

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**



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

713 560 234 01

Nome completo da vítima

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	Radiodifusista
Endereço	Rua Anderson Freire de Lima	Número	80	Complemento	
Bairro	Ilha do Bispo	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	580 11-483	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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 NRO. 0036 D/V CONTA NRO. 90587 D/V  
(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.
(Informar dígito se existir)		
(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

*Wagner de Paula Nunes*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Lotérias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

179-697555253-7

8/JUN/2018

HORA DE 14:39:01

OT. 13.004572-1  
LOCALIDADE: JDAO PESSOA

TERM 818594

C. VINCULADA: 0036 CONTROLE: 179402257

### CUMPROVANTE DE ABERTURA DE

TIME: WAGNER

AGENCIA: WAGNER  
AGÊNCIA: 0036

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.090.587-7

1. BTEERI TAP. BATHA

130 607666963 7

18 VIA *Syrha*

Digitized by srujanika@gmail.com



**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 confidais no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

*fabiana*



*Wagner de Paula Nunes*



João Pessoa/PB, 28 de junho de 2018.

Fabiana Reis  
FABIANA DE LIMA BÉZERRA

Agente de Investigacao

Wagner de Paula Nunes

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Wagner de Paula Nunes</i>	713 560 23401	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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ: ( )

Ficha Nr: 29261 Atd: Nao Regulado  
Data: 13/05/2017.  
Hora: 21:01:21  
Recepção: GABRIELA DA COSTA SERRA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: WAGNER DE PAULA NUNES Num. Prontuario: 2017.05.001806

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 9000

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/06/1992 Id: 24 ano(s)

End.: RUA SANTA EMILIA R., 129

Bairro: VARADOURO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ROSANE DOS SANTOS NUNES Pai: NAO INFORMADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: WAGNER DE PAULA NUNES

Trabalho: Doc. Responsavel: 9000 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Choquado  
[ ] Vomito [ ] Observação

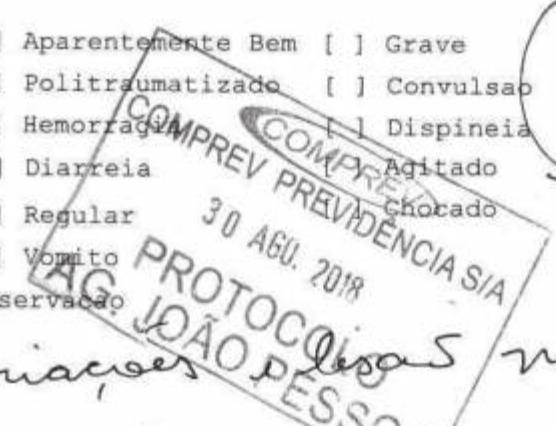
FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Qua Principal



Queda de moto com exoriaciones no 3º dedo da mão (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Negativa.

Paciente retorna de acidente de moto há t=30 minutos, apresenta ferimento contuso em 3º QDE (E). Estava inconsciente, nega cefaleia, dor maxilar, periorbita. Irradiacao contumelica ataligada.

Exame: HOTE, cefalofase, hidrocefalia, espasmo, vasodilatação. CD: Rx de mao (E)  
PR - MUS em AHT, S/RA - Sintomas avulsos -  
Diagnóstico: ferimento contuso a palpebra / Conduta - infecção - infusão -  
Prescrição: - Rx de mao (E)  
- Sintomas avulsos -  
- Infecção - infusão -

Prescrição

Horário da medicacão

Atendido

Por atendimento de queda de moto  
moto com dor no 3º QDE  
MD: Rx Excesso S/CEA CEFACONTE (E)  
Prescrição: - Rx de mao (E)  
- Sintomas avulsos -  
- Infecção - infusão -

# 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: 00000090587-7

---

Nr. da Autenticação 21ADD14D143EF5F7

**MARCELA DA SILVA CABRAL**  
RUA ANDERSON FRERÉ DE LIMA, 80 / CJ. ORBNASCR - LHA DO BISPO  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58011463 (40-11)

Emissão: 11/08/2019 Referência: Jun / 2019 ENERG  
Classe/Subs: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO(B20), Nro 25 -

0800 000 0000 energisa

ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. Km 25 - Corte Reservoir - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
CNPJ 08.098.522/0001-40 - insc Est 8.015.822-0

**Céd. para Déb. Automática: 00002879918**

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	11/06/2018	11/07/2018	6019076474 Int. Est.

### UC (Unidade Consumidora):

5/267591-6

#### Canal de contato

-Tart's Book on Intelligent Design - Taken from [intelligentdesign.org](http://www.intelligentdesign.org)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
Data	Leritura	Data	Leritura					
12/05/18	8551	11/06/18	7084					
<b>Demonstrativo</b>								
Descrição	Consumo (kWh/DP)	Consumo (kWh/DP)	Consumo (kWh/DP)	Consumo (kWh/DP)				
	Tributos Total R\$	ICMS(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS(R\$)				
001 Consumo sté 300kWh-BP	97,000	0,249460	7,48	27	2,92	7,48	0,07	0,91
002 Consumo - 31 a 100kWh-BP	70,000	0,472620	20,93	27	0,09	20,93	0,27	0,24
003 Consumo - 101 a 220kWh-BP	100,000	0,641420	79,37	27	20,78	76,37	0,69	3,18
004 Consumo acima de 220kWh-BP	199,000	0,712090	208,82	27	56,38	208,82	1,68	0,68
005 Abc B. Amarela		4,34	4,34	27	1,17	4,34	0,04	0,18
006 Abc B. Vermelha		11,59	11,59	27	3,13	11,59	0,10	0,43
007 Subsídio		52,34	52,34	27	14,13	52,34	0,47	2,17
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>								
008 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA		15,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
009 PAGAMENTO DE DESÍGTO 46148		134,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
010 Encerramento Subsídio		35,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

DOI: <https://doi.org/10.1108/10629020010312001> © 2000, Sage Publications, Inc.

**Média últimos meses (kWh):** 243 **VENCIMENTO:** 18/06/2018 **TOTAL A PAGAR:** R\$ 507,58

Historico de Consumo (kWh)

ISSN 1062-1024 • 120pp. • 2020 • 1-10 • 10012024-10 • 10012024-2

**ATENÇÃO** - Atenção ao fechamento em atração de 00:00h a 01:00h. 22 fechamentos mantendo de 00:00h a 01:00h.

Futuros 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

ANSWER

Foto: 72-4-1 - 136 - 3080  
Macrolens 287561-2018-06-3

VENCIAMENTO

**TOTAL A PAGAR**

63610000005-5 07580149000-6 92675912018-6 06300091019-7

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronilson de luna Santos,  
RG nº 2634966, data de expedição 18/08/11,  
Órgão 55PPB, 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  
mencionado 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 82721 PB

Chassi: 9C2KD0560BR506159

Data do Acidente: 13/05/2017

Local e Data: 03/07/18 João Pessoa PB

Ronilson de luna Santos

Assinatura do Declarante



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



SEGURO MATERIAIS E RESTRUTURAIS

Belo Horizonte Minas Gerais

Brasil

07 OFICIO DE REGISTRO  
2º FABRICANTE DE  
PÁGINA 001 DE 01  
CEP: 31210-140 - BH  
FONE: (31) 3401-0040 - 7000-0000

**SOT 70**  
SERVIÇO MATERIAIS E RESTRUTURAIS

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

RONILSON DE LUNA SANTOS

Em test da verdade, João Pessoa-PB 03/07/2018 12:35:33

Tiago Dionisio da Silva - Auxiliar

[2018-016125]EMOL:R# 19.48 FARPEM:R# 0.28 FER:1.0% / 307.56 R# 0.47

SELO DIGITAL: AH484627-1GD7

Confira a autenticidade em <https://sot70.com.br/verifica>



## CERTIDÃO

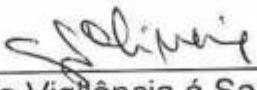
Nº. 1313/2017

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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de Junho de 2018



Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ: ( )

Ficha Nr: 29261 Atd: Nao Regulado  
Data: 13/05/2017.  
Hora: 21:01:21  
Recepção: GABRIELA DA COSTA SERRA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: WAGNER DE PAULA NUNES Num. Prontuario: 2017.05.001806

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 9000

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/06/1992 Id: 24 ano(s)

End.: RUA SANTA EMILIA R., 129

Bairro: VARADOURO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ROSANE DOS SANTOS NUNES Pai: NAO INFORMADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: WAGNER DE PAULA NUNES

Trabalho: Doc. Responsavel: 9000 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemias: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Qua Princípal

Observação

30 AGO. 2018

PROTÓCOLO

JOÃO PESSOA

30 AGO. 2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

#### Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

## DESTINO DO PACIENTE

### [ 1 ] Residencia

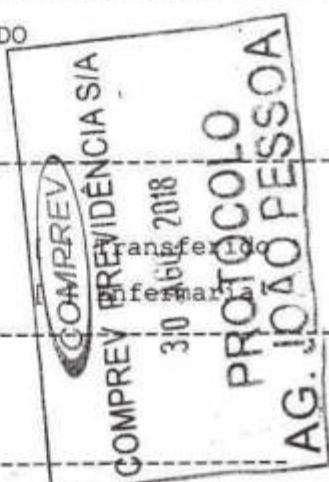
### 1.1 Alta a pedido

[ ] Desistencia [ ] UTI

Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Woodson de Paula Data da Admissão: 13/05/11

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 11/11/11

QPD: Perdi a memória de que de

HDA: de moto esbarrando

com dor no lado esquerdo

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

Kg em 30 ANO 2012 [ ]Pronto 10 M/S/A [ ]Sudorese [ ]Pronto 10 M/S/A

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e PESCOÇO:** [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia [ ]Audição: \_\_\_\_\_ [ ]Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]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-reposo [ ]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 [ ]Banco 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

<b>Nome:</b> Wagner da Paula				<b>Registro:</b>
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP: LR:
Data: 13.05.17	Cirurgião: Dr. Henrique Jucá	1º Assistente: Dr.		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia: Boco	Horário: I:	T:	
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				
Tx Gastro 500cc				
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				
O mesmo				
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				
Tomografia + Lumbar + Desbendamento				
COMPREV 30 AGO. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA				
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:	1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

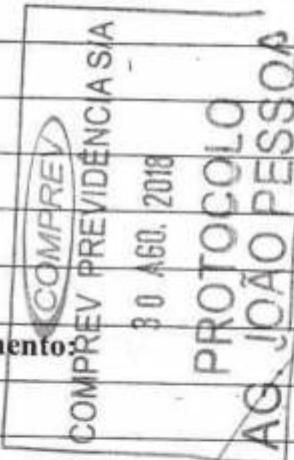
1. Descanso e Antissépsia
2. Posição do paciente estendido
3. Heparina intravenosa com SF 0,9%.

### Incisão:

4. Sutura de partes moles
5. Reimplante de unha em bloco ungued.

- ### Achados:
6. Fixação do magnetismo de halos distal com agulha de escopos
  7. Anestesia local.

### Conduta:



### Fechamento:

### OBS:

Data: 31/08/18

  
MÉDICO/CRM

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Wagner 25 Pessoas</i>				Registro:	
Idade: <i>18/05/17</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Preta</i>	Clínica:	EMP: <i>DR. SANTOS</i>	LR: <i>DR. SANTOS</i>
2º Assistente: <i>DR. SANTOS</i>	Cirurgião: <i>DR. SANTOS</i>	3º Assistente: <i>DR. SANTOS</i>	1º Assistente: <i>DR. SANTOS</i>		
Anestesista: <i>DR. SANTOS</i>	Tipo Anestesia: <i>SWANSON</i>		Instrumentador: <i>DR. SANTOS</i>	Horário: <i>10:00</i>	I: <i>10:00</i>
T: <i>10:00</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Neonatal 25 Pessoas 25 dias</i></li> </ul>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
CID					

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

- Autorização para cirurgia*
- Dissecção*
- Ressecção da lesão 25 mm.*

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 AGO. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Descreva:

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:	1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico	

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

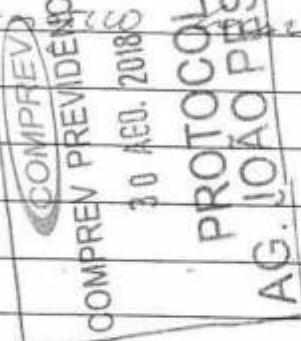
### Posição e Preparo:

- I I Pos o- DDH das 5fjim amarras
- Substituição das 5fjim, aderir o retoína
- Marcação da ca. Pela 5fjim

