



Número: **0001641-48.2016.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **29/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WAGNER DE SOUSA ALVES (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65207307	24/07/2020 10:51	ANEXO 1	Outros (Documento)

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	
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 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		-----		-----		-----
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 nº: 7716745

A/C: WAGNNER DE SOUSA ALVES

Sinistro: 3150762677
Vítima: 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

Pag. 00393/00394 - carta_03

00010197



Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2015

Carta nº: 8002151

A/C: WAGNER DE SOUSA ALVES

Sinistro: 3150762677
Vítima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00941/00942 - carta_03

00110471





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.

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

Pag. 00167/00168 - carta_16

00020084



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 8.984.834

EXPEDIDO POR SOS/PE

EM 30/04/10

CPF 106.290.194-02 / CNPJ

00000000000000000000000000000000

PROFISSÃO

RENDIA MENSAL DE R\$

(*)

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

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WAGNER DE SOUSA ALVES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Nota: 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, 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 colorida, escritos a mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de endereço de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 236

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3215

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2825-8

BRAPESCO

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 AUTORIZO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

31 AGO 2015

PAUARI 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DOCUMENTO 1 *T1%*





EXTRATO DE CONTA CORRENTE
BANCO BRADESCO S.A.
AGÊNCIA 3215 CONTA 2002025-9

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

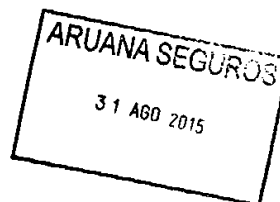
EXTRATO DE CONTA CORRENTE

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

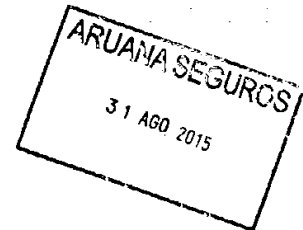
REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDO
WAGNER DE SOUSA ALVES
AGÊNCIA 3215 CONTA 2002025-9

14:28 NRG
05/AGO/2015

DISPONÍVEL
= TOTAL DISPONÍVEL
+ CONTA FACIL (C/C + FOLP)
TOTAL DE RECURSOS



DOCUMENTO 1 *T1%*



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s) **VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES**, que estava em posse do(s) Sr(s) **WAGNER DE SOUSA ALVES** Capangas/empregado **MOTOCICLETA HONDA POP 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Ocorrência: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

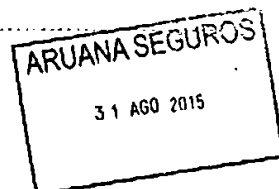
Fls. 565-566 (FOLHA 565 DO B.O. 65207307) - 333041200 - 562ND02100R413413
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 - Cor: **PRETA** - Marca: **HONDA**

Complemento / Observação

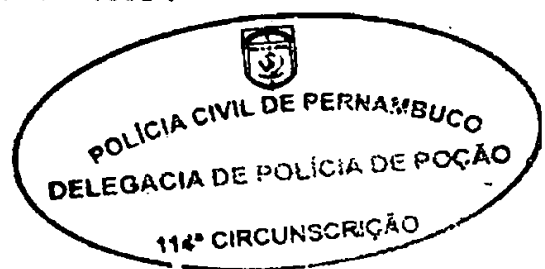
SEGUNDO FOI INFORMADO PELO SENHOR WAGNER DE SOUSA ALVES, O MESMO ESTAVA TRANSFERRANDO NO REFERIDO ENDEREÇO, QUANDO LEVOU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CANTANDO UMA MÚSICA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAHU E LEVADO PARA O HOSPITAL. O MESMO TEVE VARIAS LESÕES PELO CORPO.

