

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 135,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDERI MENDONCA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000063718-0

Nr. da Autenticação 3514E95B4F0F6CFE

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº: 9960178

A/C: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Sinistro: 3160598741 ASL-1085459/16
Vítima: VALDERI MENDONCA DA SILVA
Data Acidente: 17/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Valor: R\$ 135,00

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000063718-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	135,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 10%) 0,50%

Valor a indenizar: 0,50% x 13.500,00 =	R\$	135,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



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

EU, Volceni Mendonça do FilhoPORTADOR(A) DO RG Nº 3272716 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 29/03/2016CPF 5167659084-04 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo

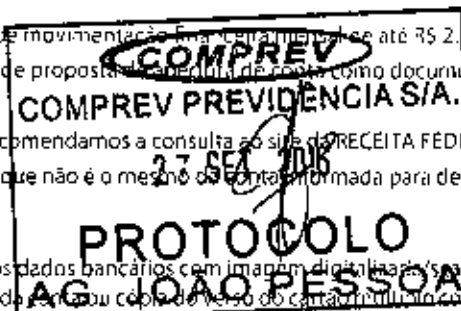
E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Volceni Mendonça do Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta corrente – quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta poupança – quando a movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL 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\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta apresentada 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 colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão informado com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO CEE Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00063718-0

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

João Pessoa, 12 de Maio de 2016

LOCAL E DATA

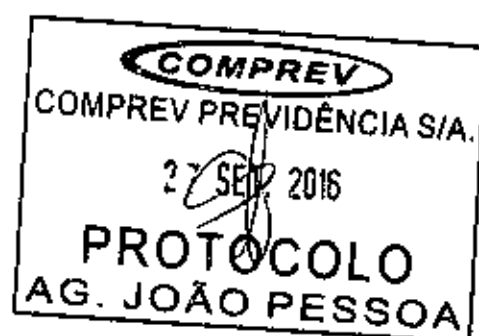
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

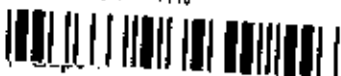


ATENÇÃO

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 a legislação vigente no Brasil no 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 legislação vigente no Brasil no acidente); 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.dpvatsegurocctransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01409.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01409.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 29 dias do mês de Julho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **SEVERINO DIAS DE LIMA**, Agente De Investigação, às 16:38 horas, compareceu **VALDERI MENDONÇA DA SILVA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão ZELADOR, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 03 de Fevereiro de 1970, idade 46, filiação MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA e LUIZ GALDINO DA SILVA, Documento - CPF: 567.659.084-04, residente RUA. JOÃO DE BRITO LIMA MOURA, 712, Mandacarú, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98617-4781

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 17/04/16 18:30

Tipo do Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Jacarapé, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 17/04/16, por volta das 18:30 horas, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano 2015, de cor preta, de placa QFJ 0908/PB, chassi nº 9C2KC1680FR598490, registrada em nome de HALIDIANE DOS SANTOS SILVA, pela BR 008, próximo a ACADEPOL, nesta capital, após passar por um buraco, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e em decorrência desse fato, veio a sofrer Fratura de 5º metacarpo esquerdo, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

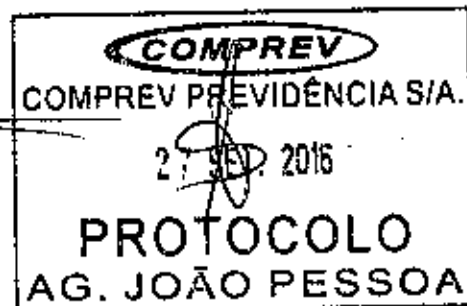
Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 29 de Julho de 2016

VALDERI MENDONÇA DA SILVA

Noticiante

SEVERINO DIAS DE LIMA
Agente De Investigação



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

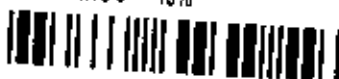
Eu, Voldevi Menezes da Silva, portador da carteira de identidade nº 3272736 e inscrito no CPF/MF sob o nº 567.659.084-04 residente e domiciliado na Rua Anicônio Pereira da Silva, 32/305, Mombocoru, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T30*

