

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



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 *T10*



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.

LU Volodimir Mendonça do Filho

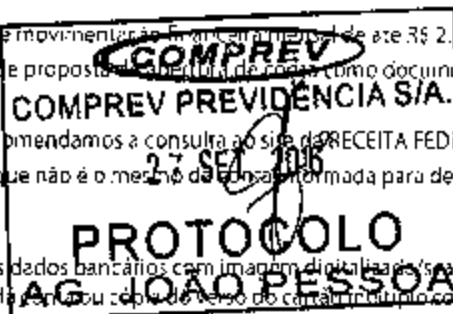
PORTADOR(A) DO RG Nº 3272716 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 29/03/2016
 CPF 5167659084-04 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Volodimir Mendonça do Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Súsep 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:

- Contra salário e/ou benefício – nos documentos aparecem 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;
- Contas de terceiros (caso não seja beneficiário/vítima não for titular);
- Contas de poupança que tenham limite de 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\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta e abertura de conta 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, sem colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão (tríplice 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, ITAÚ, 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.

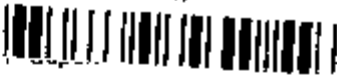
João Pessoa, 12 de Maio de 2016 Volodimir Mendonça do Filho
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 à legislação vigente no momento do sinistro) ou 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 momento do sinistro) 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.dpvatseguradoraansino.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0321204.





Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAIBA



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, Mandacaru, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98617-4761

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 da 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.

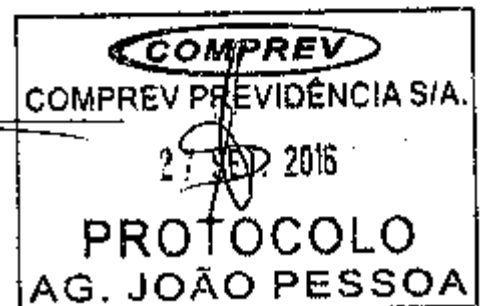
João Pessoa (PB) 29 de Julho de 2016

VALDERI MENDONÇA DA SILVA

Noticiante

SEVERINO DIAS DE LIMA

Agente De Investigação



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Voldeci Mendes da Silva, portador da carteira de identidade nº 3272716 e inscrito no CPF/MF sob o nº 567.659.084-04 residente e domiciliado na Rua Anicônio Pereira da Silva, 32/302, Mombocoru, Cidade João Pessoa Estado Pernambuco, 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 "T3%"

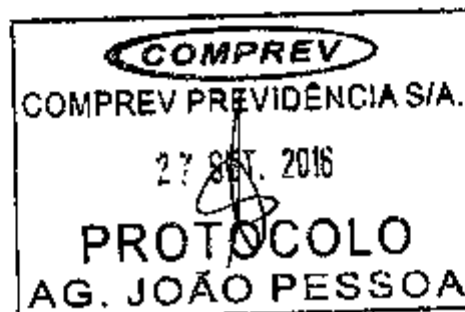


Voldeci Mendes da Silva

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, sn - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999



Identificação do paciente

ID 1026330	Nome VALDER MENDONÇA DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 03/07/1970	Idade 46 anos 9 meses 14 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA
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	Nº Cns	
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO		UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	

Endereço

CEP 55027895	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lugradouro JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
Número 58	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	

Admissão

Data e Hora Prevista 17/04/2016 20:16:22	Número de 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 e hora do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

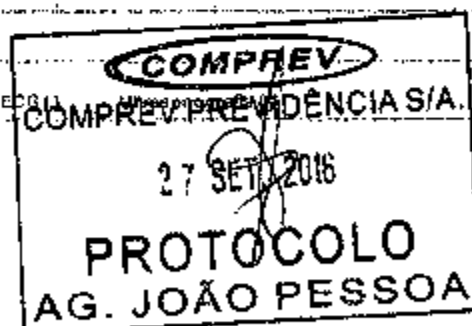
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de emergência Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou AMB BOMBEIROS	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassom []
Dados clínicos						



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

Imprimir DOCUMENTO 2 *72%



27/04

Unhine de
Acidade de
Jato

Afrescamentos

entre as

do do Jato e Ban

mul hpts

fermentes

contemidos

Pentris yuno

E e pe

as 2 freyja

de mola

hibas de

fermentes

Acap 1400

Dr. Gomes Pereira
Cirurgião Dentista
Rua da Bahia
1000



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

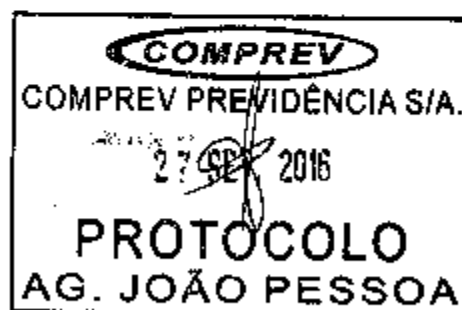
CPF nº 567.659.084-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Amencio Pereira da Silva</u>
Número	<u>712/105</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Mombacaru</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3566-4638 / (83) 99831-5088</u>
E-mail	<u>NobreDPVAT@Gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Valdeci Mendes da Silva



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Estrada Recanto, João Pessoa/PB - CEP 55011-500
CNPJ 03.036.193/0001-40 Insc Est 18.015.823-0
Nota Fiscal Carimbo de Energia Elétrica - FOLHA 215 DE 042
Código para Digitação Automática: 00017414016

Canal de contacto

07/08/2018

0.53

Discriminación	Valor (R\$)	%
Suma de los Costos de Energía para los Equipos de la Empresa	39,25	74,42
Servicio de Mantenimiento	51,49	31,07
Encargos de Energía	3,00	1,91
Impuestos de Estado y Encargos	12,44	7,73
Otros Equipos	54,69	33,55
Otros Equipos	0,00	0,00
Total	160,86	100,00

Verloft 14 EUUSD (Rend 3/2018) P8320 LS

REAVISOS 1.344 e 1.319 (abril e 5 de setembro de 1978) em 1980, o qual sempre poderá ser suspenso a partir de 21/05/2018. Conforme Resolução 444/445/11, o pagamento após esse data não é nem a possível suspensão do fornecimento, ou seja, o mesmo não é considerado pelo 36 meses para não atingir o número de consumidores para o fornecimento de energia elétrica, despendendo o mesmo o mesmo valor.

ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS DA REAFRÁSIA, para 445 e a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de vencimento da fatura, sendo o prazo de 90 (noventa) dias, fatura suspensa e reativa em 30 dias de prazo, se não ocorrer o caso de inadimplência.

1. Fatura suspensa e reativa

R\$ 160,89

83690000001-8 60890148000-3 17414802016-2 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 do 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 Nelson Leite, portador(a) do

RG nº 1.929.439, expedido por SSP/PB, em

07/03/2010 CPF/CNPJ nº 023.762.364-31,

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

Mendonça da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Voldeu 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 Nelson Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



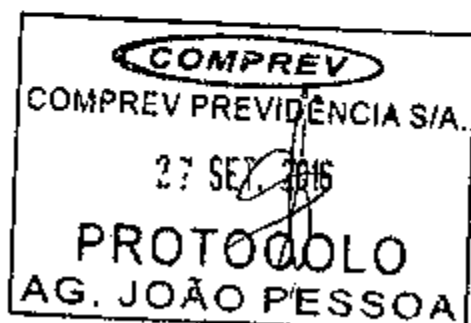
Eu. Holidays des Sentes Schwa

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 Mamedanca, cujo o condutor era
Valdery Mamedanca de Lima.

Veículo: moto
Modelo: Honda CG 150 For Road
Ano: 2015
Placa: WFA09081PB
Chassi: 9C2KCA680FR593490
Data do Acidente: 31/04/16
Local e Data: João Pessoa, 20 de Maio de 2016

Holism do Santos Silva
Assinatura do Declarante

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



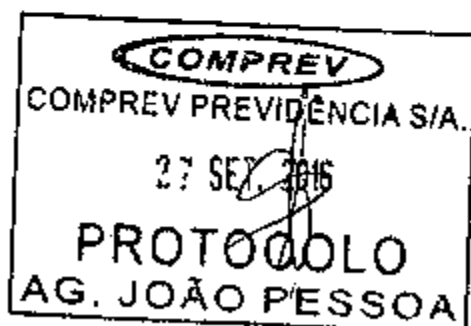
Eu. Holidione des Sonten Schwa

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 Valdexi Mamedanca, cujo o condutor era
Valdexi Mamedanca de Lima.