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

Wagner de Sousa Alves
WAGNER DE SOUSA ALVES
(VITIMA)



Ediane Pereira Tavares
E. O. 65207307 DO: **EDIANE PEREIRA TAVARES** - MAT. 319822-6 - Matrícula:
315862-6



Valido Somente com o Selo de Autenticidade e Fiscalização Res. 131/99-TJPE	AUTENTICACÃO	
	Cartório Único-Poção-PE CNPJ Nº 11.464.039/0001-86 Clemazi Clara M. O. Magalhães Tabeliã Designada.	
Contorne o Original, que me foi apresentado neste ato		
Poção <u>26/06/2015</u> dou fé		
<i>Clemazi Clara M. O. Magalhães</i> Tabeliã Designada		
Emolumento R\$	Tabela de Autenticidade e Fiscalização	
	BSC082600	
TSNR	R\$	R\$
FG	R\$	R\$
TOTAL	R\$	R\$

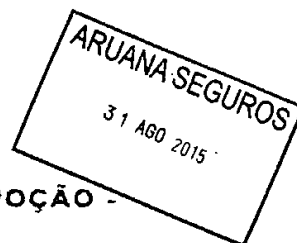
CARTÓRIO ÚNICO-POÇÃO-PE
CLEMANZI CLARA M. O. MAGALHÃES
TABELIÃ DESIGNADA E OFICIALA
FABRICIA DE MELO LINS
SUBSTITUTA





27/05/2015 16:1

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 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 -
POÇÃO/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:
10/04/1998 Naturalidade: PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8984834/SDS/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: RUA FRANCISCO DUARTE, 78 - CEP: 9 - Bairro: CENTRO -
POÇÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: 2.0 JUL 2015
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
41008179452 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
AGRICULTORA(A)
Endereço Residencial: RUA FRANCISCO DUARTE, 78 - CEP: 9 - Bairro: CENTRO -
POÇÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

EVÂNIA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: SALTU POÇÃO - POÇÃO/PERNAMBUCO/BRASIL Bairro: MUNICÍPIO DE
POÇÃO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - POÇÃO PERNAMBUCO/BRASIL

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



In de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia/Civil/Infopol/Arquivos/BOEPreview.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: **PGB4398** (PERNAMBUCO/POÇÃO) Registro: **534641298** Chassi: **3C2HE0218DR418414**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**

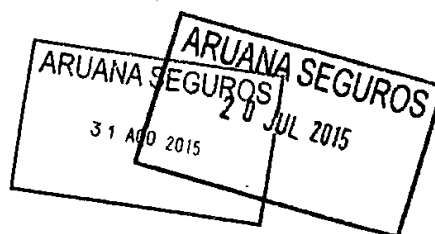
Complemento / Observação

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
 B.O. registrado por: **EDIERK PEREIRA TAVARES - MAT. 319862-6** - Matrícula:
319862-6



(Ato)

115 SUS 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

14.06.2015



PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO



SUS

PREFEITURA DE POÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



192

Identificação

Médico Regulador <i>Dr. [assinatura]</i>		TARM		Operador da frota <i>Suzuki</i>	
Data <i>16-06-15</i>	Hora <i>17:40</i>	ID <i>0233</i>	Nº ocorrência	Unidade móvel <i>U5B</i>	Base da Unidade
Endereço da ocorrência					Nº
Bairro			Município <i>Poço</i>		
Ponto de referência <i>Proximo a Posto de Vigia</i>					
Nome da vítima <i>Acme de Sousa Junior</i>					Idade <i>18</i>
Solicitante / Fone					Sexo <i>M</i>
Cartão de saúde - SUS <i>7 0 3 0 0 3 2 6 2 4 5 2 0 2 7</i>					
Queixa <i>Lesão de corte</i>					
Comunicação <i>17:40</i>	Saída da base <i>17:43</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 Agravamento:

- ☒ Acidente Transitório
☐ Pedestre
☐ Condutor do veículo
☐ Passageiro do veículo
☐ Agnóstico
☐ Clínico
☐ Desabamento/Soterramento

Antecedentes:

- ☐ AIDS
☐ Alcoolismo
☐ Alergia
☐ AVC
☐ Cirurgias Realizadas

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

- ☐ Anúria/oligúria
☐ Afeção
☐ Ausência de pulso
☐ Cianose

☐ Eletrocussão

- ☐ FAB
☐ FAF
☐ Gineco-obstétrico
☐ Lesões térmicas
☐ Pediátrico
☐ Psiquiátrico
☐ Quase Afogamento

☐ Convulsões

- ☐ Diabete
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença infecciosa contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal

☐ Convulsão

- ☐ Diarréia
☐ Dificuldade Respiratória
☐ Dor Local
☐ Febre
☐ Inconsciente/Desmaio

☐ Queda Metro

- ☐ Queimadura
☐ Térmica
☐ Química
☐ Elétrica
☐ Outros:

☐ Drogadição

- ☐ Hipertensão Arterial
☐ Quedas anteriores
☐ Medicamentos
☐ Problemas Respiratórios
☐ Outros:

☐ Palidez

- ☐ Sangramento
☐ Vômito
☐ Outros:

ARUANA SEGURANÇA

31 AGO 2015

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 ₂ %	Escala de Glasgow
Início	160x90	125			170	97	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- ☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Ceto Esbranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ ODE

Respiração/Ventilação:

- ☐ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

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

Expirabilidade:

- ☐ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

Outros:

☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hemo Eúico ☐ Outros:

CIRCULAÇÃO

- Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros
 Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca
 Periférico: ☐ Normal ☐ Retardado ☐ Ausente
 Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente
 Ausculta: ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Ausculto pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopro
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

DOCUMENTO 2 "T2%"



Principais lesões	Crânio	Faca	Pescoco	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	B
Amputação											
Contusão											
Enfermeiro											
Enfermeiro											
Perfuração											
Contusão		X									
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Quimimadura %											

OBSERVAÇÕES: *Edição mola*
X mola, paciente se encon-
tra a p. por 1 hora
com o mola em mola
com o mola em mola
da lista, possível fratura
de d. m. NTE, o mesmo
foi removido para o hospital
local.

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Ataxia
☐ Sono/ênica
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorragia Direita

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

- ☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Midríase Direita
☐ Midríase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Anreflexia
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outros:

SEGMENTO:

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

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

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Glândula Direita
☐ Glândula Esquerda
☐ 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 rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasotraqueal
☐ Cirurgia Otorrinolaringe
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

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

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição volêmica	Volume	Medicação	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500 ml			FV	
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,9%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital local

MUNICÍPIO: Poço

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da visita	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Dr. João</u>		<u>Carolina</u>	<u>Yverson</u>

TERMO DE RECUSA:

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

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

SONZA
2º Ten. Médico
CRM 29117



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WAGNER DE SOUSA ALVES

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

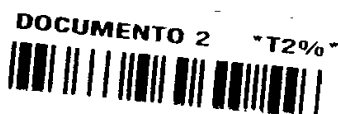
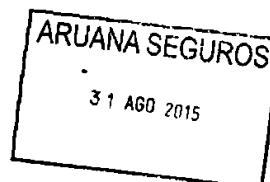
CPF nº 106.290.194-01, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>TRU FRANCISCO DUARTE</u>
Número	<u>78</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PORÇA</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 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.912/0001-08 | Ins. 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
BARRA RENDIA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/MÊS
003137613 UNICA 26/08/2015

DATA DE VENCIMENTO
17/07/2015 27/07/2015

CONTA CONTRATO MÊS/MÊS
4008349938 08/2015
DATA DE VENCIMENTO
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	0,14475388	4,34
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	6,6600000	0,24820081	1,66
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,60
Contribuição Rumo às Pátrias			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 DO DIAZ	CONSUMO (kWh)	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0082644	"CAI"	27/06/2015	2 447,00	26/08/2015	2 481,00	30	1,20000		36,20

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
DATA	VALOR	ICMS	PIS	COFINS	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Descrição do Imposto	Valor
JUN 15	36				6,02	1,00	0,36	Transmissão	0,36
MAY 15	60				6,02	1,00	0,36	Distribuição (Custos)	0,36
MAY 15	60				6,02	1,00	0,36	Energia de Geração	0,36
FEV 15	53				6,02	1,00	0,36	Tributos	0,36
JAN 15	73				6,02	1,00	0,36	Total	0,36
DEZ 14	45				6,02	1,00	0,36		0,36
NOV 14	47				6,02	1,00	0,36		0,36
OUT 14	56				6,02	1,00	0,36		0,36
SET 14	32				6,02	1,00	0,36		0,36
AGO 14	36				6,02	1,00	0,36		0,36
JUL 14	54				6,02	1,00	0,36		0,36
JUN 14	55				6,02	1,00	0,36		0,36

