

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros desta delegacia, encontrei o registro da ocorrência policial nº **140/2018**

cujo teor passo a transcrever na íntegra. Aos Sete dias do mês de DEZEMBRO do ano de dois mil e dezoito, na Cidade de **João Pessoa**, nesta **11ª DELEGACIA DISTRITAL**, onde presente encontrava o Bel. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS. Delegado de Polícia Civil, comigo escrevã(o) de seu cargo, aí, por volta das 08h44min, compareceu:

SENHOR(A) LINDEMBERG ARANHA DE MELO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA/PB

FILIAÇÃO: ROBERVAL CORREIA DE MELO E DE MARIA DE FATIMA ARANHA

DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1963. COM 55 ANOS.

RG Nº 950.467 - SEDS/PB, CPF Nº 424.152.174-68

ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL COMPLETO

OCUPAÇÃO: APOSENTADO

ESTADO CIVIL: DIVORCIADO

ENDEREÇO: RUA- HELENO FRANCISCO PEREIRA- RESIDENCIAL CABRAL BATISTA 82- APARTAMENTO 201- PARATIBE.

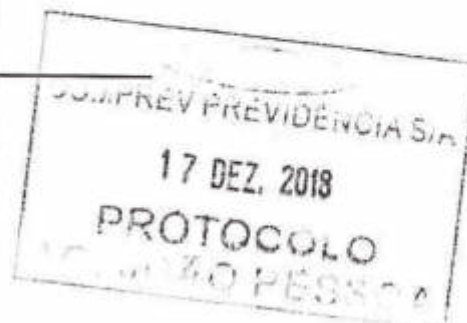
TELEFONE PARA CONTATO: 83-9.98350540

O QUAL VEIO NOTIFICAR QUE: NA DATA DE 13 DE OUTUBRO DO ANO EM CURSO AS 08:30 HORAS, O DECLARANTE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL ATINGINDO O SEU BRAÇO DIREITO QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO DE MARCA MOTOCICLETA YAMAHA XTZ-250, ANO 2011, PLACAS- OFX- 2550/PB, CHASSI- 9C6K60450B0011000, FATO OCORRIDO PRÓXIMO AO HOSPITAL TRAUMINHA EM MANGABEIRA, NESTA CIDADE, QUANDO FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O MESMO HOSPITAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS MÉDICOS TENDO QUE SER SUBMETIDO A UMA CIRURGIA EM SEU BRAÇO A ALTURA DO PULSO: QUE, O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE FOI UM CHEVETTE DE PLACAS- MMR- 3216-PB CONDUZIDO PELO MOTIVO QUE NÃO SE IDENTIFICOU NO MOMENTO DO ACIDENTE E NEM PRESTOU SOCORRO AO DECLARANTE. NADA MAIS HAVENDO A LAVRAR, ENCERRO O PRESENTE FEITO QUE VAI DEVIDAMENTE ASINADO, PELO (A) NOTIFICANTE E POR MIM ESCRIVÃ(O) QUE O DIGITEI. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.

ATENÇÃO: ART. 299 DO CPB: "OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVIA CONSTAR, OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE: PENA - RECLUSÃO, DE 01 (UM) A 05 (CINCO) ANOS, MULTA, SE O DOCUMENTO É PÚBLICO, E RECLUSÃO DE UM A TRÊS ANOS, E MULTA, SE O DOCUMENTO É PARTICULAR."

NOTIFICANTE: *Lindemberg Aranha de Melo*

ESCRIVÃO: *[Assinatura]*



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	424.592.574-68	Brindemberey Aranha de Melo Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Brindemberey Aranha de Melo Silva	424.592.574-68	
Profissão:	Endereço:	Número:
Reclusa	Rua Heleno Francisco Pereira	82
Bairro:	Cidade:	Estado:
Paratiba	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	58062-557	(83) 98708-8728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: 3425 8 CONTA: 0202549 3
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 17/12/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003425-8

Conta: 000000202549-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180591705

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BRADERSCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03425-8

