Distribuição (Carga)	1,66		25,53
Energia Setorial	0,54		8,18
Tributos	0,36		5,44
Total	8,82		100

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

7,47

ARUANA SEGUROS  
31 AGO 2015

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
O cliente é responsável pelo pagamento das contas de energia elétrica. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o dia 15 de cada mês. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o dia 15 de cada mês. O cliente deve pagar a conta de energia elétrica até o dia 15 de cada mês.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES			
COMPONENTE	VALOR	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
DIC	6,80	6,15	12,30
PIC	1,00	3,42	6,85
DMC	5,80	3,63	0,00

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
220	202	231

Linha DCR: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 2,84

CONTA CONTRATO 4008349938  
MESIANOS 08/2015  
DATA DE VENCIMENTO 17/07/2015  
TOTAL A PAGAR (R\$) 7,47

8387000000-1 07470011004-0 00834993810-0 02283888333-1





**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**

TOMOGRÁFIA DE CRÂNIO C/CONTRASTE  
MATERIAIS E MEDICAMENTOS R\$ 150,00  
TAXAS E SERVIÇOS R\$ 280,00  
CONFORME ART.1º DA LEI COMPLEMENTAR MUNICIPAL Nº018, 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\$)	Alíquota (%)	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 NFSe foi emitida com respaldo na lei complementar Nº04/2005 de 29/12/2005  
Data de vencimento do ISS desta NFSe: 10/08/2015  
http://www.tributosmunicipais.com.br/NFE-Arcoverde/notaFiscalAction.do?operacao=verificarAutenticada

15459625124506

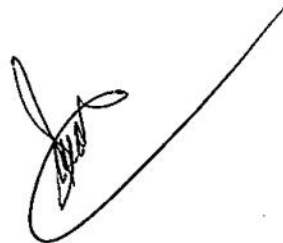
07/07/2015 09:01



Recibo

Nº do Recibo: 115.1200 Nº da Fatura: NC.C.4861

Nº do Tratamento:



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

Em nome de: WAGNER DE SOUZA ALVES RG: 8.898834

Valor em palavras: QUATROCENTOS E TRINTA REAIS

Para: TC DE CRANIO C/ C

R\$ 450,00

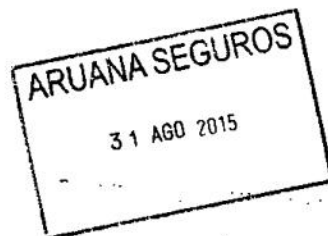
Cheque Banco/Ag

Conta Corrente Vencimento

Valor: R\$ 0,00

R\$ 280,00

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 QUARTE 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.

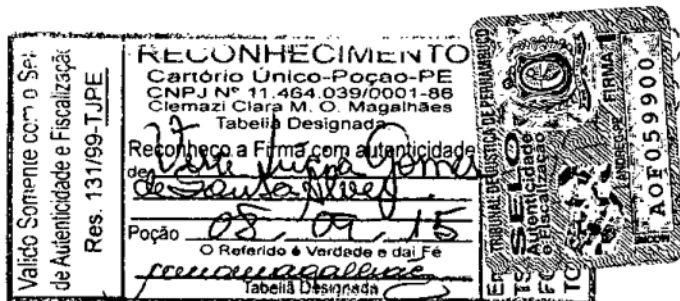
Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/POP 100  
Ano: 2013/2013  
Placa: PGB 4598  
Chassi: 9C2HBO210DR419414  
Data do Acidente: 16/02/2015  
Local e Data: POÇÃO-PE, 08/09/2015

ARUANA SEGUROS

01 OUT 2015

Vera 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. MAGALHÃES  
TABELIA DESIGNADA E OFICIALA  
ABRÍCIA DE MELO LINS  
SUBSTITUTA



Declaração de Responsabilidade Veicular

Eu, \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_  
habilitado no curso de \_\_\_\_\_  
no Estado de \_\_\_\_\_  
e no Município de \_\_\_\_\_  
declaro que sou o proprietário e condutor do veículo  
de placa nº \_\_\_\_\_  
do tipo \_\_\_\_\_  
e que sou responsável por todos os danos  
ocasionados por este veículo.