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2015

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome do titular da conta e representa o valor devido pela energia consumida no período de 15 dias anteriores à data de emissão. O valor da energia é calculado com base no consumo registrado no medidor e no valor da tarifa vigente. O valor da tarifa é composto por: energia de geração, distribuição, transmissão e tributos. O valor da energia é calculado com base no consumo registrado no medidor e no valor da tarifa vigente. O valor da tarifa é composto por: energia de geração, distribuição, transmissão e tributos.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES									
CONDIÇÃO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
RESQUISA	5,80	6,16	12,30	24,60	1,00	3,42	6,85	13,70	27,40
PRC	5,80	6,16	12,30	24,60	1,00	3,42	6,85	13,70	27,40
DANC	5,80	6,16	12,30	24,60	1,00	3,42	6,85	13,70	27,40

CONTA CONTRATO MÊS/MÊS
4008349938 08/2015
DATA DE VENCIMENTO
17/07/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)
7,47
83870000000-1 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-IBXX

PRESTADOR DE SERVIÇOS

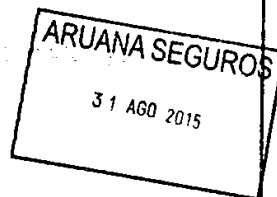
CPF/CNPJ: **70.237.227/0001-30** Inscrição Municipal: **4294**
 Nome/Razão Social: **HOSPITAL MEMORIAL ARCOVERDE LTDA**
 Endereço: **AVN JOSE BONIFACIO, 1121**
 Município: **ARCOVERDE** UF: **PE** CEP: **56512001**
 E-mail: **financeiro.memorial@veloxmail.com.br** TEL: **000000000000**

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 Nº016, DE 30 DE OUTUBRO DE 2013.



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 é fornecida com respaldo na lei complementar nº04/2006 de 29/12/2006.
 Data de vencimento do ISS desta NFSe: 10/08/2015.
 Site: <https://www.tributosmunicipais.com.br/NFE-Arcoverde/notaFiscalAction.do?operacao=verificarAutenticidade>

1645962512459

07/07/2015 09:01



Recibo

Boleto: 115.1200 Nº da Fatura: NC.C.4861

Nº do Tratamento:

2053 Paciente: WAGNER DE SOUZA ALVES

FRANCISCO DUARTE CENTRO

Cidade: POÇÃO Cep: 55240000

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

De: Pagar: R\$ 430,00

Nome do: WAGNER DE SOUZA ALVES RG: 3.898834

Quantidade de: QUATROCENTOS E TRINTA REAIS

TC DE CRANIO C/ C

Valor: R\$ 450,00

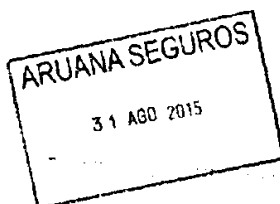
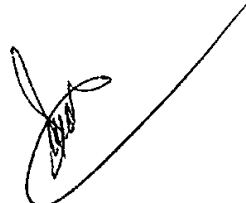
Cheque Banco/Ag

Conta Corrente Vencimento

Valor: R\$ 0,00

Valor: R\$ 380,00

Obs: DR. RAFAEL



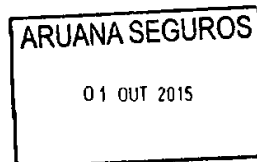
ARCOVERDE, 2 de Março de 2015
Hospital Memorial Arcoverde
RECEPÇÃO DE INTERNAMENTO
00223