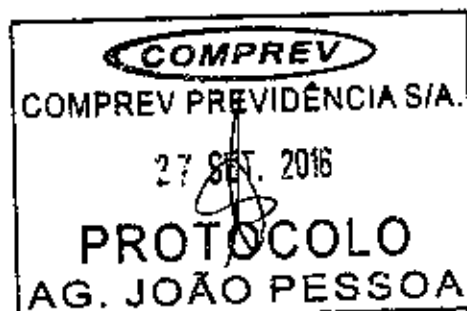


Voldevi Menezes da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 12 de maio de 2016

Local e data



ATO DECLARATÓRIO

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999



Identificação do paciente

ID 1026930	Nome VALDERI MENDONÇA DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 03/07/1970	Idade 45 anos 9 meses 14 dias	Estado civil CASADO(A)
Religião NAO INFORMADA	Prontuário	
Mãe MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA	Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988174781	DDD Fixo
Fone Fixo		
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	NP Cns
Local de procedência PB 096	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOAR

Endereço

CEP 58027695	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Logradouro JOÃO DE BRITO LIMA MOURA		
Número 58	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU

Admissão

Data e Hora Previsão 17/04/2016 20:16:22	Número da pulseira 1000004901494	Convênio SUS
---	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CLÍNICA GERAL	Clinica CLÍNICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Método de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		

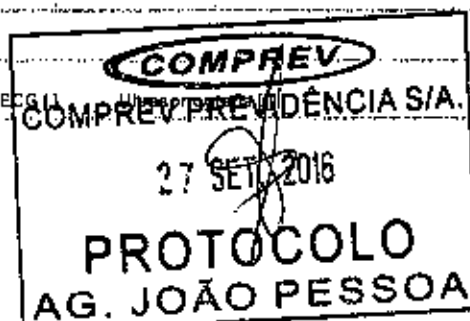
Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassom []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------

Dados clínicos



Diagnóstico	CID
Atendido por ROBERTA DE CÁSSIA SILVA BONATES	Tempo 02min 44seg

Imprimir DOCUMENTO 2 *72%*



27/04

Unine de
Acidade de
Jato

Afrescamentos

entre no 10

do do Jato @ Am

mul hpts

semites

contenidos

Reintegro para

Exe pe @

es & Treyn @

des indid @

hibas de

semites

Acap 1400



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Waldenir Mendonça da SilvaRG nº 1272736, data de expedição 29/03/2016, Órgão SSP/PB

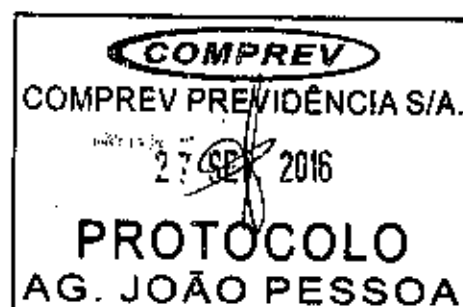
CPF nº 567.659.084-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Amencio Pereira da Silva</u>
Número	<u>712/105</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Momolocaçu</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>580 00000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3566-4638 / (83) 99833-5088</u>
E-mail	<u>Nebo2PRAT@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 12 de Maio de 2016.

Assinatura do Declarante: Waldenir Mendonça da Silva



VALESKA LEONCIO DA SILVA
RUA ARCONCIO PEREIRA DA SILVA, 712/105 - MANDACARU
JOAO PESSOA/PB CEP: 58080000 (AD: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Cristó Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58074-680
Rótulo: 3 - 1 - 234 - 025 Referência: Mai / 2016
Número de medidor: 00006727543 Emissão: 06/05/2016

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 210 542
Código para Dúvidas Autômatas: 0067741460

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1741460-8

Mai / 2016

Canal de contato

Apresentação

06/05/2016

Data prevista da
próxima leitura

07/06/2016

CPF/CNPJ/RANI

11432123481

Insc. Est.