Assinatura  
Data  
Local

Assinatura do Condutor (a ser assinada pelo proprietário do veículo)

1234567890  
1234567890  
1234567890



**-PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO-**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**RECEITUÁRIO**

Sr. (a): Wagner de Souza Albuquerque  
Reg.: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_

*Solicito*

\_\_\_\_\_  
*Tomografia  
computadorizada  
do crânio*

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2015

3507  
Dra Eliana M. Matos Araújo  
Ginecologia Obstetrícia  
CREMESP - 3951

Data 01/03/15

Assinatura

DOCUMENTO 5 \*T5%\*





ORI  
HRA

Prontuario: 244137

Atendimento: 108712

Data Nasc.: 10/04/1986

Indo: 18

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

**Religio:**

CNS:708003362452027

Nº: 0

Estado: **PR**

Endereço: RUA FRANCISCO DUARTE  
Bairro: CENTRO

Bairro: CENTRO

**Fong:**

Cidade: POCAO

Nome da Mãe: VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES

**Professione:**

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data: 18/02/2015 22:35

Quelxe Principal / HDA:

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

**Diag. Provisório:**

- Florida Summers Case-1 (Housing  
Order)  
Fulton 20 on

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2015

ARUANA SEGUROS

20 JUL 2015

descrição:

**Diet:**

STALL GONDA

Horário

Dr. Roberto Terrence  
Orchestra and Music

17-00000

七

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

Registro Nº:

Clinica:

Leito Nº:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

21/02/15

HA: 14:00 2 - 100

Procedimento Cirúrgico - F 1 10 2 - 100

Ativo nos 14h com a P de  
operando no campo de visão.  
22.00.00.00 com a P de  
P de 100.

cy. 14:00 A 14:00

DR. RUI LUIZ DE SOUZA  
Cirurgião

ARUANA SEGUROS  
20 JUL 2015

ARUANA SEGUROS  
31 AGO 2015

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Registro Nº:

**Logitn №:**

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
		1 - <i>interconsulta</i>
17/06/15	12h	<p><i>Novo Hospital</i></p> <p><i>Dr. Ricardo Marinho</i></p> <p><i>Dr. Vasei Duarte</i></p> <p><i>Ortopedia - Traumatologia</i></p> <p><i>CRM 14589</i></p> <p><i>CPF 704 472 334 81</i></p>
18/06/15	12h	<p><i>Dr. Ricardo Marinho</i></p> <p><i>Dr. Vasei Duarte</i></p> <p><i>Ortopedia - Traumatologia</i></p> <p><i>CRM 14589</i></p> <p><i>CPF 704 472 334 81</i></p>
19/06/15		<p><i>Dr. Ricardo Marinho</i></p> <p><i>Dr. Vasei Duarte</i></p> <p><i>Ortopedia - Traumatologia</i></p> <p><i>CRM 14589</i></p> <p><i>CPF 704 472 334 81</i></p>



# UNIDADE MISTA SAO SEBASTIAO

# FICHA DE EMERGÊNCIA

**Nº DE REGISTRO**

Hora de Atendimento 18:08 Data 6 102 15  
 Nome Wagner de Sousa Alves  
 Sexo M Idade 18 Estado Civil Solteiro  
 Filiação Fernando Luis Alves  
Vera Lucia Gomes de Sousa Alves  
 Data Nasc. 10/04/96 Cartão SUS nº 708003362452027  
 Endereço Rua. Pedro Francisco de Paula  
 Enfermeiro (a) Dr. Leonides  
 Médico Dr. Marcelo  
 Histórico da doença atual Pete vítima de Coluna Fratura de M<sup>o</sup>  
União. Capote a oliveira de R. + 40km/h. BNU o  
encontra o lado, comete para deraminta da família  
para supetata. para com a foto. Tracão e foto  
 Exame físico EBR, Punção, hidratação, efeit. Cavate e deraminta  
ACV RCTI BUL 5/55 FC 86 PR 136 x 86  
AR MVA - DHT 5/RS  
MSO diferencial e indolore  
para: coluna - 12 h/12, 2 por deit. de p/ D.  
 Pressão Arterial 142x103mmHg Pulso 92 Temperatura —  
 Diagnostico Provisório 1 Trauma - 12 h/12  
2 TCC de 12  
3  
 Conduta 1 S. Trauma - Fratura  
2 A. Hosp. Permeado  
3 D. Trauma - 12 h/12 - 01 AMP + 01 EV 18:30  
 Hora da liberação do paciente —  
 Ass.do Médico- CRM Souza  
2º Técnico  
CRM 24717  
 Ass.do(a) Enfermeiro(a) —



HOSPITAL  
**JESUS PEQUENININO**

P/ Urogen de Juss Alus

Alto Plidino

O para nym 4 hdo foi estudo  
vrb uobde com pumte - es la

*[Handwritten signature]*

ARUANA SEGUROS  
20 JUL 2015

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

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2015



HOSPITAL  
**JESUS PEQUENINO**

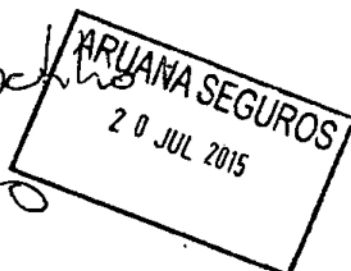
P/ Wyron de Souza Almeida

Laudo Resoluto

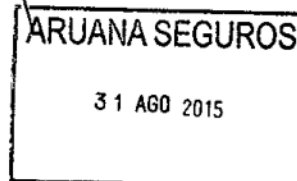
O paciente supracitado foi vítima de trauma, com fratura de fêmur proximal do 2º membro superior esquerdo. Submetido à tratamento cirúrgico em 24/02/15. Atualmente em reabilitação.

Beberão, 13/03/15

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



Dr. Felipe Guedes  
CRM 21023





HOSPITAL  
**JESUS PEQUENINO**

Nome: Wagner de Souza Alus

Reg. 102302

Data de Nasc. 1/1/

Aut. 24/02/15 (nois)

Data da Cirurgia 24/02/15

Diagnóstico: Enteria de T3 do 2 PDE

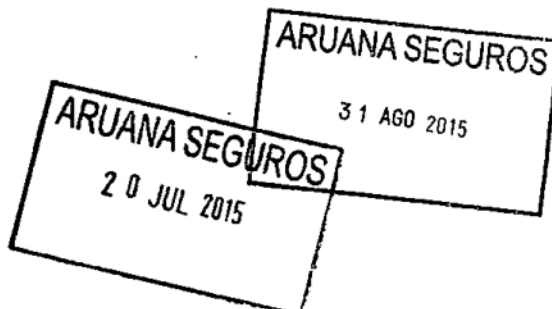
Tratamento: Sintex com fio K

Data Retorno: 13/03/15 à EL

Motivo Retorno: 1º nois

2º nois: 10/04/15 à EL

Gráfica GAL (81) 3728.1256





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição  
**106.290.194-01**

Nome  
**WAGNIER DE SOUSA ALVES**

Nascimento  
**10/04/1996**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **8.984.834** DATA DE EMISSÃO **30/04/2010**

Nome **<< WAGNIER DE SOUSA ALVES >>**

FILIAÇÃO **<< FERNANDO LUIZ ALVES >>**

NATURALIDADE **<< VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES >>**

PESQUEIRA - IPE DATA DE NASCIMENTO **10/04/1996**

DOC ORIGEM **<< CN.11896 L.15A F.35 CART. POÇÃO-PE 23.03.1998 >>**

CPF

ASSINANTO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 28/09/83

4333

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO **01R - 38**

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

PILEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

*Wagner de Souza Alves*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PE** Nº **010101146474**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: **1** COD. RENAVAM: **534641296** RNTG: **\*\*\*\*\*** EXERCÍCIO: **2013**

NOME: **VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES**  
**POCAO-PE**

CPF/CNPJ: **410.081.704-58** PLACA: **PGB4598**

PLACANT/UF: **\*\*\*\*\*** CHASSI: **19C2H50410BR419414**

ESPECIE TIPO: **PAS - MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA/MODELO: **HONDA/POP100** ANO FAB: **2013** ANO MOD: **2013**

CAP/POT/CIL: **2P/97CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR/PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA UNICA: **IPVA 2013 QUITADO** VENC. COTA UNICA: **12 \*\*\*\*\***

FAIXA IPVA: **A** PARCELAMENTO/COTAS: **2 \*\*\*\*\***

PREMIO TARIFARIO (R\$): **0,00** IOF (R\$): **0,00** PREMIO TOTAL (R\$): **0,00** DATA DE PAGAMENTO: **22/05/13**

SEGURO PAGO: **ARUANA SEGUROS**

OBSERVAÇÕES: **AL FID. ADM. CONS. SAC. HONDA, LTDA**

LOC: **POCAO-PE** DATA: **22/05/13**

**Maria de Fátima Bezerra R. Costa**  
 DETRAN/PE

**ARUANA SEGUROS**  
 31 AGO 2015

**DOCUMENTO 7** "T7%"  