Declaração do Proprietário do Veículo

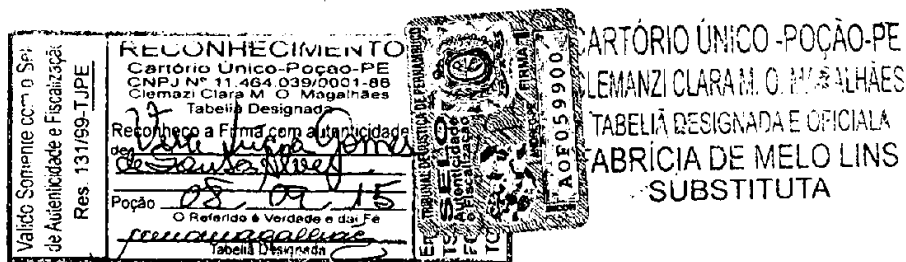
Eu, VERA LÚCIA GOMES DE SOUSA ALVES,
RG nº 2.908.150, data de expedição 07/05/2013
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 410.081.704-53 com
domicílio na cidade de POÇÃO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRAVESSA FRANCISCO QUARTE nº 78,
complemento CASA, declaro, sob as penas da 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: RGB 4598
Chassi: 9C2HBO210DR419414
Data do Acidente: 16/02/2015
Local e Data: POÇÃO-PE, 08/09/2015



Vera Lúcia Gomes de Sousa Alves
Assinatura do Declarante

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



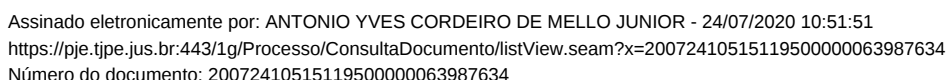
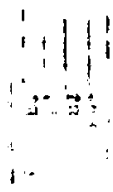
DOCUMENTO 4 *T4%*



[illegible]

1. **Local: District**
 2. **State or Federal**
 3. **City or County**
 4. **Department**
 5. **Division**
 6. **Section**
 7. **Office**
 8. **Room**
 9. **Address**
 10. **City**
 11. **State**
 12. **Zip**

1. What is the purpose of the study?





-PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO-
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

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

Solicito

Transfere
computadorizada
do crânio

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2015

350
Dra Eliana M. M. Araújo
Ginecologia, Obstetrícia
CRM-PE - 3951

Data 01/03/15

Assinatura

DOCUMENTO 5 *T5%*



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

ORI
HRA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: WAGNER DE SOUSA ALVES
Data Nasc.: 10/04/1986 Idade: 18
CPF: RG: Sexo: MASCULINO Atendimento: 108712
Endereço: RUA FRANCISCO DUARTE Cor: PARDAS Religião:
Bairro: CENTRO CEP: 55240000 Povo: Cidade: POCAO CNS: 708003362452027
Nome da Mãe: VERA LUCIA GOMES DE SOUSA ALVES Nº: 0
Acompanhante: Estado: PE
Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 18/02/2015 22:35

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Refere-se a trauma no membro superior direito.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Fratura de 2º PDC

ARUANA SEGUROS
31 AGO 2015

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2015

Prescrição:

Ida

Dieta:

TAU 40mg

Horário

Dr. Roberto Ferreira
Ortopedia Traumatologia
CPF: 12.500.000-00

Microscopia



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

24/02/15

MO. MARIANA 2 - 1105

Atendimento clínico - F. 1. 2 - 1105

Atendimento nos locais de trabalho de
atendimento no âmbito de atuação.
22 dias de trabalho com interrupção
de trabalho.

cy. M. 2 A. 1105

DR. RUAUANA SEGUELOS
CRÉDITO

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2015

ARUANA SEGUROS
31 AGO 2015



EVOLUÇÃO CLÍNICA

၁၀၀ သာ နှစ်စဉ်:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

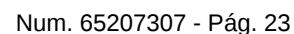
Nome do Declarante:

Registro Nº:

Climat:

Login №:

