

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **HERBERTE DA SILVA LOPES**

Nº Sinistro: **3180377152**

Vitima: **HERBERTE DA SILVA LOPES**

Data do Acidente: **10/04/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180377152**.

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 13251184



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **HERBERTE DA SILVA LOPES**

Nº Sinistro: **3180377152**

Vítima: **HERBERTE DA SILVA LOPES**

Data do Acidente: **10/04/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180377152**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/04/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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

118.981.544-30

Nome completo da vítima

Herbete da Silva Lopes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Herbete da Silva Lopes		CPF titular da conta 118.981.544-30	Profissão Agricultor
Endereço Rua do Meio II.		Número 33	Complemento
Bairro Sertãozinho	Cidade Mamanguape	Estado PB	CEP 58.280-000
Email		Telefone (DDD) 99342 1170	

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

NRO

0044

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO

112.793

(Informar dígito se existir)

D/V

0

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

0044

(Informar dígito se existir)

D/V

0

D/V

0

(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.

Mamanguape 04 de Dezembro de 2017
Local e Data

Herbete da Silva Lopes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Após

201-493064256-5

20/JUL/2018

HORA DF 07:43:35

LOT. 13.021636-4

TERM 060138

LOCALIDADE: MAMANGUAPE

AG. VINCULADA: 0044

CONTROLE: 201401335

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: HERBERTE DA SILVA LOPES

AGENCIA: 0044

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.112.791-0

DATA DA ABERTURA: 20/07/2018

LOTerias CAIXA

201-493064256-5

1ª VIA



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 Heriberto da Silva Lopes CPF da Vítima 119.981.544-30 Data do Acidente 10/04/2016

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:

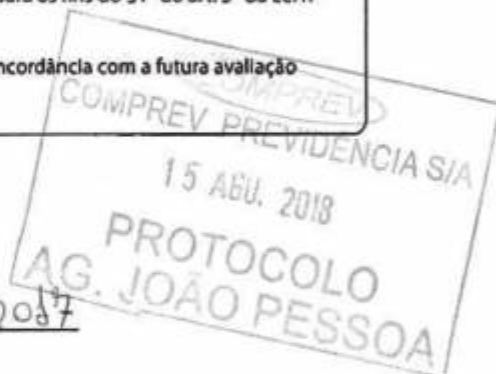
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ 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.

Mamanguape 04 de Dezembro de 2017
Local e Data



Heriberto da Silva Lopes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Herberto da Silva Lopes
DATA DE NASCIMENTO: 14/02/1996
NOME DA MÃE: Valquíria Lúcia Mendes da Silva

DADOS EXTRAÍDOS
BAM Nº: 113.044
DATA DE ENTRADA: 10/04/2016
HORA DO ATENDIMENTO: 17:12h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AValiação INICIAL: Paciente refere que caiu de motocicleta evoluindo com luxação de ombro esquerdo.

Exame: Consciente e orientado, eupnéica, deformidade importante em ombro e compatível com luxação.

CONDUTA: Solicito radiografia de ombro esquerdo e avaliação Ortopédica/ Traumatológica.

REAValiação: Exame Radiológico confirma provável fratura Clavicular. Paciente encaminhado para avaliação Ortopédica em hospital de referência (Ortotrauma).

EXAMES REALIZADOS: Exame médico geral e radiológico.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSAO: 07/12/2017

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape

Dr. Frederico Tácito

Diretor Técnico
HGM

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



GOVERNO
DA PARAÍBAHGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPERUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn - PB 057
CNES: 7666772 - Tel.: 8332929050

Paciente HERBERTE DA SILVA LOPES			BAE 113044	Data/Hora Entrada 10/04/2016 17:12:26
Data de nascimento 14/02/1996	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 898002367389642	Telefone de Contato (83) 993263376
Mãe VALQUIRIA LUCIA MENDES DA SILVA				Prontuário
Endereço RUA DO MEIO, S/N - CASA		Bairro SERTAOZINHO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente	Motivo QUEDA	Profissional BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA		Nº Cons. Regional 7674/PB
Data/Hora Classificação 10/04/2016 17:24:10			Data/Hora Prescrição 10/04/2016 17:38:54	

Anamnese

PACIENTE REFERE QUE CAIU DE MOTOCICLETA EVOLUINDO COM LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO.