CONTA: 000000202549-3

Nr. Autenticação

BRADERSCO1104201905000000000023703425000000202549168750 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453663/18

Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

CPF: 424.152.174-68

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 13/10/2018

Titular do CPF: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA : 424.152.174-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/12/2018
Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA
CPF: 424.152.174-68

LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

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

Ficha Nr: 174304 Atd: Nao Regulado
Data: 20/10/2018
Hora: 08:42:12
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.10.002949

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 950467 Fone: 986599559

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/03/1983 Id: 35 ano(s)

End.: RUA HELENO FRANCISCO PEREIRA APT 201, 82SEM CARTAO DO SUS

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA ARANHA

Pai: ROBERVAL CORREIA DE MELO SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: POLICIA MILITAR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

R.: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986599559 / IDENTIDADE: 950467

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO EM MANGABEIRA PROX

Vitima de violencia por: DA FARMACIA HJ AS 8/20 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Agitado
[] Chocado
[] Regular
[] Vômito
Observacao

AG. JOAO PESSOA
PROTÓCOLO
02 ABR. 2019
COMPREV PREVIDENCIA S/A
COMPREV

A - VAP no antebraço B - MATE no antebraço C - Hemodrenagem de
D - 150 ml de urina E - urina de 150 ml
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente vitima de colisao moto x carro há 15 minutos apresenta corte no pes-
segao direito e deformidade em punho direito. Nega letargia e desmaios. Nega
alergias. Vacinado contra tétano há mais de 10 anos.

Diagnostico

Fratura

Conduta 1 - Anestesia local

2 - Reducao e fixacao

3 - Curativos da Wound

Prescricao

Horario da medicacao

500 mg 1x12h
observar por 2 horas

11:25

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM - PB 7373

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Ortopedia:

Tumor no pé direito
com dor e deformidade
Barlou Veloso

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
				CM: Internos P1 Altera ortopedia

10:09 # em UPA 14 20.10.17
 Relato de sintoma de dor no pé direito

Relato de dor no pé direito, hinchado
 1. Consulta com
 2. por unidade de ortopedia
 3. Analgésico de uso oral (Dipirona + Paracetamol)
 Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

Raquel Batista Esteves
 Médica
 CRM - PB 7373

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- ☐ Residência
☐ Alta a pedido

☐ Transferido
☒ Enfermaria

☐ Desistência
 Obito: ☐ Atestado ☐ IML

Dr. Odilon R. Filho
 Ortopedia / Cir. Geral
 CRM 5688 - TEOT 1150

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA: 29/10/18	HORA: 16:48
PACIENTE: LINDENBERG ARANHA	
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM (X)	NÃO ()
ENFERMARIA:	LEITO:

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

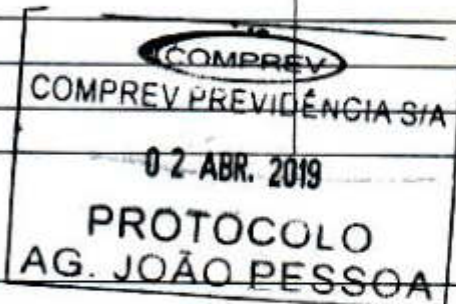
Paciente em estado de choque hipovolêmico por sangramento de lesão distal, porém, o estímulos de menor perfusão não são suficientes. Clinicamente, o paciente está referendo choque, porém, não apresenta nenhum sintoma.

[Assinatura]
Dr. Fabiano V. Soares
Anestesiologista
CRM/PB - 5992

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

Nome: <i>Lindenbergue aranha de melo silva</i>				Registro:	
Idade: <i>49a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>31/10/2018</i>			Cirurgião: <i>Jorge augusto</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente: <i>dr Carlos tiago</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura de Rádio Distal esquerdo</i>					<i>S52.5</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

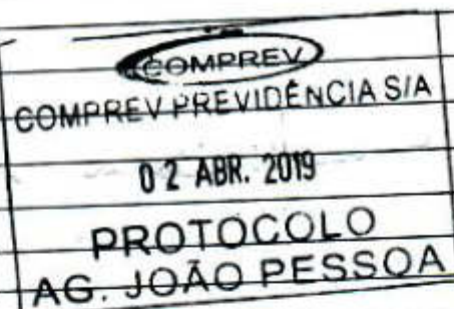
Visualização de fratura em punho com uso de intensificador de imagem