ARUANA SEGUROS
31 AGO 2015





UNIDADE MISTA SAO SEBASTIAO

FICHA DE EMERGÊNCIA

Nº DE REGISTRO _____

Hora de Atendimento	18:08	Data	16/02/15
Nome	Wagner de Sousa Alves		
Sexo	M	Idade	18
Estado Civil	Solteiro		
Filiação	Fernando Luis Alves e 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	Pede Vitamina de Polio Enatal de 100ml. Capnate e Dime que Vít. B + 40mg/L. SAMU o encontrou ao lado, conduziu para o Hospital de Pronto Socorro. Exame físico: E.R., Coração, Pulso, T.R., T.C., T.P., T.D., T.E., T.F., T.G., T.H., T.I., T.J., T.K., T.L., T.M., T.N., T.O., T.P., T.Q., T.R., T.S., T.T., T.U., T.V., T.W., T.X., T.Y., T.Z.		
Exame físico	E.R., Coração, Pulso, T.R., T.C., T.P., T.D., T.E., T.F., T.G., T.H., T.I., T.J., T.K., T.L., T.M., T.N., T.O., T.P., T.Q., T.R., T.S., T.T., T.U., T.V., T.W., T.X., T.Y., T.Z.		
Pressão Arterial	142x103	Pulso	92
Temperatura	---		
Diagnostico Provisório	D. T. C. de V. B.		
Conduta	D. S. T. de F. B.		
Hora da liberação do paciente	18:30		
Ass.do Médico- CRM	Ass.do(a) Enfermeiro(a)		

L&D Graffick 3834-1569



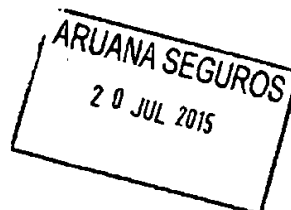


HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

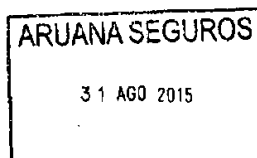
P/ Urogen de Jova Alus

Alto Médico

O porta nym é todo foi estudado
verá uidade com punte - de la



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





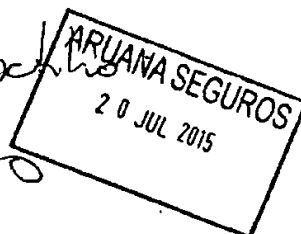
HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

P/ Wynon de Loura Aires

Lesões Residuais

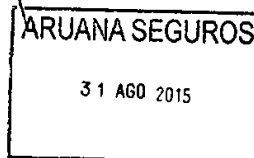
O paciente supracitado foi vítima
de trauma, apresentando fraturas de
Fêmur proximal do 2º membro
superior, submetido à tratamento
cirúrgico em 24/02/15. Atualmente
em reabilitação.

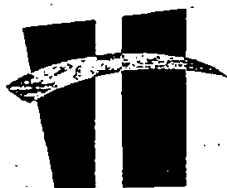
Bezerros, 13/03/15



Dr. Felipe Guedes
CRM/PE 21023

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





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Nome: Wagner de Souza Alus

Reg. 102302

Data de Nasc. 1/1/

Ata. 24/02/15 (noir)

Data da Cirurgia 24/02/15

Diagnóstico: Entum de T3 do 2 PDE

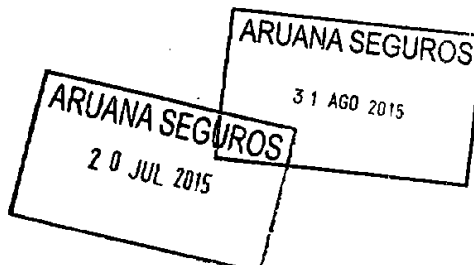
Tratamento: Sintex com frok

Data Retorno: 13/03/15 à EL

Motivo Retorno: 1º piora

2º piora: 10/04/15 à EL

Gratias GAL (81) 3728.1256



Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (81) 3728.1586



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA: **1** COD. RENAVAM: **534641296** RNTTC: ********* EXERCÍCIO: **2013**

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

CHASSI: **410-080-204-560** PLACA: **RGB4598**
********* CHASSI: *********

ESPECIE: **PAS** MOTOCICLETA **COMBUSTIVEL: GASOLINA**

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

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

COTA UNICA: **IPVA 2013 QUITADO** VENC. COTA UNICA: **1: *******
2: *****
3: *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): **SEGURO PAGO** (R\$): **10.000,00** PREMIO TOTAL (R\$): **10.000,00** DATA DE PAGAMENTO: **22/05/13**

OBSERVAÇÕES: **AL FID. ADM. CONS. CAG HONDA LTDA**

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

Manoel de Oliveira Bezerra R. Costa

ARUANA SEGUROS
31 AGO 2015

DOCUMENTO 7 "T7%"