Exame Físico

AO EXAME: CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, DEFORMIDADE IMPORTANTE EM OMBRO E COMPATÍVEL COM LUXAÇÃO

CID10

Código	Descrição
S43.0	Luxação da articulação do ombro


BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA
(7674/PB)

HERBERTE DA SILVA LOPES





ENCAMINHAMENTO

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: Admissão de Trauma em Saúde PESSOA

Encaminho o (a) paciente: HELENA DE SOUZA LOPES

Residente à: _____

Telefone _____ para atendimento referente à _____

_____. O (a) paciente tem por responsável legal/acompanhante o (a) senhor (a) _____

_____, portador do RG nº _____

CPF _____ sendo o mesmo (a) _____ do(a) paciente.

Motivo:

Paciente vítima de queda de altura
apresentando lesão na cabeça e no
torso, com fratura de fêmur e
lesão no tornozelo.

O Contato foi realizado com Dr. João Pessoa (Admission)

Mamanguape, 10 de 04 de 2018.

Horário: 18:00 horas

Solicitante

Bruno Braga Abrantes de S.
Médico
CRM-PB 7674

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

VAGUIRA LUCIA MENDES DA SILVA
RUA DO MEIO, 73 - SERTÃOZINHO
MAMANGAIBA/PB CEP: 58200-000 (AG. 14)



Emissão: 21/06/2018 Referência: Jun / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro: 12-14-110-7780 Nº medidor: 0008768331

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº006377.928
Cód. para Dib. Automático: 00011343423

Jun / 2018	21/06/2018	23/07/2018	6954205770
------------	------------	------------	------------

Unidade da Consumidora: 00011343423



Data	Leitura	Data	Leitura				
22/05/18	(156)	21/05/18	2006				30
Consumo							
Toda a Tarifa (CUSTO) - kWh							
0801	Consumo de 313 kWh-BR	30.000	0.341020	7.20	7.20	25	1.81
0801	Consumo de 313 kWh-BR	30.000	0.411400	18.20	18.20	25	4.05
0801	Adc. B. Amarela			0.12	0.12	25	0.03
0801	Adc. B. Verde			1.71	1.71	25	0.43
0810	Susado			27.38	27.38	25	6.91
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			8.18	0.00	0	0.00
0804	JUR. DE MORA 04/2018			0.44	0.00	0	0.00
0804	JUR. DE MORA 05/2018			0.04	0.00	0	0.00
0805	MULTA 04/2018			0.70	0.00	0	0.00
0805	MULTA 05/2018			0.17	0.00	0	0.00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018			0.54	0.00	0	0.00
0805	Atualização Monetária			3.55	0.00	0	0.00
0806	Devolução Geração			19.01	0.00	0	0.00
CCI - Cota de Capacidade de Term.				TOTAL	44.28	52.65	13.13

VENCIMENTO 28/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 44,28

03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Jun/17	Jul/17	Agô/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18																	

RESERVADO AO FISCO
16b3.7bb3.7612.c5fb.15d8.5f8b.cf01.3235.

Composição do Consumo				Valor (R\$)		%		
Discriminação				Valor (R\$)		%		
Serviço de Del. de Energia/PB				8.18		13.92		
Cota de Energia				0.90		20.11		
Serviço de Transmissão				0.94		2.12		
Encargos Setoriais				1.71		3.86		
Impostos Diretos e Encargos				26.55		59.99		
Outros Serviços				0.00		0.00		
Total				44.28		100.00		

ATENÇÃO				Valor (R\$)		%		
DISC. PER. MENSAL				5.17	0.00	NOMINAL	720	
DISC. TRIMESTRAL				12.54				
DISC. ANUAL				26.08				
DISC. SEMESTRAL				3.81	0.00	CONTRATADA	200	
DISC. TRIMESTRAL				7.22		UNITE SUPERIOR	250	
DISC. ANUAL				10.45				
DISC. SEMESTRAL				3.11	0.00			
DISC. TRIMESTRAL				12.22				