Faturas em atraso

26/04/2016 149,85
26/05/2016 185,34

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/04/16	1888	08/05/16	2223	1
			254	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	254	0,41817	106,21
ICMS			41,57
PIS			1,10
COFINS			5,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. SERV. LIMP. PÚBLICA			8,93

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr/15	223
Mai/16	228
Jun/16	180
Jul/16	779
Ago/16	181
Set/16	277
Out/16	166
Nov/16	226
Dez/16	164
Jan/17	77

Média dos últimos meses
187 kWh

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
26 SET. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	153,98	27,00	41,57
PIS	153,98	0,7183	1,10
COFINS	153,98	3,3032	5,08

VENCIMENTO

26/05/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 160,89

b0e5.c7ab.bacb.39d2.47c3.c79d.e688.a91d.

Indicadores de Qualidade 3/2016 - BRS4

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,20	
DIC TRIMESTRAL	10,36	
DIC ANUAL	20,77	
FIC MENSAL	3,30	
FIC TRIMESTRAL	8,89	
FIC ANUAL	13,29	
QVAC	2,54	
QVCO	12,22	

Apurado	Limite de Tensão (V)
0,00	NOMINAL 220
0,00	CONTRATADA 202
0,00	Limite Inferior 231
0,00	Limite Superior 231

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	39,29	24,40
Conexão de Energia	51,44	31,97
Serviço de Transmissão	9,08	5,65
Encargos Sociais	17,44	10,84
Impostos Diretos e Encargos	54,68	33,99
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	160,89	100,00

Valor de R\$ 160,89 (R\$ 160,89)

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) tenha(m) sido(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/05/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, e isto o mesmo não seja comunicado ou os dados pagos não estejam na unidade consumidora para compensação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Leitura confirmada

PARÁIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Rótulo: 3 - 1 - 234 - 025

Matrícula: 1741460-2016-05-1

26/05/2016

R\$ 160,89

83690000001-8 60880149000-3 17414602016-2 05100010019-1





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Domilo de Araújo Nêlson Leite, portador(a) do

RG nº 1.929.439, expedido por SSP/PB, em

07/03/2010 CPF/CNPJ nº 021.762.164-31

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Valdeci

Mendonça da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Valdeci Mendonça da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Administrador Renda Mensal: R\$ RECUSA

Documentos comprobatórios: NÃO Possui

Domilo de Araújo Nêlson Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





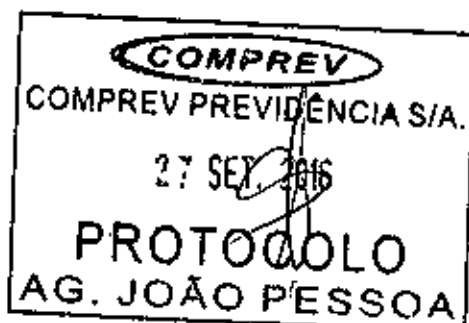
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Halidiane dos Santos Silva
 RG nº 3528830, data de expedição 28/02/2007
 Órgão SSP PB, portador do CPF nº 09057546469 com
 domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Marcone Rodrigues da Silva, nº 57,
 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 Valdery Mendonça, cujo o condutor era
Valdery Mendonça de Lima.

Veículo: moto
 Modelo: Honda/CG 150 Fan Endi
 Ano: 2015
 Placa: QF109081PB
 Chassi: 9C2KCA680FR598490
 Data do Acidente: 27/04/16
 Local e Data: João Pessoa, 20 de maio de 2016

Halidiane dos Santos Silva
 Assinatura do Declarante

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





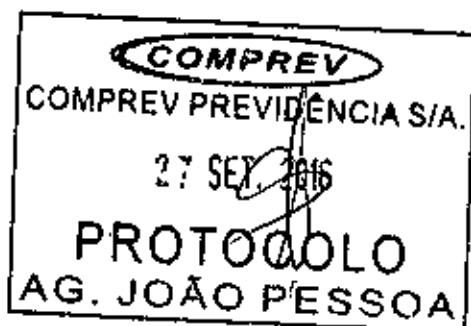
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Halidiane dos Santos Silva
 RG nº 3528830, data de expedição 28/02/2007
 Órgão SSP PB, portador do CPF nº 09057546469 com
 domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Marcone Rodrigues da Silva, nº 57,
 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 Valdery Mendonça, cujo o condutor era
Valdery Mendonça de Lima.