Veículo: moto
Modelo: Honda CG 150 For Roadi
Ano: 2015
Placa: WFA09081PB
Chassi: 9C2KCA680FR593490
Data do Acidente: 31/04/16
Local e Data: João Pessoa, 20 de maio de 2016

Holudson 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

República Federativa do Brasil

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999



R

Identificação do paciente

ID 1028530	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	Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO
Escolaridade NAO INFORMADO	DDC Móvel 83	Fone Móvel 986174781
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 59021695	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOAO DE BRITO LIMA MOURA
Número 181	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	

Admissão

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

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Pleno de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []
Dados clínicos					



Diagnóstico

Atendido por ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATES	CID	Tempo 02min 44seg
---	-----	----------------------

Imprimir

27/04

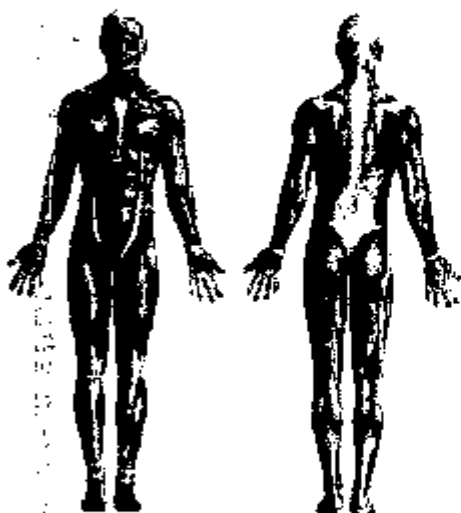
Unine de
Acididade
foto
Apresentando
foto no
do do JES @ Am
muitos
feministas
contra uns
Pentecostais
E se pe @
es > Jorginho @
de hildes @
pelo de
feministas
Acap 1400

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 Morcedura |
| 9 Erisema supcutâneo | 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 |

OBS: _____

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritonial
☐ Gasometria arterial
☐ 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 _____
 DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Declaração médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência

☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

Dr. Toribio Gomes Pereira
 Atendente de Emergência
 Rua do Jacaré
 01000-000

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento

1000004001484 BE.: 913999
VALDEZ PENHONCA DA SILVA
DT. NASC.: 02/07/1979
MRS: MARIA DE LOURDES PENHONCA DA SILVA
END.: JOAO DE BRITO LIMA MOURA
N. SN - ALTO DO C AU
JOAO PESSOA
CEP.: 51
CEMUTARI: 1031 806174781
ID: 1000004001484
IDADE: 45
DT. ENTRADA: 17/09/2016 20:15:22

HEETSH

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Por trauma de queda de altura, supra des
em ATE e fratura

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A.
27 SET 2016
CIRCULANDO
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA
TEMPERATURA DA PELE
PULSO

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pénhas ☐ 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 _____ %

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA
TEMPERATURA DA PELE
PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO

BULHAS

SOPRO

BE OU B4

ECG:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
☐ Presente ☐ Ausente
☐ Sim ☐ Não

ABDOMEN:

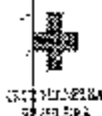
Indol

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pup'as: ☐ 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 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:					



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1000004901484
VALDEIR MENDONÇA DA SILVA
DT. NASC.: 03/07/1979
PACIENTE MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA

DE: 913999

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA:

☐ Domicílio

☒ Ambulatório de emergência

END: JO 46 DE BRITO LIMA MOURA

☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE:

☒ Motor

☐ Automóvel

N. SN - ALTO DO C. BU

Itemo

☐ Envenenamento

☐ Incêndio

☐ Explosão

JOÃO PESSOA

HOME: (1)

CELULAR: (83) 986174781

IDADE: 45

DATA DE ENTRADA: 17/08/2016 às 16:22

TIPO DE LESÃO:

☐ Fratura fechada

☐ Ferimento aberto

☐ Escoriação

☐ Queimadura

☐ Mordedura

☐ Objeto enfiado

☐ Ferimento contuso

☐ 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: 110 mmHg

P: 70 bpm

SpO₂: 98

Tax: 120

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☒ Consciente

☐ Incónciente

☐ Orientado

☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Símetria:

☒ Isocóricas

Tamanho:

☐ Midríase

☐ Anisocóricas

☐ Miosis

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☒ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas patentes

☐ Trocas normais

☐ 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

☒ Perfusão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Febre ou hipotermia

☐ Palidez

☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HCA

☐ Láo de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HCB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

☐ Outros:

☐ Rigidez abdominal

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematuria

☐ Olégria

☐ 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:

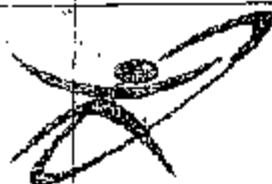
ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG)ENF.022-1

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

[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

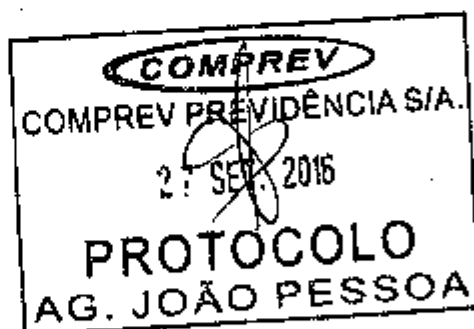
DATA: 17/04/2016 21:18:18

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL - FAST

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

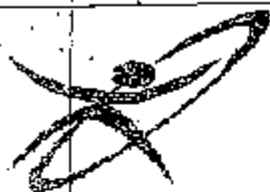
Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

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

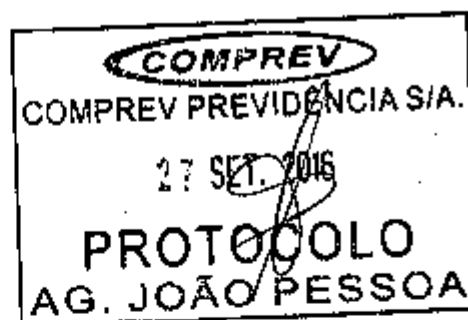
NOME: VALDENI MENDONÇA DA SILVA
BE: 913999
DATA: 26/4/2016 10:18
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/04/2016.

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.

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

República Federativa do Brasil

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999



R

Identificação do paciente

ID 1028530	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	Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO
Escolaridade NAO INFORMADO	DDC Móvel 83	Fone Móvel 986174781
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 59021695	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOAO DE BRITO LIMA MOURA
Número 181	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	

Admissão

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

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Pleno de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []
Dados clínicos					



Diagnóstico

Atendido por ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATES	CID	Tempo 02min 44seg
---	-----	----------------------

Imprimir

27/04

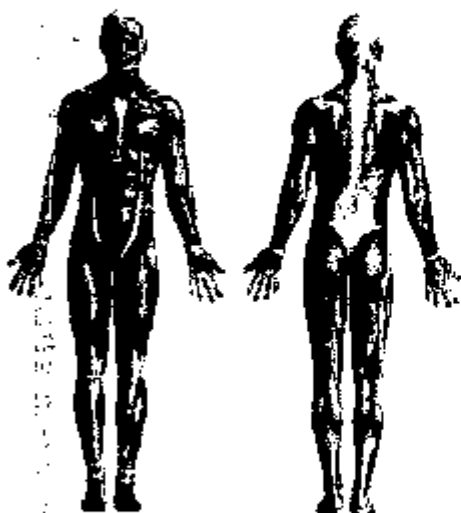
Unine de
Acididade
foto
Apresentando
foto no
do do JES @ Am
muitos
feministas
contra uns
Pentecostais
E se pe @
es > Jorginho @
de hildes @
pelo de
feministas
Acap 1400

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 Morcedura |
| 9 Erisema supcutâneo | 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 |

OBS: _____

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritonial
☐ Gasometria arterial
☐ 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 _____
 DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Declaração médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência

☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

Dr. Toribio Gomes Pereira
 Atendente de Emergência
 Rua do Jacaré
 01000-000

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento

1000004001484 BE.: 913999
VALDEZ PENHONCA DA SILVA
DT. NASC.: 02/07/1979
MRS: MARIA DE LOURDES PENHONCA DA SILVA
END.: JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
N. SN - ALTO DO C. 40
JOÃO PESSOA
CEP.: 51
CEMUTARI: 1031 806174781
ID: 1000004001484
IDADE: 45
DT. ENTRADA: 17/09/2016 20:15:22

HEETSH

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Por trauma de queda de altura, supra des
em ATE e fratura

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A.
27 SET 2016
CIRCULANDO
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
TEMPERATURA DA PELE
PULSO

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pénhas ☐ 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 _____ %

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
TEMPERATURA DA PELE
PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

BE OU B4 ☐ Presente ☐ Ausente
FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

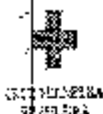
Indol

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pup'as: ☐ 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 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:					



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1000004901484
VALDEIR MENDONÇA DA SILVA
DT. NASC.: 03/07/1979
PACIENTE MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☒ Ambulatório de emergência ☐ Policlínica

TIPO DE ACIDENTE: ☒ Motor ☐ Automóvel ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Escoriação ☐ Mordedura ☐ Objeto enfiado ☐ Ferimento contuso ☐ 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: 110 mmHg P: 70 bpm SpO₂: 98 % Tax: 12

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☐ Inciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: ☒ Simétricas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Turgentes ☐ Mídriase ☐ Miopia

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentes ☐ Trocas normais ☐ 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 ☒ Perímetro tissular satisfatório ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Ferimento vascular comprometido ☐ Palidez ☐ Outros

Sistema Digestório: ☐ HCA ☐ Lado de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial ☐ HCB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda ☐ Outros ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Olégia ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☒ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☒ Não

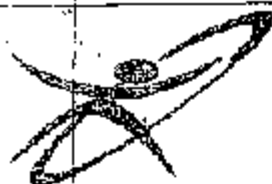
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Handwritten notes and signatures in the patient's history section.