Conduta:

Realizada manobra de redução da fratura do punho

Redução de fragmentos ósseo do punho direito

Aposição de 02 fio(s) de kirschner em rádio distal sob uso de intensificador de imagem



Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

Tala fuva

OBS:

Data:

31/10/19

Dr. Carlos Augusto da S. Chaves
CRM-PB 9231/15016
9151 1031/15016

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Luizenberg Araujo de Melo Silva Data da Admissão: 20/10/2018
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (X) Cor: P Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 02/11/1963

QPD: Acidente de moto trauma pulso (Dir)

HDA: Fratura articular do rádio distal
destrito tipo Barton Volz

Indicados frnt. Cirurgias

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

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

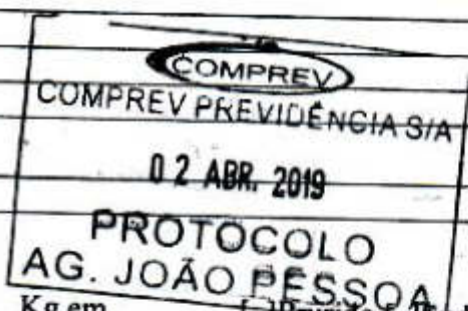
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] 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: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Fratura do rádio distal (D)
Barton Volar

Conduta:

Internar
Tratamento fixação internaDr. Rodrigo Castro de Azevedo
Ortopedista Traumatologista
CRM-PR 17477-7

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>55a</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR <i>Parda</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>20/10/2018</i>		DATA DE ALTA <i>31/10/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>11 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerdo</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação de fratura com material de síntese. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JO⁷ ESSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180591705 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA **Data do acidente:** 13/10/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. (PAG 5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K.). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014082382174

69070254596

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20180000431045-8

VIA

1

COD. DE NAVEG.

0037622090-2

RNTIC

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA

R HELENO F PEREIRA 82 CS

PARATIBE

58062157 JOAO PESSOA-PB

OPT/CNPJ

04962029444

PLACA

0EX2550/PB

NOME ANTERIOR

LUIZ DIAS DO NASCIMENTO

PLACA ANT./UF

NOVO

PB

CHASSI

9C6KG0450B0011000

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

YAMAHA/XT250 TENERE

ANO FAB

2011

ANO MOD

2011

CAP/POT/CIL

2 P/249 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

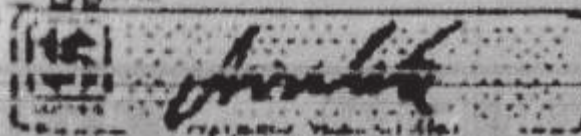
SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : G395E-011000

PROT. PREVIDENCIA Sim
17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

JOAO PESSOA

DV CAL



19267

DATA

25/09/2018

19721

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA Social

13 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 JAN. 2013

PROTOCOLO
V.G. JOÃO PESSOA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

13 JAN, 2019

PROTOCOLO

DO JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237




Lindemberg A. de M. Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 950.467 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2018

NOME
LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

FILIAÇÃO
ROBERVAL CORREIA DE MELO SILVA
MARIA DE FÁTIMA ARANHA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO
02/11/1963

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº56632 - LIV.78 A - FLS.89 - CARTORIO 3º JOÃO
PESSOA PB
CPF
424.152.174-66
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR
MAYRA A. L. LIMA
DE 29/08/83

8+

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A

17 DEZ. 2013

PROTOCOLO

AC. 0040 PESSOA

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: 174304 Atd: Nao Regula
Data: 20/10/2018
Hora: 08:42:12
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.10.002949

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 950467 Fone: 986599559

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/03/1983 Id: 55 anc(s)

End.: RUA HELENO FRANCISCO PEREIRA APT 201, 82 SEM CARTAO DO SUS

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA ARANHA

Pai: ROBERVAL CORREIA DE MELO SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: POLICIA MILITAR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