Veículo: moto
 Modelo: Honda/CG 150 Fan Endi
 Ano: 2015
 Placa: QF109081PB
 Chassi: 9C2KCA680FR598490
 Data do Acidente: 27/04/16
 Local e Data: João Pessoa, 20 de maio de 2016

Halidiane dos Santos Silva
 Assinatura do Declarante

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



LAUDO MÉDICO**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE Valderi Mendonça da Silva
DATA DE NASCIMENTO 03/02/70
NOME DA MÃE Maria de Lourdes Mendonça da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 913999
DATA DO ATENDIMENTO 17/04/16
HORA DO ATENDIMENTO 20:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de 5º metacarpo esquerdo
CID 10 S62.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em punho, joelho e pé esquerdos, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX mão E, punho E, joelho e pé E.
 USG do abdômen total.

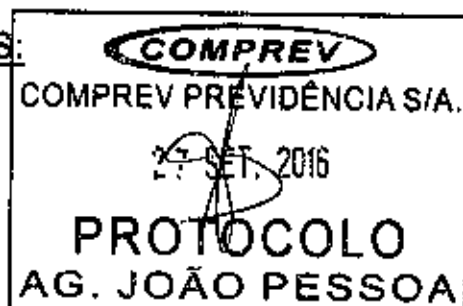
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de 5º metacarpeano E.
 USG: normal.

TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador da fratura.

ALTA HOSPITALAR: 17/04/16
DATA DA EMISSÃO: 07/07/16



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
 CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999



R

Identificação do paciente

D 1026530	Nome VALDERI MENDONÇA DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 03/07/1970	Idade 45 anos 9 meses 14 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade NÃO INFORMADO	Pai NÃO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986174781	DDD Fixo
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Nº Cns
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 55027695	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
Número SN	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	

Admissão

Data e Hora Prevista 17/04/2016 20:16:22	Número da pulseira 1000004901494	Convênio SUS
Especialidade CLÍNICA-GERAL	Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []
Dados clínicos					
Diagnóstico	CID				
Atendido por ROBERTA DE CÁSSIA SILVA BONATES	Tempo 02min 44seg				

Imprimir

27/04

Whine de
Acididade
foto

Afrescamentos
foto no 10

do do JHS @ Ban

anal hpts

fermentes

contra mudo

Reintegro ferro

@ e pe @

cs > fungos @

de hidratação @

hibas de

fermentes

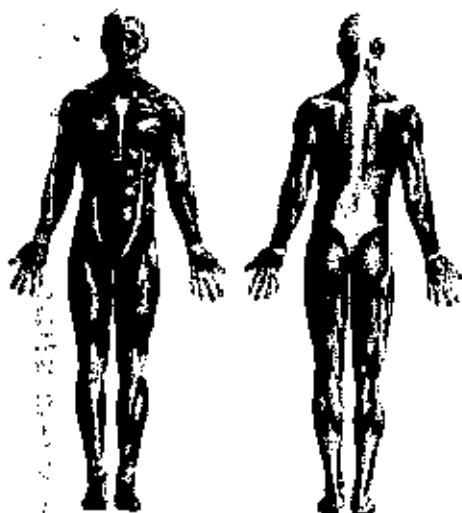
Acid H2O2

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorrágica |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|---|--|
| ☐ Radiografias | ☐ Lavado peritoneal |
| ☐ Ultrassonografia (FAST) | ☐ Gasometria arterial |
| ☐ Tomografia computadorizada | ☐ Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

- DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____
- ☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A revalia ☐ Desistência
- ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

Dr. Tobias Gomes Pereira
 Medicina Traumatologia
 Rua do João
 111-113

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento

100004801484 BE.: 913999
VALERIA MENDONÇA DA SILVA
DT. NASC.: 03/07/1970
MRE: MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA
END.: JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
N. SN - ALTO DO C. BU
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (61) 906174781
ID: 10
IDADE: 45
DT. ENTREGA: 17/04/2018 20:16:22



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Por trauma do grupo de trabalho, após des-
em MIE e furo

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIÁRIA
27 SET 2018
CIRCULANDO
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pérvias ☐ Obstruídas
AÉREAS ☐ Sim ☐ Não
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUÍDOS

☐ Sim
☐ Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ Imp SaO₂ _____ %

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO

BULHAS

SOPRO

BE OU B4

FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C

ECG:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
☐ Presente ☐ Ausente
☐ Sim ☐ Não

ABDOMEN:

Indol

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					



F11111

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM



BE: 913999

NOME DO PACIENTE:

VALDEIR MENDONÇA DA SILVA
DT. NASC.: 03/07/1970
RAE: MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVAPROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☒ Ambulância de resgateTIPO DE ACIDENTE: ☒ Moto ☐ Automóvel ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ ExplosãoEND.: JD 60 DE BRITO LIMA MOURA
N.º 58 - ALTO DO C. BU
JOÃO PESSOA
FONE: (1)
CELULAR: (81) 086174781
IDADE: 45
ENTRADA: 17/04/2016 20:10:22
QuimaduraTIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Exat. dt. ☐ Mordedura ☐ Objeto encastado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:LOCAL DA LESÃO: ☒ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas):

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax: %

Sistema Neurológico: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ DesorientadoNível de Consciência: ☒ Consciente ☐ InconscienteAvaliação das pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Miotase ☐ MidríaseSistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreasSistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☒ FC e fuso irregulares satisfatórios☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida☐ Palidez ☐ Outros:Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profundaOutros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominalSistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias☐ Interações ☐ Outros: Especificar:USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

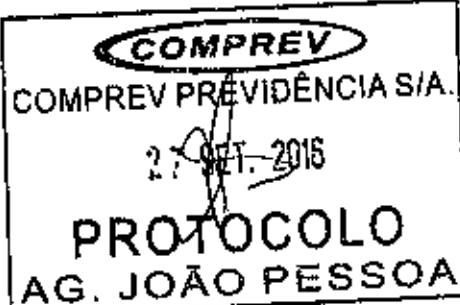
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

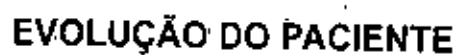
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

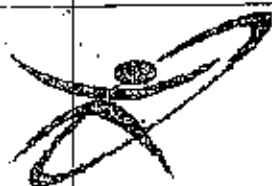
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO: ENFERMEIRO: COREM:

F(NG).ENF.022-1



[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: VALDERI M DA SILVA

BE: 913999

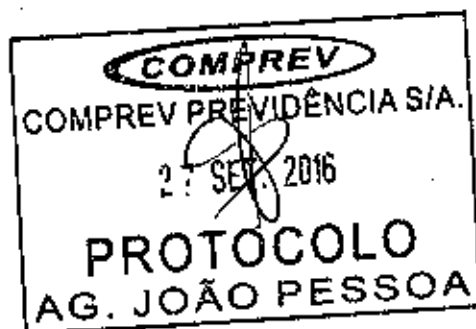
DATA: 17/04/2016 21:18:18

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL – FAST

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

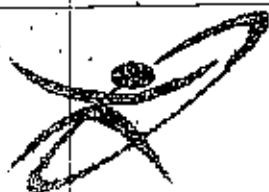
Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.




Dra. Danielle Carvalho de Sá Pereira
CRM 6088

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada. Deve-se ainda considerar o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

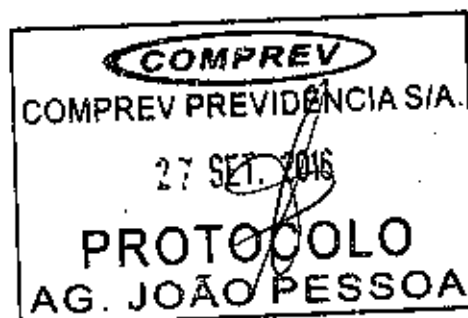
NOME: VALDENI MENDONÇA DA SILVA
BE: 913999
DATA: 26/4/2016 10:18
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/04/2016.

RX. MÃO ESQUERDA AP E OB
FRATURA NO QUINTO METACARPEANO.

RX. PUNHO ESQUERDO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. PÉ ESQUERDO AP E OB
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. JOELHO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA



Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

18

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

LAUDO MÉDICO**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE Valderi Mendonça da Silva
DATA DE NASCIMENTO 03/02/70
NOME DA MÃE Maria de Lourdes Mendonça da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 913999
DATA DO ATENDIMENTO 17/04/16
HORA DO ATENDIMENTO 20:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de 5º metacarpo esquerdo
CID 10 S62.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em punho, joelho e pé esquerdos, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX mão E, punho E, joelho e pé E.
 USG do abdômen total.

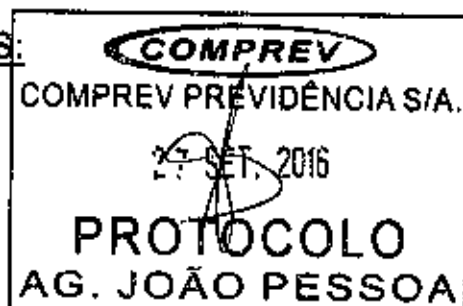
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de 5º metacarpeano E.
 USG: normal.

TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador da fratura.

ALTA HOSPITALAR: 17/04/16
DATA DA EMISSÃO: 07/07/16



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
 CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999



R

Identificação do paciente

D 1026530	Nome VALDERI MENDONCA DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 03/07/1970	Idade 45 anos 9 meses 14 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe MARIA DE LOURDES MENDONCA DA SILVA	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986174781	DDD Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 55027695	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
Número SN	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	

Admissão

Data e Hora Prevista 17/04/2016 20:16:22	Número da pulseira 1000004901494	Convênio SUS
Especialidade CLINICA-GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []
Dados clínicos					
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A. 27 SET 2016 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					
Diagnóstico					CID
Atendido por ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATES					Tempo 02min 44seg

Imprimir

27/04

Whine de
Acididade
foto

Afrescamentos
foto no 10

do do JHS @ Ban

anal hpts

fermentes

contra muls

Reintegro ferro

@ e pe @

cs > frangina @

de hidratação @

hibas de

fermentes

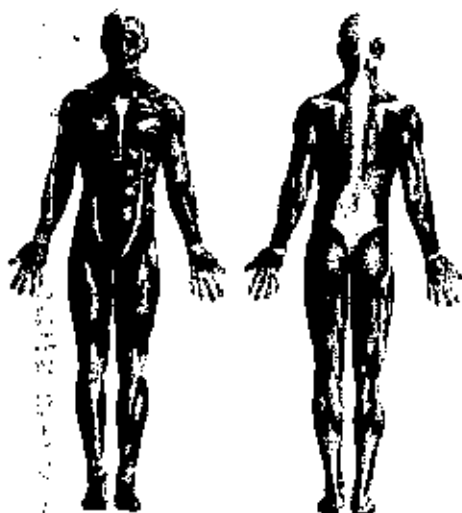
Acid H2O2

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Parálisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorrágica |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias ☐ Lavado peritônioal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

- DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____
- ☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) _____
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A revalia ☐ Desistência
☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

Dr. Tobias Gomes Pereira
 Medicina Traumatologia
 Rua do João
 1111-1111

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento



100004801484 BE.: 913999
VALERIA MENDONÇA DA SILVA
DT. NASC.: 03/07/1970
MÃE: MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

END.: JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
N. SN - ALTO DO C. BU
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (61) 906174781
IDADE: 45
DT. ENTREGA: 17/04/2018 20:16:22

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Por trauma do grupo de trânsito, após des-
em MIE e furo

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIÁRIA

27 SET 2018
CIRCULANDO

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pérvias ☐ Obstruídas
AÉREAS ☐ Sim ☐ Não
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUÍDOS

HTD: ☐ Sim
☐ Não
HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: _____ Imp SaO₂ _____ %

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO:

BULHAS:

SOPRO:

BE OU B4:

FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

Indic

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					



FICHA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1000004981434 BE.: 913999

NOME DO PACIENTE:

VALDEMI NENDONCA DA SILVA
DT. NASC.: 03/07/1970
RAE: MARIA DE LOURDES NENDONCA DA SILVA

PROCEDÊNCIA:

☐ Domicílio☒ Ambulância de resgateEND.: JD 60 DE BRITO LIMA MOURA
N.º 58 - ALTO DO C. BU

TIPO DE ACIDENTE:

☐ Envenenamento☒ Moto☐ Automóvel

JOAO PESSOA

FONE: (1)

CELULAR: (81) 086174781

IDADE: 45

DATA DE ENTRADA: 17/04/2016 20:10:22

LOCAL: UTI

TIPO DE LESÃO:

☐ Fratura fechada☒ Ferimento aberto☐ Exatidão

Laceração

☐ Mordedura☐ Objeto encastado☐ Ferimento contuso☐ Amputação membro☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO:

☒ Membros sup.☐ Membros inf.☐ Torção☐ Cabeça e pescoço☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

PA: 120/80 mmHg

P: 60 bpm

SpO2: 98%

Tax: 100

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☒ Consciente☐ Inconsciente☒ Orientado☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria:

☒ Isocóricas

Tamanho:

☒ Mídiase☐ Anisocóricas

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva☒ Ventilação espontânea☐ Vias aéreas pervias☐ Traqueostomia☐ Respiração rápida☐ Obstrução parcial das vias aéreas☐ Respiração ruidosa☐ Suporte ventilatório não invasivo☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente☐ Pele fria e úmida☒ FC e fuso: regular, satisfatória☐ Taquicardia☐ Bradicardia☐ Perfusão tissular comprometida☐ Palidez☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA☐ Uso de SNG☐ Vômitos☐ Dor à palpação superficial☐ HDB☐ Corpo estranho☐ Dor à palpação profunda

Outros:

☐ Rigidez abdominal☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria☐ Hematuria☐ Oligúria☐ Polúria☐ SVD☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão☐ Diabetes☐ Câncer☐ Alergias☐ Cirurgias☐ Interações☐ Outros

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim☐ Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

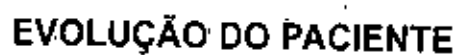
DESTINO:

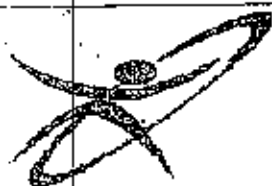
ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG).ENF.022-1



[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: VALDERI M DA SILVA

BE: 913999

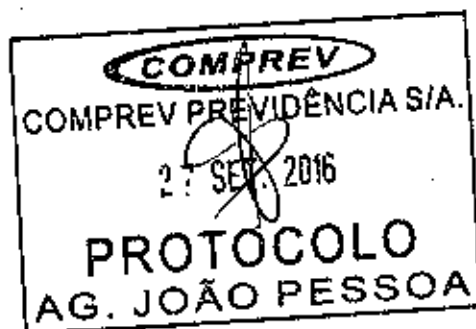
DATA: 17/04/2016 21:18:18

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL – FAST

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

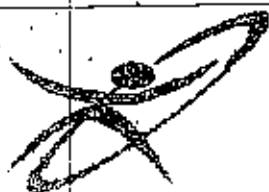
Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.




Dra. Danielle Carvalho de Sá Pereira
CRM 6088

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada. Deve-se ainda considerar o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

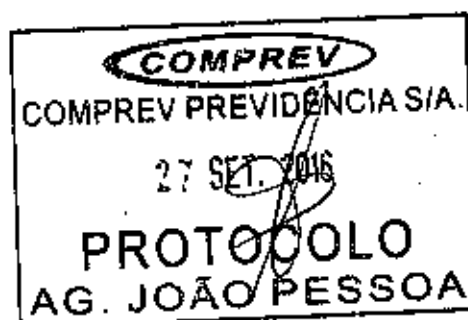
NOME: VALDENI MENDONÇA DA SILVA
BE: 913999
DATA: 26/4/2016 10:18
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/04/2016.

RX. MÃO ESQUERDA AP E OB
FRATURA NO QUINTO METACARPEANO.

RX. PUNHO ESQUERDO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. PÉ ESQUERDO AP E OB
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. JOELHO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA



Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

18

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

DOCUMENTO 6 "T69A"

VALERIA MENDONÇA DA SILVA	
1272/18	RG
067.600.084-04	03/02/1970
LUIZ GALDINO DA SILVA	
MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA	
28/03/2021	17/11/2011
JOAO PEREIRA, PP	
5114369821	
PP032386536	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
27 SET. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 3 *7396*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005

Danielo de Araújo Nobre Leite

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROFISSÃO: 1.929.439 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO: 07/01/2010

NOME: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

PAI: FRANCISCO NOBRE LEITE

MÃE: CLEIDE ARAUJO LOPES NOBRE LEITE

NATURALIDADE: PIANÓ-PB DATA DE NASCIMENTO: 23/12/1977

DOC. CIVIL: CPM N. 5007 PLS. 107 LEV. B-19

CARTÓRIO: 13 JOÃO PESSOA PB

CPF: 021.762.164-31

Assinatura: [Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 15-09-80

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

27 SET 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012235524038

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20150000387065 MERCADO

1 0106129208-5 00/00000000 2015

HALIDIANE DOS SANTOS SILVA

09057546469

QFJ0908/PB

NOVO PB 9C2KC1680FR598490

PAS/MOTOCICLETA/NOVA APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI

2015 2015

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM

01/09/2015

PARCELAMENTO/COTAS

0

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

01/09/2015

A.F BV FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA-PB

14311

02/09/2015

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
OU MOTORES DE VEICULO TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA DO NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 012235524038 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 02/09/2015

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 09057546469 QFJ0908/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01061292085 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO DE CATEG. Nº CHASSI
2015 9 9C2KC1680FR598490

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 01/09/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7003781-1200188-20150902

AGO-2015

DOCUMENTO 7 77%



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
27 SET. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160598741

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Data do acidente: 17/04/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/5º DEDO DA MÃO ESQUERDA:10%

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 funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160598741

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Data do acidente: 17/04/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODACTILO ESQ.
FCC EM 4º QUIRODACTILO ESQ.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM FRATURA CONSOLIDADA DO 5º QDE, TEM RETRAÇÃO CICATRICAL EM 4º E 5º QDE COM LIMITAÇÃO DOS ÚLTIMOS GRAUS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DAS INTERFALANGEANAS DESSES DEDOS.

Resultados terapêuticos: NÃO TEM PRONTUÁRIO DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE, APENAS FICHA DE ATENDIMENTO INICIAL NA EMERGÊNCIA QUE DIAGNOSTICA FRATURA DO 5º QDE E ORIENTA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/10/2016

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Luiz Eduardo Duque Portela

CRM do médico: 6867

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 5 %	1%	R\$ 135,00
Total			1 %	R\$ 135,00

PRESTADOR

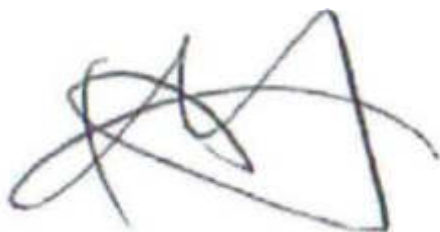
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **VALDERI MENDONCA DA SILVA** Sinistro: **3160598741** Data: **17/04/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua ARCONCIO PEREIRA DA SILVA, 712/105 - MANDACARU - João Pessoa - PB - CEP 58000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **1272716**

Data local do exame: [**21/10/2016**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQ. FCC EM 4º QUIRODÁCTILO ESQ. PACIENTE COM FRATURA CONSOLIDADA DO 5º QDE, TEM RETRAÇÃO CICATRICIAL EM 4º E 5º QDE COM LIMITAÇÃO DOS ÚLTIMOS GRAUS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DAS INTERFALANGEANAS DESSES DEDOS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
NÃO TEM PRONTUÁRIO DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE, APENAS FICHA DE ATENDIMENTO INICIAL NA EMERGÊNCIA QUE DIAGNOSTICA FRATURA DO 5º QDE E ORIENTA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
4º quirodáctilo esquerdo

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

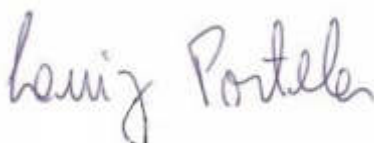
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Luiz Eduardo Duque Portela - CRM: 6867 - PB

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2016

Carta nº: 9831197

A/C: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Sinistro: 3160598741 ASL-1085459/16
Vitima: VALDERI MENDONCA DA SILVA
Data Acidente: 17/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2016

Carta nº: 9855100

A/C: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Sinistro: 3160598741 ASL-1085459/16
Vítima: VALDERI MENDONCA DA SILVA
Data Acidente: 17/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