DESTINO: Unidade de Terapia Intensiva ENFERMEIRO: [Assinatura] COREM: [Assinatura]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
21 SET. 2015
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[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

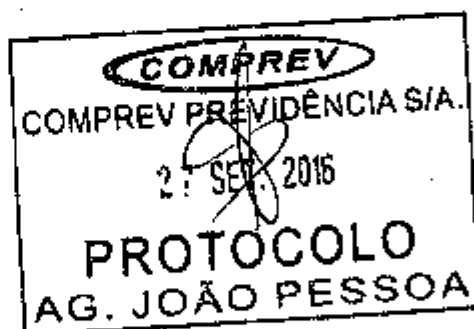
DATA: 17/04/2016 21:18:18

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL - FAST

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

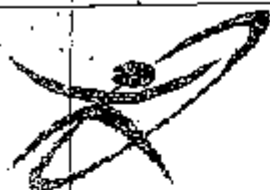
Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

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

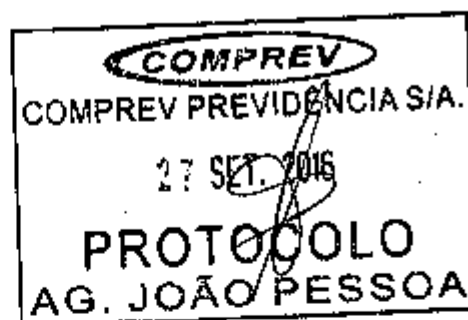
NOME: VALDENI MENDONÇA DA SILVA
BE: 913999
DATA: 26/4/2016 10:18
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/04/2016.

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.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

DOCUMENTO 6 1646

[illegible]

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

DOCUMENTO 3 "7396"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-005

Daniel de Araújo Nobre Leite

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1:929.439 - 2 VIA

07/01/2010

NOME DANIEL DE ARAUJO NOBRE LEITE

ALMADA FRANCISCO NOBRE LEITE

CLEIDE ARAUJO LOBES NOBRE LEITE

NATURALIDADE PIANGÓ-PB

DATA DE NASCIMENTO 23/12/1977

CPF 021.762.264-31

CARTÓRIO 11º JOÃO PESSOA PB

LEI Nº 7.116 DE 10.06.03

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

27 SET 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012235524038

L CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO RENAVAM 20150000387065 MERCADO

PL 01061292085 00/00000000 2015

HALIDIANE DOS SANTOS SILVA

09057546469

QEJ0908/PB

NOVO PB 9C2KC1680FR598490

PAS/MOTOCICLETA/NO APLIC ALGO/CASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI 2015 2015

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 01/09/2015

***** - 0

***** SEGURO PAGO 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
AUTOMOTORES DE TRAFEGO TERRESTRE DO POR-STA CARCA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU- 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.dpvatseguredotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 02/09/2015

VIA 1 CPF / CNPJ 09057546469 PLACA QEJ0908/PB

RENAVAM 01061292085 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO / LSE 2015 CILINDRO 9 NR CHASSI 9C2KC1680FR598490

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO (R\$) *****

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 01/09/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.248.506/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7003781-1200188-20150902

5102-100

DOCUMENTO 7 77%



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
27 SET 2015
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

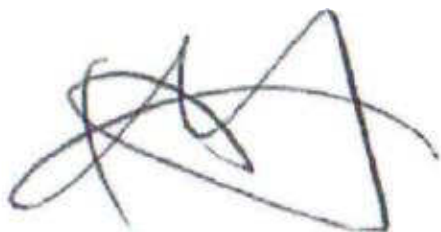
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

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 QUIRODACTILO ESQ. FCC EM 4º QUIRODACTILO 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

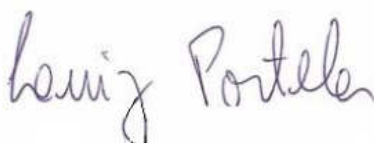
Região Corporal (Sequela):

% 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