P: LINDEMBERG ARANHA DE MELO SILVA

Tei/Doc. Responsavel: 986599559 / IDENTIDADE: 950467

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO EM MANGABEIRA PROX

Vitima de violencia por: DA FARMACIA HJ AS 8/20 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

A - VAP em ambulância B - MOTO em colisão com carro C - Hemodinamicamente estável
D - ferido no tórax E - lesão no abdômen

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de colisão moto x carro há ± 15 minutos apresenta corte em pele
ligeira direita e deformidade em punho direito. Nega lesões e dor no tórax. Nega
alterações. Vacinado contra tétano há mais de 10 anos.

Diagnostico

| Conduta

Fratura

Prescrição

| Horário da medicação

1 SAT 5000 U, I.H. →
observar por 2 horas

fl: 25

17 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
JOAO PESSOA
Raquel Bezerra Estreli
Médica
CRM - PB 7373

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Ortopedia:



Tumor pieno
com dor e deformidade
Barlou Velar.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

CN:

Internos p/

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Ortopedia

10:09 # em UPA 11

Realiza de exame de dente

Realiza de exame de dente

1. Ortopedia
2. por unidade de ortopedia
3. Analise de hora (Vigilância)

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

Raquel Bezerra Esteves
Medica
CRM - PB 7373

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido
[] Alta a pedido [x] Enfermaria

[] Desistencia
Obito: [] Atestado [] IML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Plastico
CRM 6688 - 12012007

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Lindemberg Araújo de Melo Silva **Data da Admissão:** 20/10/2012
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M (x) **Cor:** P **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 02/11/1963

QPD: Acidente de moto travando pedal (Dir)

HDA: Fratura articular do rádio distal
do tipo Barton Volz

Tratado com cirurgia

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

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

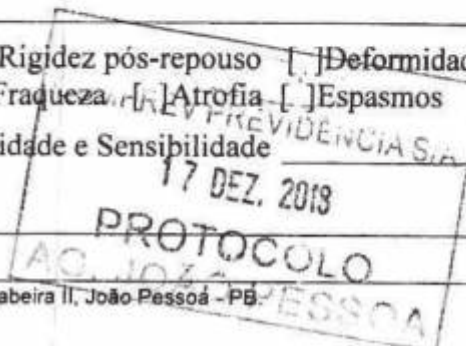
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor



JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

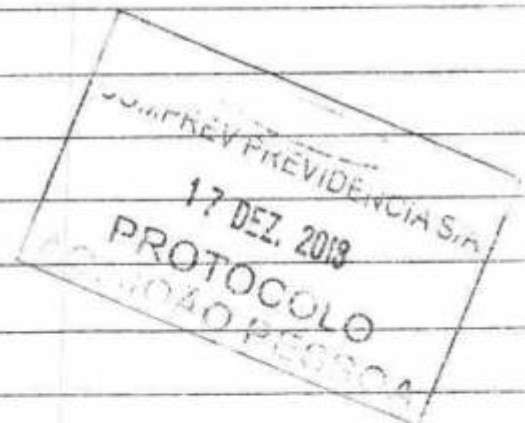
DATA: 29/10/18	HORA: 16:45
PACIENTE: LINDBERGH ARANHA	
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE? SIM (X) NÃO ()	LEITO:
ENFERMARIA:	

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

Paciente deu entrada no setor cirúrgico para cirurgia de Rotação distal, porém, o estimulador de nervos não funcionou mais. Classicamente, o paciente estava referindo choque, porém, não apresentava nenhum sintoma.

Dr. Fabiano V. Soares
Anestesiologista
CRM/PB - 5999

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)



Nome: <i>lindenbergue aranha de melo silva</i>				Registro:	
Idade: <i>49a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>31/10/2018</i>			Cirurgião: <i>Jorge augusto</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente: <i>dr Carlos tiago</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura de Rádio Distal esquerdo</i>					<i>S52.5</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Lindenbergue aranha de melo silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>55a</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR <i>Parda</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>20/10/2018</i>		DATA DE ALTA <i>31/10/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>11 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerdo</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação de fratura com material de síntese. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura em punho com uso de intensificador de imagem

Conduta:

Realizada manobra de redução da fratura do punho

Redução de fragmentos ósseo do punho direito

Aposição de 02 fio(s) de kirschner em rádio distal sob uso de intensificador de imagem

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

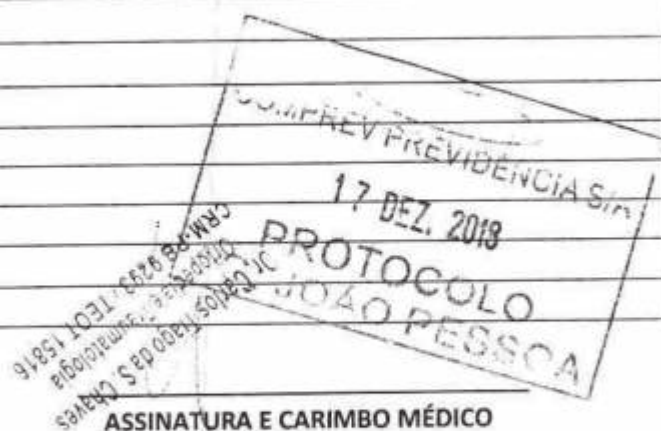
Curativo

Tala fuva

OBS:

Data:

31/10/19



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

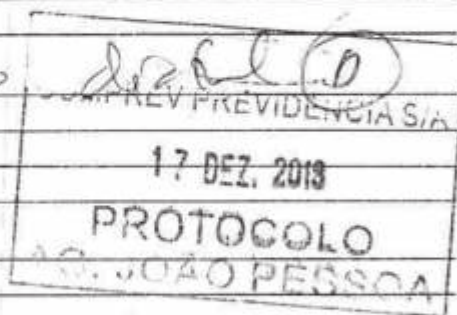
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura do rádio distal (D)

Brachiorradial

Conduta: Interno

Redução fixação interna



Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista/Traumatologista

7

COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
ADJ. JOAO PESSOA

COMISSÃO PRESIDENCIAL
17 DEZ 2018
PROTOCOLO
C-1030-2018



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

COORDENADOR FISCAL JOSÉ DUARTE

P/ Laudo Médico Atestado de Incapacidade

Laudo Médico

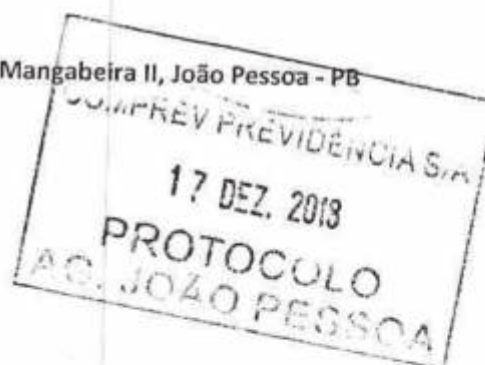
Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.5

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9283, TEOT 15816

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

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





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO DINIZ

P/ Laudo Médico Armando do Nêlto Silva

Laudo Médico

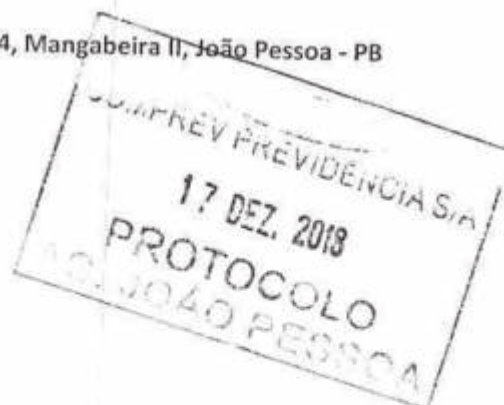
Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.5

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9203 - TEOT 15816

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA,
RG nº 6752535, data de expedição 04/10/2000,
Órgão SPS/PE, portador do CPF nº 049.620.294-44, com
domicílio na cidade de IGARASSU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
PANELAS, nº 29,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LINDENBERG ARAUJO DE M. SILVA cujo o condutor era
Lindemberg Abranches de Melo Silva.

Veículo: Moto Cicleta
Modelo: YAMAHA XTZ 250 TENERE
Ano: 2011
Placa: OEX 2550/1B
Chassi: 9C6K6045060011000
Data do Acidente:
Local e Data: Igarassu 26/11/2018

RECONHEÇO

JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO
DE REGISTROS

CARTÓRIO DE IGARASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO
TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS
Rua: João Capelo, 100 - Centro - Igarassu/PE - CEP: 55430-000 (2013)
Reconheço por autenticidade a firma de: JOZADAQUE FERREIRA DA SILVA.
Igarassu/PE, 26/11/2018 14:13. Em testemunho da verdade Pedro de
Araujo (HSCREVENTE AUTORIZADO). Emol.: R\$ 3,59 TSM: R\$ 0,60 FERC: R\$ 0,40
Total: R\$ 4,59. Selo Digital: 0130583.IIS11201804.00277. Consulte autentici-
dade em <http://www.tjpe.jus.br/selodigital>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

7011(9230)

REFERÊNCIA

5ET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LINDEMBERG ARANHIA DE MELO SILVA
RUA HELENO FRANCISCO PERRERA, 82 - APTO 201 -
PARATIBE JOAO PESSOA PB 58062- 157

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Comercial	Outros	
001.091.073.0059.201	201	1	0	0	
Hidrómetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y11X162347	26/10/2011	INT.LACR	LIGADO	POTENCIAL.	
ANTERIOR I ATUAL I CONSUMO (M3) I NÚM DE DIAS I PROXIMA LEITURA					
588	605	17	32	02/10/2018	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.					
AGO/2018	15	0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES		
JUL/2018	20	0	TURBIDEZ	0	0
JUN/2018	14	0	CLORO	0	0
MAI/2018	19	0	COL.TERMOT	0	0
ABR/2018	12	0	COR	0	0
MAR/2018	12	0	COL.TOTAIS	0	0
MEDIA(M)	15		DADOS REFERENTES A: JUL/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 03/09/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:56:42

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	7 M3	34,23
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 04/18		53,83

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,67 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/09/2018

Total a Pagar: R\$ 123,97

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
17 DEZ. 2018
PROTOCOLO
0040 PESSOA



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 035/2018 - 11ª DDC.

- **EXAME REQUISITADO : LESÃO CORPORAL**

AUTORIDADE REQUISITANTE: Dr. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS

DIA: 07/12/2018

SENHOR (A) GERENTE,

SOLICITAMOS DE V. S^a, AS PROVIDÊNCIAS, PARA QUE NO PRAZO LEGAL (ART 160, PARAGRAFO ÚNICO DO CPP ALTERADO PELA LEI 8.862/94) SEJA PROCEDIDO O **EXAME LESAO CORPORAL** NA PESSOA ABAIXO, E QUE SEJA O LAUDO REMETIDO PARA A **11ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL – VALENTINA DE FIGUEIREDO - JOÃO PESSOA-PB.**

LINDEMBERG ARANHA DE MELO, brasileiro, divorciado, natural de João Pessoa – PB, aposentado, com 55 anos de idade, nascido em 02/11/1963, Ensino Fundamental completo, filho de Roberval Correia de Melo e de Maria de Fátima Aranha, residente a Rua- Heleno Francisco Pereira residencial Cabral Batista 82 apartamento 201- Paratibe, João Pessoa – PB. tel.998350540.

HISTORICO: Conta o periciando que foi vítima de um acidente de transito ocorrido em data de 13.10.2018 as 08:30 horas, próximo ao Hospital Trauminha em Mangabeira., nesta.

Atenciosamente,


Dr. NELIO CARNEIRO DOS SANTOS
Delegado de Polícia Civil

AO SENHOR
GERENTE DA GECRIM/IPC. CRISTO REDENTOR.
NESTA.