### Incisão:

- Achados:
- A exsudata. Novas suspeitas de fístula de 715/16  
2 3º QD 5

- Conduta:
- Realizar a fístula a nível da  
intervenção de 5fjim
  - Desincrustar a fistulação
  - Os antecampis do fundo rectum
  - Sutura com 3/0 V-Loc no ponto superior a  
~ 30 cm
  - Curativo



### Fechamento:

OAB/PE Ponto Físico 05000 Pernambuco

Data: 17/09/17

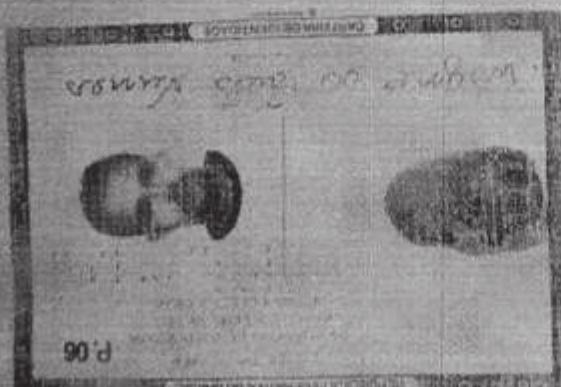
MÉDICO/CRM



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO ANGOLANO

NOTA-FIPE	DATA DE EXPEDIÇÃO
1944.173	22/02/2011
DOM	
WAGNER DE PAULA NUNES	
ENDEREÇO	
VANILDOES FREIRE DE PAULA	
ROSANA INOCENCIO NUNES	
INTERLOCUTOR	DATA DE NOMEAÇÃO
DOC. CART. PESSOA-PB	06/07/1992
NASC. 0.1362 FLS. 191 LIV. A 02	
CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB.	
FOLHA 129	
01/01/2011	

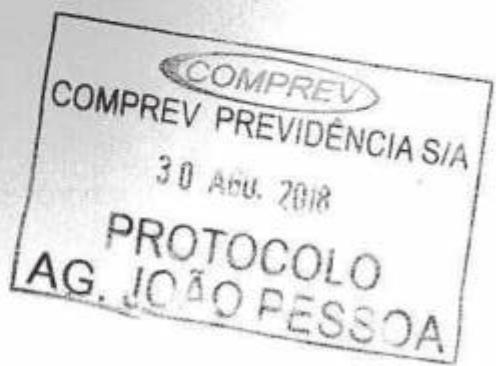
03/03/2011

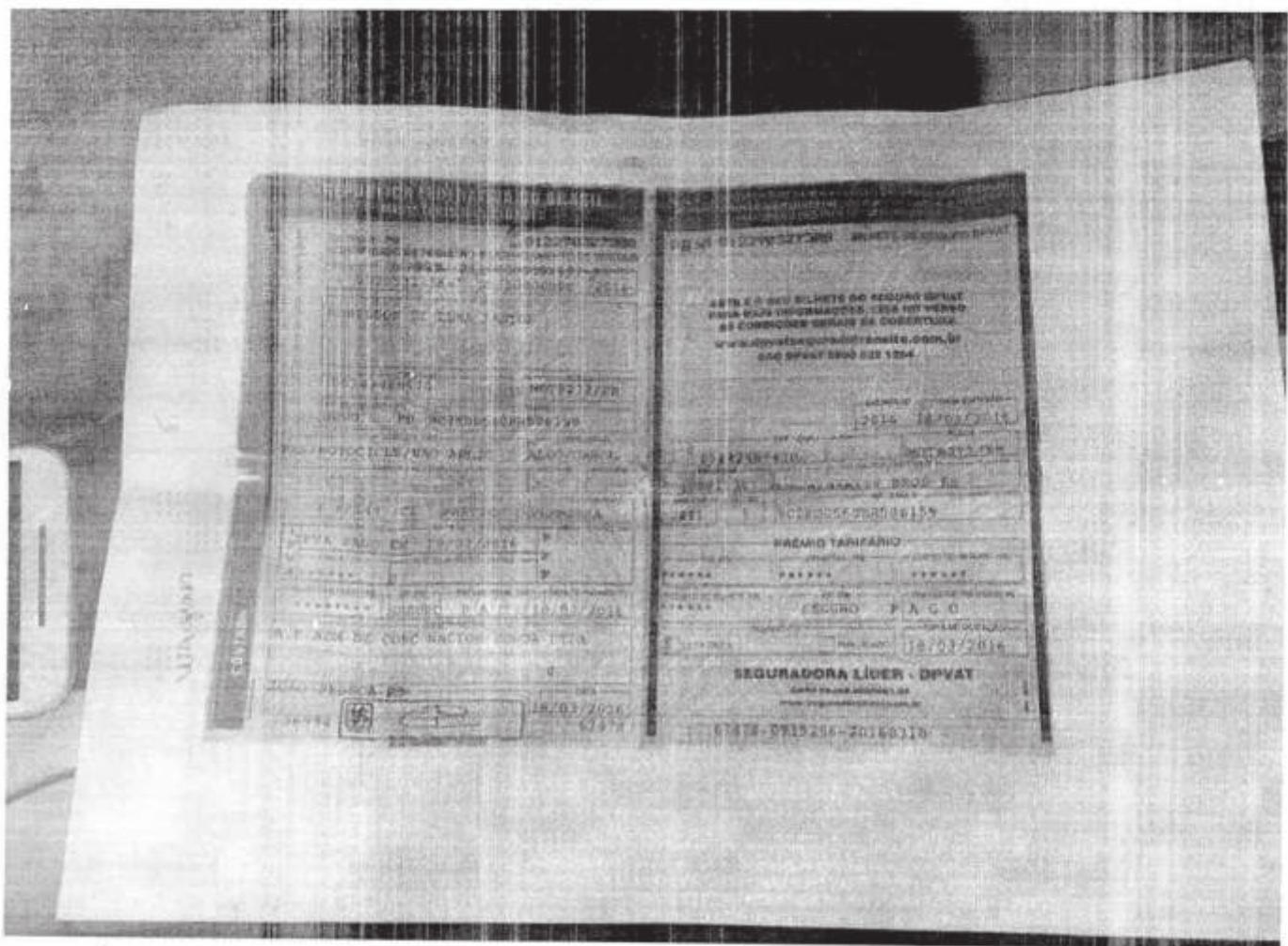


MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 24064 ..... Série 00034/PPB  
Wagner de Paula Nunes ..... ASSINATURA DO PORTADOR





CONTINUATION

150 *Journal of the American Statistical Association*, December 1954

2 P/149 /G1		PART	VEICULO
1 P/VA PAGO	EM	18/03/2016	TI
V PARAVIA		PAGAMENTO CO/AD	2
*** * * * *			3
DESENVOLVIMENTO	SEGURO	PAGO 18/03/2016	
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			

36994		18/03/2016	DAY
Agradecemos sua visita à Biblioteca Nacional		67478	

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

Nº 013176402200

21/01/2017

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CDR

0170000187309-6

1

0130531256-7

00/00000000

NOME/ENDERECO  
MARIA ELISABETE DA SILVA OLIVEIRA  
RUA SÃO JOSÉ, 257, BLOCO 143, CASA  
TRINCHEIRAS  
58015-000 VILA NOVA PESSOA - PB

CPF/CNPJ

0655002-0274

PLACA

KO182727 PB

MEIA/ANTET

RONILSON DE LIMA SANTOS

PLACA ANT

TRAVEL

CHASSI

9C2KU05608K506159

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/ NÃO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/ MARCH 125X KG

ANO FAB

2011

ANO MOD

2011

CAP/PO/CH

2

1715 FCT

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

SEN RESERVA DE DOMINIO

OBSEVAÇÕES

N.º MOTO: 1 KPH5E08590159

DATA EMISSÃO

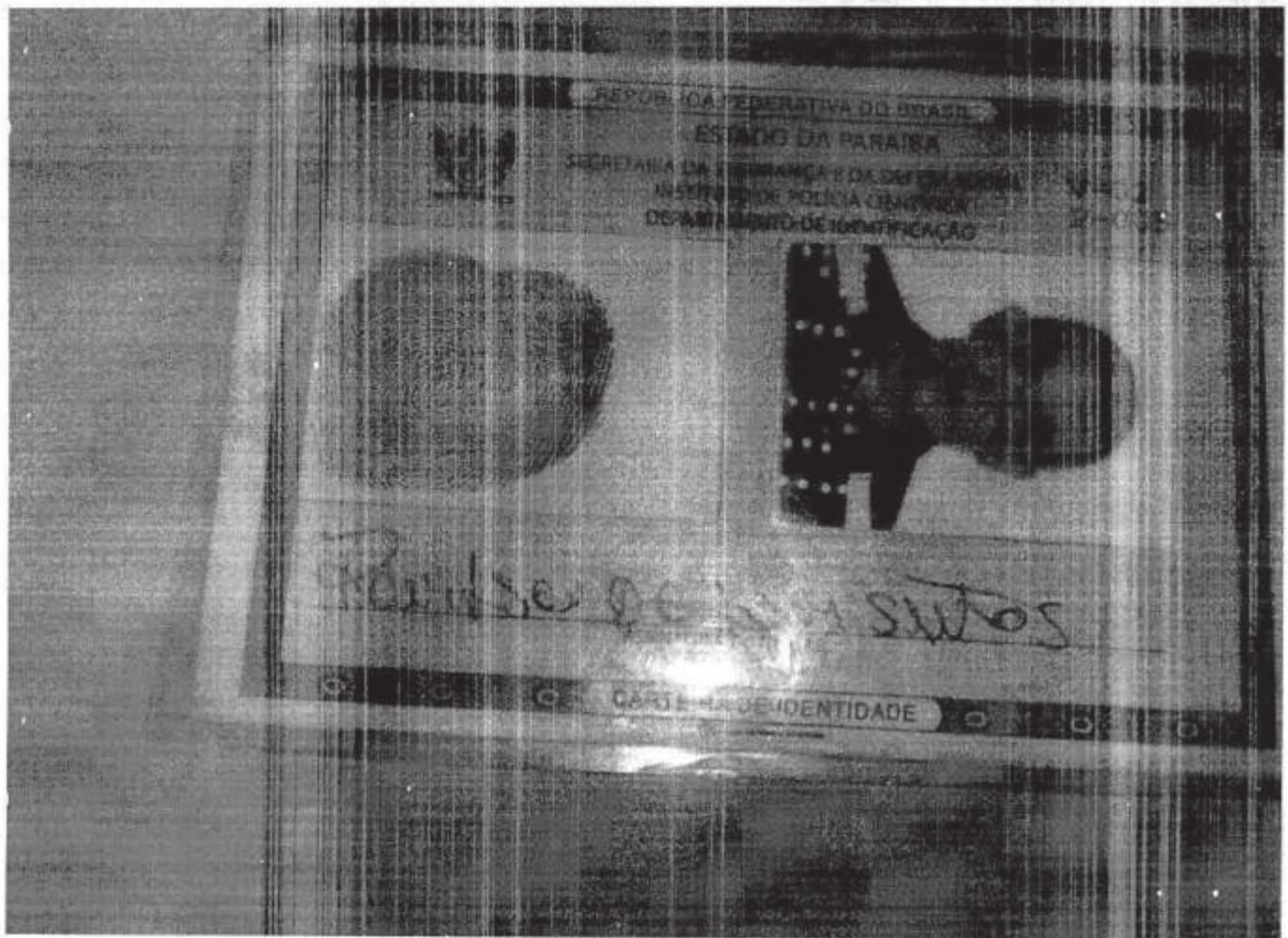
19/01/

DATA

12/06/2017

7251





卷之三

12 JUNE 2014

ESTACIONES VINTAGE DE MONTREAL

ROBERTO DOS SANTOS  
MARTA DOS Prazeres DE  
ASIA  
TINA FERREIRA

JOURNAL OF

A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the word 'COMPREV' is written in a stylized, bold font, with 'PREVIDÊNCIA S.A.' in a smaller font below it. At the bottom of the stamp, the date '30 AGO. 2018' is printed. A large, semi-transparent watermark reading 'VERDADE' is visible across the stamp.

卷之三

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

**INTERPRINT LTDA.**

**NAME** **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** **JOÃO PESSOA, PB** **DATA EMISSÃO** **17/02/2016**  
**Aristeu Chaves Sousa**  
**Dir. Executivo - DNE/DS/DT**  
**ASSINATURA DO EMISSOR**  
**04495670017**  
**PB032140479**

**DETRAN PB (PARANÁ)**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1275484477**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**1275484477**



# 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

**CRM:** 5234195-7

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