VENCIMENTO 28/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 44,28

83650000000-2 44280054000-1 11343422018-3 06000014019-8

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10º And. 70118
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Paciente HERBERTE DA SILVA LOPES	Núm. BE 113044	Prontuário
Motivo do atendimento QUEDA	Data/Hora Início 10/04/2016 17:21:11	Data/Hora Fim 10/04/2016 17:24:10
Profissional NATHALIA IRIS RIBEIRO CHAVES	Classificação AMARELA	

Classificação de risco

Data / Hora: 10/04/2016 17:24:10

Fluxograma DOR MODERADA

Justificativa:

Sinais Vitais

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO, DOR E RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO EM M.S.E

Frequência Cardíaca (BPM):

Pressão Arterial Sistólica: 110.00

Cor da Pele: NORMAL

Frequência Respiratória (MRPM):

Pressão Arterial Diastólica: 70.00

Temperatura Corporal:

Hemoglicoteste (HGT):

Saturação (spO2):

Peso:

Altura (cm): 0

Uso de medicamento / Comorbidade

Observação:

Glasgow

Abertura Ocular (AO):

Melhor Resposta Verbal (MRV):

Melhor Resposta Motora (MRM):

Índice Glasgow: 0 -

Escala de Dor

Intensidade da Dor: 0

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quase sem dor	Atividade normal	Ligeira dor	Poucos problemas (Faz a maior parte das coisas)	Moderada (Significativa porém suportável)	Causa dificuldades (Cessa algumas atividades)	Dor muito intensa	Dor incapacitante	Dor severa (Significativa e insuportável)	Sem controle	Dor máxima



Requisição de Exames



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME DO PACIENTE:

NEBESIG da Silva Lopes

IDADE

DATA:

/ /

SEXO:

() MASC. () FEM.

COR:

PESO:

ALTURA:

CLINICA:

ENF-LEITO:

DADOS CLINICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de Ombros Esquerdo

Medico
CRM-PB 7677

Carimbo e Assinatura do Medico





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	HERBERTE DA SILVA LOPES
DATA DE NASCIMENTO	14/02/96
NGME DA MÃE	VALQUÍRIA LUCIA MENDES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	912.474
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	10/04/16
HORA DO ATENDIMENTO	18:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	V 29 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO E PROCEDENTE DE MAMANGUAPE. GLASGOW 15.

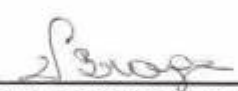
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO OMBRO ESQUERDO- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA

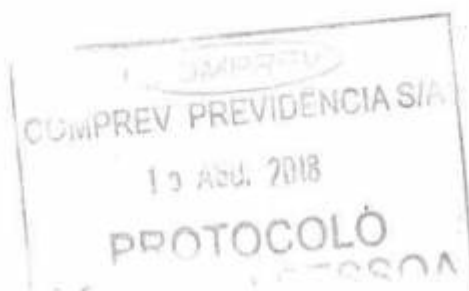
TRATAMENTO

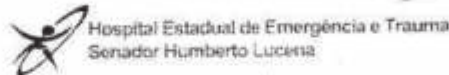
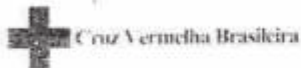
PACIENTE AVALIADO POR COT COM FRATURA EM CLAVÍCULA ESQUERDA COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM 8 GESSADO TRACIONADO + RETORNO AGENDADO.

