

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **WAGNER DE PAULA NUNES**

Nº Sinistro: **3180403420**

Vitima: **WAGNER DE PAULA NUNES**

Data do Acidente: **13/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180403420**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13319624



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

713 560 234 01

Wagner de Paula Nunes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Wagner de Paula Nunes		CPF titular da conta 713 560 234 01	Profissão Radialista
Endereço Rua Anderson Freire de Lima		Número 80	Complemento
Bairro Iguaçu do Bispo	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58011-483
Email			Telefone (DDD) (83) 98663-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº 0036

D/V

CONTA

Nº 90587

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

Nº

Nome

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 28 de agosto de 2018
Local e Data

x Wagner de Paula Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA Lote

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

179-697555253-7

8/JUN/2018

HORA DE 14:39:01

OT. 13,004572-1

TERM 018594

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTROLE: 179402257

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU CAIXA FACIL

NOME: WAGNER DE PAULA NUNES

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.090.587-7

DATA DA ABERTURA: 28/06/2018

LOTerias CAIXA

179-697555253-7

VIA

Senha

IXA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loteria

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01228.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01228.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:38 horas do dia 28 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Wagner de Paula Nunes**, CPF nº 713.560.234-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Radialista, filho(a) de Hosana Inocencio Nunes e Vanilson Freire de Paula, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/07/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anderson Freire de Lima, Nº 80, bairro Ilha do Bispo, tendo como ponto de referência Mercadinho Boa Esperança, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-6160.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Capitão José Pessoa, No Primeiro Giradouro de Jaguaribe, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/05/17 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS KS, VERMELHA, ANO 2011, PLACA MOT8272/PB, CHASSI 9C2KD0560BR506159, registrada em nome de RONILSON DE LUNA SANTOS, quando foi atingido por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1313/2017, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 04.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

ADENDO(S):

Que na data 28/06/2018, à(s) 15:53 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Corrigindo a informação: Diz o noticiante que após o acidente não foi socorrido pelo SAMU e sim em veículo particular para o hospital.. Adendo registrado por: Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula: 1819003.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Fabiana de Lima Bezerra



Wagner de Paula Nunes

Procedimento Policial: 01228.01.2018.1.00.420



João Pessoa/PB, 28 de junho de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

WAGNER DE PAULA NUNES

Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Wagner de Paula Nunes

CPF da Vítima

71356023401

Data do Acidente

13/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 28 de Agosto de 2018

Local e Data

Wagner de Paula Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WAGNER DE PAULA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000090587-7

Nr. da Autenticação 21ADD14D143EF5F7

Smisap: 11/06/2018 Referencia: Jun/2018

Class/Subst: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO B230, Nm25-0
Rotend: 4 - 1 - 132 - 3080 M² medior: 00008134158

ENERGIZING NOTES: 06/20/2016 08:50:00 AM

Grat. Recreio - José Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ: 08.056.532/0001-40 - Insc. Est. 18.015.322-0

State 2 was a Florida no-coverage rider on report that you...

Cad. para Dep. Autônomo: 00028 1991

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Jun / 2018	11/06/2018	11/07/2018	6019076474

UC (Unidade Consumidora): 5/267591-6

Canal de contato

-Terra Scuola di Energia Elettrica - TSEE in occasione Le
n. 12-28 del 28 novembre 1999

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
10/05/19	8551	11/05/19	7584				513		32
Demonstrativo									
000	Descrição	Consumo	Valor	Preço/Un	Ala	Imposto	Base Calc	Potência	Consumo
		Tributos	Total (R\$)	ICMS(R\$)	ICMS		Por/Consumo (R\$)	2500000	14144
0001	Consumo até 30kWh-BR	93,000	0,249450	7,49	7,49	27	2,92	7,49	0,27
0001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,427820	29,93	29,93	27	0,09	29,93	0,27
0001	Consumo - 101 a 220kWh-BR	130,000	0,841420	78,27	78,27	27	20,78	76,27	0,69
0001	Consumo acima de 220kWh-BR	293,000	0,112690	209,62	209,62	27	66,38	209,62	1,69
0001	Adc B. Amarela		4,34	4,34	27	1,37	4,34	0,24	0,18
0001	Adc B. Vermelha		11,69	11,69	27	3,13	11,69	0,10	0,49
0001	Susado		52,34	52,34	27	14,15	52,34	0,47	2,17
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001	CONTRO SERV ALIM PÚBLICA		16,66	0,00	6	0,93	0,00	0,22	0,00
0008	PARCELAMENTO DE DEBITO 48/48		134,72	0,00	0	0,90	0,00	0,90	0,00
0008	Desenvolvimento Subsidio		-35,67	0,00	0	0,90	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação de Item	TOTAL	527,58	391,47	13,55	391,47	3,52	13,55
-------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	-------

Média últimos meses (kWh) 263

VENCIMENTO
18/06/2018

TOTAL A PAGAR
RS 507.58

Historico de Consumo (kWh)

282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	0
Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	

RESERVADO A QUILA 10cc 792f def9 b8f4 9a1c f0cc fff d 39a2

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado (V)	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL			
DICTRIMESTRAL			aproximada
DIGITAL			
FICMENSAL			
POTTRIMESTRAL			
FICANUAL			
CUMULATIVO			
DICI			

[illegible]

10/16/2010 4:21 PM

ATENÇÃO

As demais retidas em 2013, de R\$ 22.145,90, não são de competência de R\$ 22.145,90 referente a períodos anteriores).

- RRA/RSQ: Caso (a) a situação não seja conclusiva em relação ao fornecimento poderá ser suscitado o art. 6º de 20/08/18. Conforme Resolução 414-A/REEL, o pagamento desta taxa não elimina a obrigação de pagamento do fornecimento, caso a mesma não seja comunicada ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para compensação. Caso essas faturas estejam pagas, o decorrer da prestação de serviço em 2013 não gera a obrigação de pagar a RRA/RSQ. Para as demais situações, a obrigação de pagar a RRA/RSQ poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer de mais de 20 períodos consecutivos de fornecimento de energia elétrica e não paga.

Para a taxa a inclusão em Arguição de Rescisão não é cabível no caso de não fornecimento.

Se a unidade for faturada como Energia Residua, tendo um desconto de R\$ 036,57.

Atenciosamente,

Faturas em atraso

Mar/18	134,09
Abr/18	317,91
Mar/18	318,90
Fev/18	298,81
Jan/18	306,47
Dez/17	335,24
Nov/17	332,08
Out/17	276,25

PARA/PA

Foto: 4-1-136-3080
Municipio: 267591-2018-06.3

VENCIMENTO:
18/06/2018

TOTAL A PAGAR
RS 507,58

83610000005-5 07580149000-6 02675912018-6 06300001019-7



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronilson de Luma Santos,

RG nº 2634966, data de expedição 18/08/11,

Órgão SSPPB, portador do CPF nº 051.424.894-70 com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Anderson Freire de Lima nº 80,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Wagner de Paula Nunes cujo o condutor era

Wagner de Paula Nunes.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA/NXR 150 BROS KS

Ano: 2011

Placa: MOT 8272/PB

Chassi: 9C2KDD560BR506159

Data do Acidente: 13/05/2017

Local e Data: 03/07/18 João Pessoa PB

Ronilson de Luma Santos

Assinatura do Declarante

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



50870

SECRETARIA DE NOTARIAL E REGISTRAR

Estado: Paraíba

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR

PODICO DE NOTARIAL E REGISTRAR



CERTIDÃO

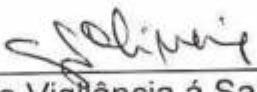
Nº. 1313/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO G. DO NASCIMENTO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial nº29261 Prontuário Nº 2017.05.001806 pertencentes a **WAGNER DE PAULA NUNES**, que foi atendido dia 13/05/2017 às 21H01min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 3º quirodáctilo da mão esquerda. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 13/05/2017 e 18/05/2017 (amputação parcial do 3º QDE), com alta médica dia 22/05/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de Junho de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

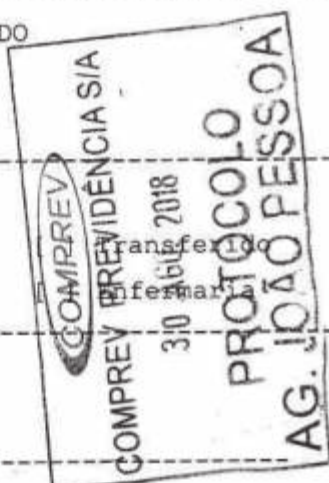
DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia

☐ Alta a pedido

☐ Desistencia ☐ UTI

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Wagner de Paula Data da Admissão: 13/03/11
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Peru de Lima de queda
 HDA: de moto saindo
com dor na mão @

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____

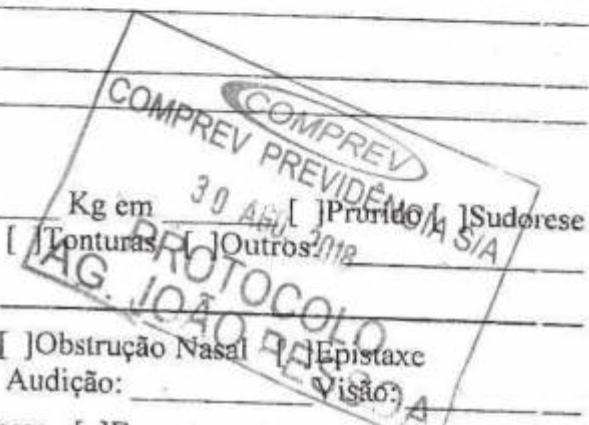
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

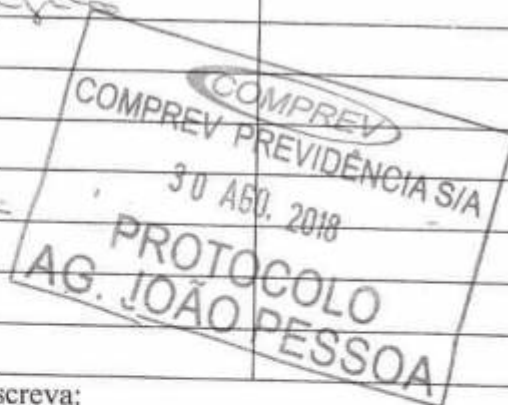
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Wagner de Paula</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>13.05.18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Luiz Juvenal</u>			1º Assistente: <u>Dr.</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <u>Bog</u>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fx GASTRO 3º DOG</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>masmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Amotomato Cauda</u>					
<u>+ Limpeza</u>					
<u>+ Desbridamento</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 (x) Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 (x) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Desbridamento + Antissepsia
2. Posição de Comprimidos
3. Lavagem extensiva com SF 0,9%.

Incisão:

4. Sutura de pontos moles
5. Reimplante de unha em leito ungueal.

Achados:

6. Fixação de fragmento de falange distal com agulha sob escopo
7. Anestesia local

Conduta:

Fechamento

OBS:

Data:

13/05/14

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Pos o- DDH sob efeito anest
- Substituir o enrijecido, adicionar o a 500ml
- Manter o- de a por 30 min

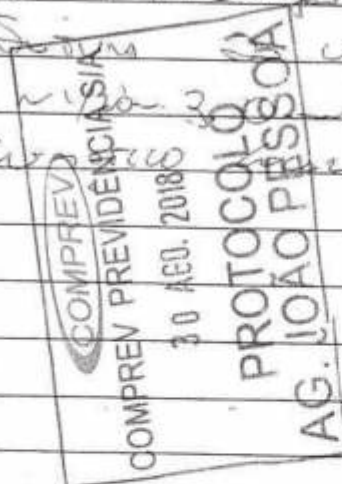
Incisão:

Achados:

- Artéria-veia Novas sussumo de falo 65 715ml
- 2 30 00 5

Conduta:

- Realizar o- Rutina no nível de
- intoformentes distal
- Identificar a- com a- 11-12-13
- de a- 11-12-13 de falo 65 715ml
- Sutura com fio 3-0 de a- 11-12-13



Fechamento:

OBS:

durante a- Rutina 715ml 715ml

Data:

17.09.17

MÉDICO/CRM



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: 944.173 DATA DE EMISSÃO: 23/02/2011

COG: WACNER DE PAULA NUNES

ENDEREÇO: VANILSON FREIRE DE PAULA
HOSANA INOCENCIO NUNES

DATA DE ANIVERSÁRIO: 04/07/1993

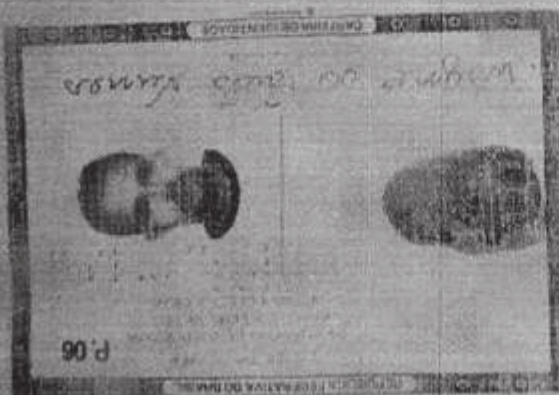
DOC. IDENTIF. PESSOAL: PESSOAL-PB

NASC. N. 1362 FLS. 191 LIV. A 02

CARTÓRIO: 7º JOÃO PESSOA, PB.

ASSINATURA: [Assinatura]

Carimbo: [Carimbo]



COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 AEU. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número Série

7004 0034/PB



Wagner de Paula Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 Abr. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013176402200

2101062960

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DET 20170000187309-6

1 0030531236-7 00/00000000

MARIA ELISABETH DA SILVA OLIVEIRA
RUA SÃO JOÃO BATISTA 143 CASA
TRINHEIRAS
580115-00 JOÃO PESSOA - PB

06590020414

PLACA
MOT82721 PB

RONILSON DE LUNA SANTOS

PLACA ANTIGA: PB CHASSI: 9C2KDU5608R506159

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/NARISH BROS KS

ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAP/POT/CIL
2 P/145 701

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

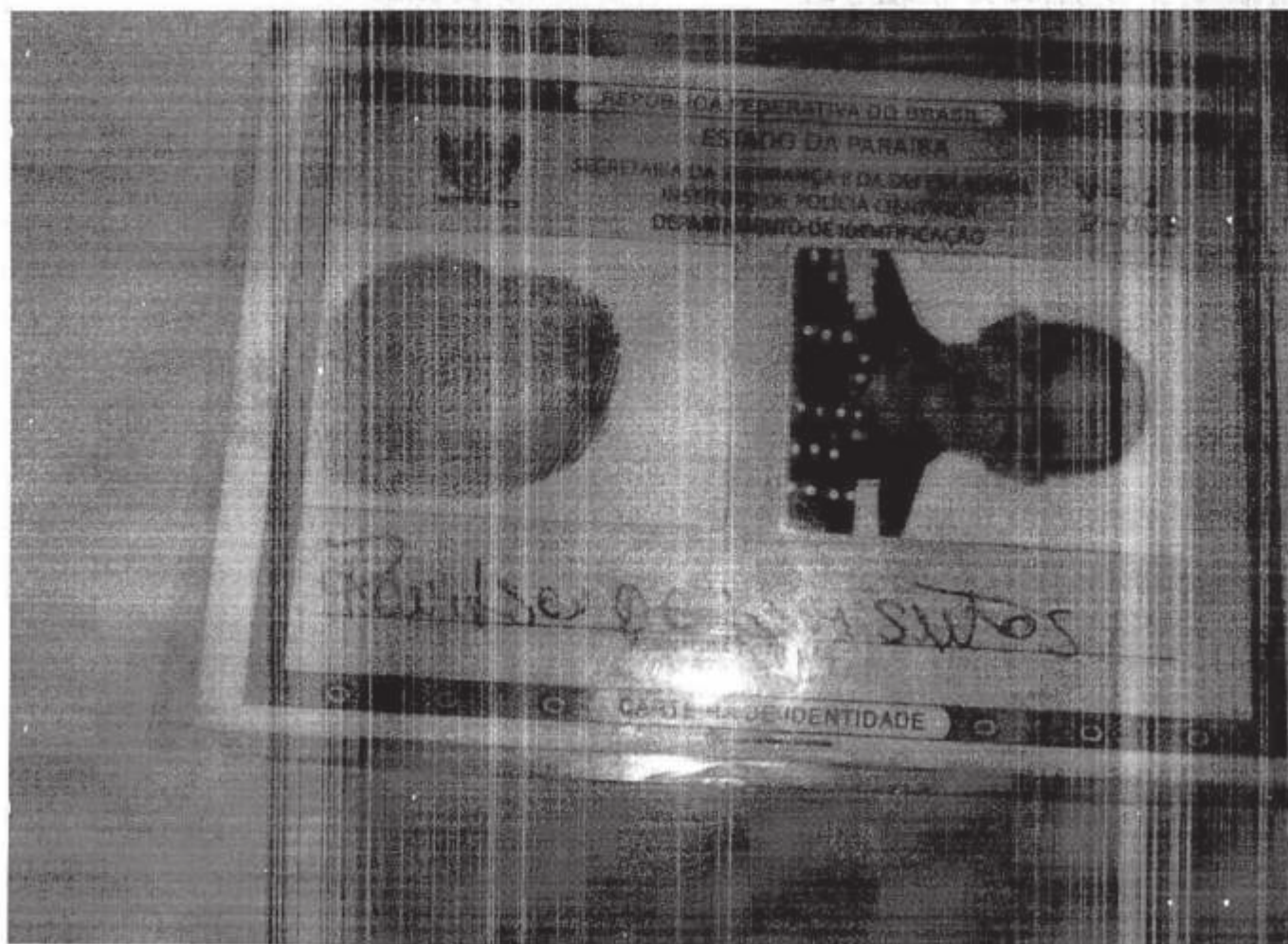
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
N. Motor: KDU5608R506159

19267

DATA: 12/06/2017

7251

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.838.966 - 2 VIA

18/08/2011

RONILSON DE LIMA SANTOS

ROBERTO DOS SANTOS
MARIA DOS Prazeres de
LIMA SANTOS

JOÃO PESSOA - PB

08/08/1984

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NASC. N. 33890
- CARPENTARIO S.
- 051.424.894




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

NOME
RONILSON DE LUNA SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2634966 SSP PB

CPF
051.424.894-70 DATA NASCIMENTO
08/08/1984

FILIAÇÃO
ROBERTO DOS SANTOS
MARIA DOS PRAZERES DE LUNA SANTOS

PERMISSÃO  ACC  CAT. HAB. 
AB

Nº REGISTRO
05417334395 VALIDADE
17/02/2021 1ª HABILITAÇÃO
06/02/2012

OBSERVAÇÕES

Ronilson de Luna Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
17/02/2016

Arisley Chaves Sousa
ASSINATURA DO EMISSOR 04495670017
PB032140479

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1275484477

PROIBIDO PLASTIFICAR
1275484477

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403420 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WAGNER DE PAULA NUNES **Data do acidente:** 13/05/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MÃO ESQUERDA COM LESÃO CORTO-CONTUSA EM TERCEIRO QUIRODÁCTILO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA INTERFALANGEANA DISTAL DO TERCEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO) E ALTA.

Sequelas permanentes: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO TERCEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO AO NÍVEL DA INTERFALANGEANA DISTAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO TERCEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO AO NÍVEL DA INTERFALANGEANA DISTAL.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Nelma de Oliveira Martins Freitas