ALTA HOSPITALAR: 14/04/2016
DATA DA EMISSÃO: 31/10/2016


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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





ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 912474



Identificação do paciente

ID 1023963	Nome HERBERTE DA SILVA LOPES	Sexo Masculino
Data de nascimento 14/02/1996	Idade 20 anos 1 mes 27 dias	Estado civil CASADO(A)
Religião NAO INFORMADA		Prontuário
Mãe VALQUIRIA LUCIA MENDES DA SILVA	Pai JOAO ALMEIDA LOPES	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993372259	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4104018	Nº Cns 898002367389642
Local de procedência	Tipo	UF
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58289000	Município de residência CUTE DE MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro DO MEIO TRES
Número S/N	Complemento	Bairro SERTAOZINHO	

Admissão

Data e Hora Prevista 10/04/2016 18:51:24	Número da pulseira 430450	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

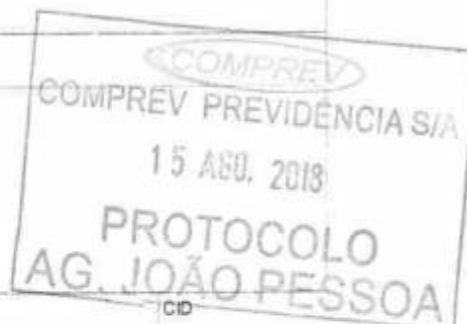
Diagnóstico

Atendido por
JOSEFA BARBALHO FERNANDES

CID

Tempo
07min 31seg

Imprimir





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



430460 BE 912474
HERBERT DA SILVA LOPES
DT NASC.: 14/02/1996
MRE: VALQUIRIA LUCIA MENDES DA SILVA

END.: DO MEIO TRES
N. S/N - SERTÃOZINHO
CITE DE MANGUAPÉ
FONE: ()
CELULAR: (83) 993372259
IDADE: 20
DT. ENTRADA: 10/04/2016 16:51:24

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

trauma em ombro direito
ho 03 horas.
por acidente de trânsito

Dr. JOÃO SOUZA
CRM 10.000.000-0

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pêrvias ☐ Obstruídas
AÉREAS
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: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
☐ Presente ☒ Ausente
☐ Sim ☒ Não

SOPRO

BE OU B4

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

ECG: _____

ABDOMEN: flexível

DÉFICIT NEUROLÓGICO

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

Escala de Glasgow: 12

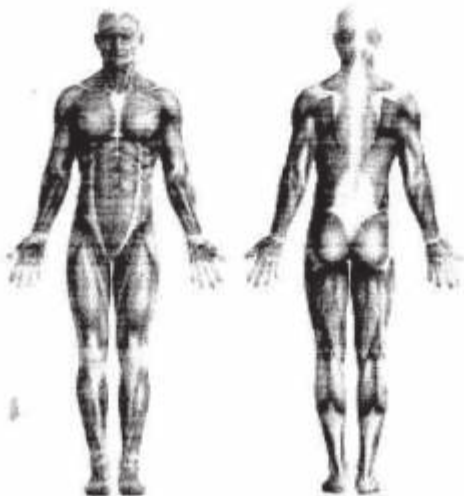
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	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:					

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 Efisema 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 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

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

OBS.:

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| () Radiografias | () Lavado peritonial |
| () 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 _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

NOME: HERBERTE DA SILVA LOPES

BE: 912474

DATA: 14/4/2016 14:29

DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 10/04/2016.

RX. OMBRO ESQUERDO AP
FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DESPESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-110





Herbert da Silva Lopes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.104.018

DATA DE EXPEDIÇÃO 29/09/2012

NOME HERBERTE DA SILVA LOPES

FILIAÇÃO JOÃS ALMEIDA LOPES

VALQUIRIA LUCIA MENDES DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 14/02/1996

DOC ORIGEM

NASC.N.26679 FLS.243 LIV.35

CARTORIO MAMANGUAPE-PB

CNPJ

118.981.544-30

JOÃO PESSOA - PB

Herbert da Silva Lopes

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA SI

15 AGU. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013176585658

84041406544

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

1

0048849258-9

00/00000000

HERBERTE DA SILVA LOPES
RUA DO MEIO LIL SN - CASA
SERTANZINHO
58280000 MAMANGUAPE-PB

11898154430

PLACA
OFC1185/PB

NOME ANTERIOR
FLEURIZA DANTAS DE AMORIM

PLACA ANT/UF

NOVO PB

CHASSI

9C2KC1670CR619403

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB

2012

ANO MOD

2012

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA

N.Motor : KC16E7C619403

0

MAMANGUAPE-PB LOCAL

42005

DATA

27/06/2017

40886

IMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2013
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA