

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE GOMES AMORIM**

Nº Sinistro: **3180575474**

Vítima: **MARIA JOSE GOMES AMORIM**

Data do Acidente: **27/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180575474**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13692096



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575474

Vítima: MARIA JOSE GOMES AMORIM

Data do Acidente: 27/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JOSE GOMES AMORIM

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

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



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: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: MARIA JOSÉ DOS SANTOS AMORIM CPF: 917 465 004 06
Profissão: Aposentada Endereço: R. Djalma Celto Número: 45 Complemento: AP 202
Bairro: Bomfim Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58051-124
E-mail: guilo.advocacia@gmail.com Tel. (DDD): (83) 3255 5390

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

RENDA 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0904 CONTA: 00091522
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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, 22/10/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

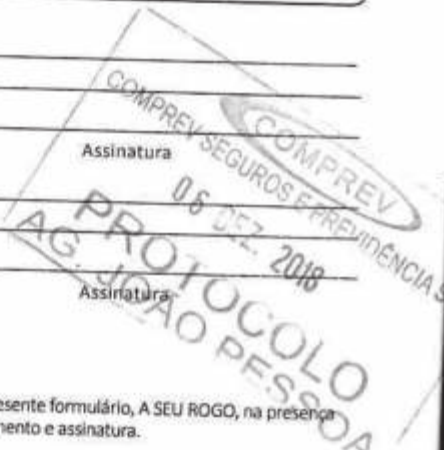
2ª Nome: _____

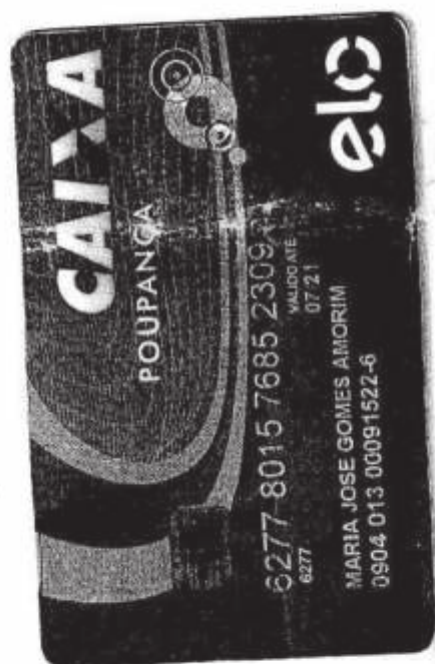
CPF: _____

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.







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02188.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02188.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:28 horas do dia 12 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cássio Assis Espíndola, Escrivão de Polícia, matrícula 1551159, ao final assinado, compareceu **Maria José Gomes Amorim**, CPF nº 917.485.004-06, nacionalidade brasileira, estado civil viuvo(a), identidade de gênero feminino, profissão Aposentada, filho(a) de Joana de Farias Gomes e Silva e Alcebiades Gomes e Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/05/1932 (86 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Djalma Coêlho, Nº 45, complemento APTO 202, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Coelhos Restaurante, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av João Rodrigues Alves, Proximo Ao Supermercado Carrefour, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/07/18 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA**.

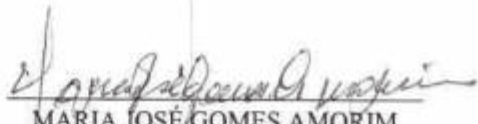
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

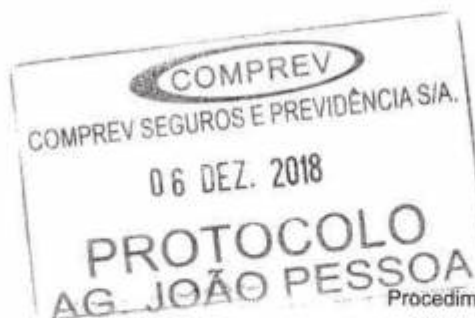
Estava caminhando pela av João Rodrigues Alves, nas proximidades do Supermercado Carrefour, no bairro dos Bancários, e ao ir atravessar a rua, certificando-se que não havia tráfego de veículos, subitamente foi atropelada por uma motocicleta, e devido ao impacto não conseguiu identificar condutor, modelo da moto, cor ou placa; foi socorrida por particulares para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde recebeu os primeiros socorros sendo posteriormente encaminhada para o Hospital de Traumas, Senador Humberto Lucena, no qual após diagnóstico de Fratura de colo de Fêmur esquerdo, foi submetida a Artroplastia Parcial do quadril, conforme laudo médico assinado por Elivaldo Sales de Toledo, CRM 1873/PB, datado de 26.10.2018

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 12 de novembro de 2018.


CÁSSIO ASSIS ESPÍNDOLA
Escrivão de Polícia


MARIA JOSÉ GOMES AMORIM
Noticiante



Procedimento Policial: 02188.01.2018.1.00.420

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: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: MARIA JOSÉ DOS SANTOS AMORIM CPF: 917 465 004 06
Profissão: Aposentada Endereço: R. Djalma Celto Número: 45 Complemento: AP 202
Bairro: Bomfim Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58051-124
E-mail: guilo.advocacia@gmail.com Tel. (DDD): (83) 3255 5390

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

RENDA 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0904 CONTA: 00091522
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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, 22/10/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
06 DEZ 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 917 485 004 06 Nome completo da vítima: Maria José Gomes Amorim

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria José Gomes Amorim CPF: 917 485 004 06
Profissão: Descontadora Endereço: R. Djalma Celso Número: 45 Complemento: Ap 202
Bairro: Pompeiros Cidade: Leão Pires Estado: PI CEP: 58051-124
E-mail: guilherme.advocacia@gmail.com Tel.(DDD): (03) 3255 5390

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0904 CONTA: 00091522 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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, Leão Pires, 22/11/2016

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.

ORTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1097506



Identificação do paciente

ID 670649	Nome MARIA JOSE GOMES AMORIM	Estado civil VIUVO(A)	Religião CATOLICA	Sexo Feminino
Data de nascimento 21/05/1932	Idade 86 anos 2 meses 6 dias	Pai ALCEBIANES GOMES E SILVA	Responsável (Parentesco) LEDA DE CASSIA - SOBRINHO(A)	Prontuário
Mãe JOANA DE FARIAS GOMES E SILVA	Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DDD Fone 83	Fone Fone 32249241	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 315917	Nº Cns 896003953306431	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58050120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Avenida Comandante Matos Cardoso
Número 782	Complemento	Bairro Castelo Branco	

Admissão

Data e Hora 27/07/2018 21:33:55	Número da pulseira 1000059892372	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA 120	FC 60	mmHg	Pulso 83	Temperatura
-----------	----------	------	-------------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Até a admissão na emergência sem trauma

*Dr. Welton Carlos G. Andrade
Enfermeiro - Área Vermelha
CRP 04 021.651*

Diagnóstico

Atendida por
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

Imprimir



27/07/2018 21:33

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE GOMES AMORIM

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000091522-6

Nr. da Autenticação 9255F57704068EF5

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 014.963.198



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-42 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE GOMES AMORIM
RUA DUALMA COELHO 45 AP. 202
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1141641-9

REFERÊNCIA

NOV/2018

APRESENTAÇÃO

05/11/2018

CONSUMO

263

VENCIMENTO

12/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 208,25

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

MARIA JOSE GOMES AMORIM

Roteiro: 01-005-024-3680

83810000002-2 08250149000-5 11416412018-9 11600005019-9

VENCIMENTO

12/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 208,25

MATRÍCULA

1141641-2018-11-9





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA JOSÉ GOMES AMORIM
DATA DE NASCIMENTO 21/05/32
NOME DA MÃE JOANA DE FARIAS GOMES E SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 110122
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1097506
DATA DO ATENDIMENTO 27/07/18
HORA DO ATENDIMENTO 21:33
MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE COLO DO FEMUR ESQUERDO
CID 10 S72.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO QUADRIL E COXA ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA. INTERNADO.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL
TC DE QUADRIL
EXAMES HEMATOLOGICOS
ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA ESQ. - FRATRA DE COLO DE FEMUR ESQ.

TRATAMENTO:

ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL

ALTA HOSPITALAR: 03/08/18
DATA DA EMISSÃO: 26/10/18



Elivaldo Sales de Tolêdo
Cirurgião Geral
CRM/HEETS/PB
1873/18
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB

ORTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1097506



Identificação do paciente

ID 670649	Nome MARIA JOSE GOMES AMORIM	Estado civil VIUVO(A)	Religião CATOLICA	Sexo Feminino
Data de nascimento 21/05/1932	Idade 86 anos 2 meses 6 dias	Pai ALCEBIANES GOMES E SILVA	Responsável (Parentesco) LEDA DE CASSIA - SOBRINHO(A)	Prontuário
Mãe JOANA DE FARIAS GOMES E SILVA	Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DDD Fone 83	Fone Fone 32249241	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 315917	Nº Cns 896003953306431	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58050120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Avenida Comandante Matos Cardoso
Número 782	Complemento	Bairro Castelo Branco	

Admissão

Data e Hora 27/07/2018 21:33:55	Número da pulseira 1000059892372	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA 120	FC 60	mmHg	Pulso 83	Temperatura
-----------	----------	------	-------------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Até a admissão na emergência sem trauma

Dr. Welton Carlos G. Andrade
Enfermeiro - Área Vermelha
CRP 04 021.651

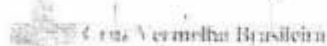
Diagnóstico

Atendida por
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

Imprimir



27/07/2018 21:33



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARIA JOSE GOMES AMORIM	BAE 1097506	Data/Hora Entrada 27/07/2018 21:33:56	Data Baixa
Data de nascimento 21/05/1932	Idade 86a 2m 7d	Sexo Feminino	CNS 898003953306431
Mãe JOANA DE FARIAS GOMES E SILVA			Telefone de Contato (83) 32249241
Endereço Avenida Comandante Matos Cardoso, 782	Bairro Castelo Branco	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 27/07/2018 21:33:56		Data/Hora Prescrição 27/07/2018 23:03:00	Prontuário

Anamnese

vitima de atropelamento por moto com dor em quadril esq., encaminhada do ortotrauma de Mangabeira com fratura de colo de femur esq.

conduta : solicito rx.

com fratura de colo de femur esquerdo impactada, sem desvio.

conduta : interno para tratamento cirurgico.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0))

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

NIFEDIPINO 10MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 10,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

CUIDADOS

Solicitado registrado por: LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA em 27/07/2018 21:38:28

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

COMPREV
COMPREV SECOURS E PREVIDENCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
Dr Raim Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Teel: 15943

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

COAGULOGRAMA COMPLETO

IONOGRAMA

UREIA - SORO

CREATININA

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

MARIA JOSE GOMES AMORIM

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)



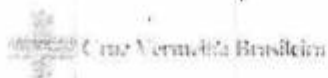
Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia

CRM:

Teot: 15943

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Teot: 15943

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
MARIA JOSE GOMES AMORIM	1097508	27/07/2018 21:33:58	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
21/05/1932	86a 2m 7d	Feminino	998003953308431
Telefone de Contato			
(83) 32249241			
Nome			Prontuário
JOANA DE FARIAS GOMES E SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
Avanida Comandante Matos Cardoso, 782	Caséio Branco	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	RAIFF LEITE SOARES	9350/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
27/07/2018 21:33:56		27/07/2018 22:11:28	

Anamnese

vítima de atropelamento por moto com dor em quadril esq., encaminhada do ortotrauma de Mangabeira com fratura de colo de fêmur esq.
Conduta: solicito rx.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE BACIA LAUENSTEIN (POSIÇÃO DE RA)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
S72.0	Fratura do colo do fêmur

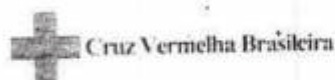
Conduta

Em observação

MARIA JOSE GOMES AMORIM

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)
Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Teot 15943



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:Impresso por: HEISENBERG
BATISTA MEDEIROS DE
ALMEIDA
Em: 31/07/2018 06:57:36

Paciente MARIA JOSE GOMES AMORIM		Boletim de Atendimento 1097506	Data/Hora Entrada 27/07/2018 21:33:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/05/1932	Idade 86	Sexo Feminino	CNS 898003953306431	Prontuário 110122
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA - 31/07/2018 06:57:24)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE ESTÁVEL NO LEITO SEM QUEIXAS
ENV PRESERVADO NO MOMENTO DA VISITA
PRE-OP OK
CD: AGUARDA AGENDAMENTO DE CIRURGIA + VPM

Seção: POSTO II - ENF 17 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA

Número Conselho: 6229

Dr. Heisenberg Almeida
MÉDICO - ISA CRM/RB: 6229

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 01/08/2018 12:00:41

Paciente MARIA JOSE GOMES AMORIM		Boletim de Atendimento 1097506	Data/Hora Entrada 27/07/2018 21:33:56	Data/Hora Saida
Data de nascimento 21/05/1932	Idade 86	Sexo Feminino	CNS 898003953306431	Prontuário 110122
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 01/08/2018 11:59:32)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM + RAO-X DE CONTROLE + HEMOGRAMA

STAFF: DR SANTINO

Seção: POSTO II - ENF 17 Leito: 0002 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM 8491



Prontuário:

Data: / /

Reposição: _____

SUS: (☒) Não SUS (☐)
Médico: Dr: Santino + Dr. Pavan + Dr. Luciane (1)

Médico: Dr. Santana + Dr. Páez + Dr. Maza

[illegible]

Wanessa Mendonça

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

F(NG).APC.013-2

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HECTSHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HECTSHL

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria José Gomes Amorim

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☐ 1

Fem ☒ 3

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1094506

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) E

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

MOT INDUSTRIA COMERCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil 2083 - D. Industrial - 13505-000, Rio Claro SP, Brasil
Tel. +55 19 2111 6500 | CNPJ 01.025.974/0001-92
Resp. Téc. José Antonio Masiero CREA - 2691114153

REF 880000 LOT 27788 Qlde: 1
Cimento Acrílico Estéril Radiopaco para Fixações Osseas - Tipo RO
Nome Técnico: Cimento Ósseo
Nome Comercial: Cimento Ortopédico Subiton
Registro ANVISA: 104179403221
Fabricado por: LABORATORIOS S.L.S.A.
Laboratorios S.L.S.A. Endereço Curupayti - (B1644GDC)
San Fernando, Argentina Fone: (54 11) 4746-7100 Fax: (54 11) 4746-7722 www.subiton.com E-mail: info@subiton.com
VER INSTRUÇÕES DE USO

MOT INDUSTRIA COMERCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil 2903 - D. Industrial - 13505-000, Rio Claro SP, Brasil
Tel. +55 19 2111 6500 | CNPJ 01.025.974/0001-92
Resp. Téc. Leonardo Carreira Batista - CREA 3692143390

REF 04 04 07 22001 LOT 072265 Qlde: 1
Cabeça Femoral intercambiável 222mm Colo - 2mm
2mm Neck intercambiável Femoral Head 222mm
Cabeça Femoral intercambiável 222mm Cuello - 2mm
Registro ANVISA: 10417940036
Nome Técnico: Cabeça Metálica para Artroplastia de Quadril
Nome Comercial: Cabeça intercambiável de Inox
FAB 08/2017 /AL 08/2022

IMPLANTES LTDA

Modelo Comercial:
HASTE MILLER INT5,
0 12/14
Código: 41130000500
Lote: 06192/17
ANVISA: 10223680104

IMPLANTES LTDA

Modelo Comercial:
ACE TABULO BIPOLAR 4
1X22
Código: 41050022416
Lote: 01401/18
ANVISA: 10223680072

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

4x M. extensor - 0x. Traxter Bipolar 01
" " - Haste Miller Int. 5.0 01
" " - Artrobulbo Bipolar 41x22 01
" " - solo auto Intercambiável 22mm 01
Subiton Quadriceps - Cimento Osso extensor 01

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR - DATA DA AUTORIZAÇÃO

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL DE ANESTESIA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: **MARIA JOSÉ GOMES AMORIM** BE/PRONTUÁRIO: **1097506**
IDADE: **86** SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: DATA: **1/8/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO**
ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL ESQUERDO
CIRURGIÃO: **DR SANTINO** 1º ASS: **DR UMBERTO JANSEN**
2º ASS: **MR1 LAIANA BARRETO** 3º ASS: *Dr. Matheus MZ*
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL (PROTESE BIPOLAR)	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

☐ RESIDÊNCIA

☐ TERAPIA INTENSIVA

☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

1/8/2018

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

CRUZ VERDE

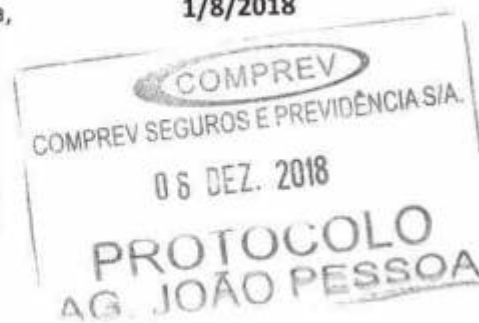
HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO LATERAL DO QUADRIL ESQUERDO
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
DISSECÇÃO POR PLANOS ANATOMICOS
Achados:
FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO
Condução:
CAPSULOTOMIA DO QUADRIL ESQUERDO
OSTEOTOMIA DE COLO FEMORAL
EXTRAÇÃO DE CABEÇA FEMORAL
LIMPEZA DO ACETABULO
FREZAGEM DE CANAL FEMORAL COM HASTE Nº 7,5
CIMENTAÇÃO DO CANAL FEMORAL + COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL Nº 5
COMPONENTE ACETABULAR Nº 44 + COLO CURTO Nº 22
Fechamento:
LIMPEZA COM SF
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

João Pessoa,

1/8/2018





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: MARIA JOSÉ GOMES AMORIM BE/PRONTUÁRIO: 1097506
IDADE: 86 SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: _____ DATA: 1/8/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO
ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR SANTINO 1º ASS: DR UMBERTO JANSEN
2º ASS: MR1 LAIANA BARRETO 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL (PROTESE BIPOLAR)	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Laila Karen Dantas barreto
MÉDICA
CRM: 8491

DATA:

1/8/2018

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CRUZ VERMELHA
DE PORTUGAL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

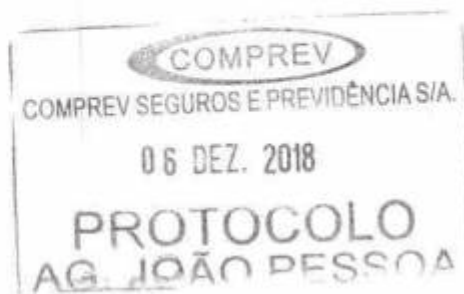
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APosição DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO LATERAL DO QUADRIL ESQUERDO
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
DISSECÇÃO POR PLANOS ANATOMICOS
Achados:
FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO
Condução:
CAPSULOTOMIA DO QUADRIL ESQUERDO
OSTEOTOMIA DE COLO FEMORAL
EXTRAÇÃO DE CABEÇA FEMORAL
LIMPEZA DO ACETABULO
FREZAGEM DE CANAL FEMORAL COM HASTE Nº 7,5
CIMENTAÇÃO DO CANAL FEMORAL + COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL Nº 5
COMPONENTE ACETABULAR Nº 44 + COLO CURTO Nº 22
Fechamento:
LIMPEZA COM SF
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:

Médico/CRM:


Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM 8491

João Pessoa,

1/8/2018



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Marcos José Gomes Amorim
 IDADE: 26 DE 10/15/56 ORIENTALIZADO: INFERMARIA LEITO: 11
 CIRURGEÃO: Dr. Guilherme de Faria - solo do simão (E)
 ANESTESIA: Dr. Santana + Dr. Faria + Dr. Loureiro (R)
 ANESTESISTA: Dr. Santana
 INSTRUMENTADOR: Isabelle + Guilherme 16.5 + preceptor
 DATA: 01/09/12 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 08:30 CIRURGIA INÍCIO: 11:30
 PADRÃO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST):
 ASA I - ASA II - ASA III - ASA IV - ASA V
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO (CEIPIA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	58h - 500ml	JELCO N°18		FIO CAT. GLT. CROMADO N°	
DIPIVACAINA ISOBARICA	5F - 500ml	JELCO N°20		FIO CAT. GLT. CROMADO N°	
DIPIVACAINA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇÃO N°	
ETANINA		JELCO N°24		FIO DE AÇÃO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORANICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70% 500ml	LÂMINA BISTURI N°15	1	FIO DE NYLON N°	
FENTANIL	PVPi DEGERMANTE 200ml	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPi TINTURA 200ml	LÂMINA BISTURI N°24	1	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPi TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOROTACINA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOROTACINA S VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	4	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 13N4.5	LUVA ESTERIL N°7.0	1	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S VASO	AGULHA 25N07	LUVA ESTERIL N°7.5	1	FIO POLIGLACTAPRONE N°	
MIDAZOLAM	AGULHA 25N08	LUVA ESTERIL N°8.0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40N12	LUVA ESTERIL N°8.5	1	FITA CARDIACA	
NIMBIM	AGULHA PERIDURAL N°10	MASCARA CIRURGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRONIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIPLAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	1
PRIMIFOL	AGULHA RAQUL N°25G	SCALP N°19		CLIP TITANIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUL N°26G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCI RONIO	AGULHA RAQUL N°27G	SERINGA 3ML	1	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOTHIL RANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN N°	
SINAMETONIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
	BOLSA P. COLUSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA	CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
AGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PANI	
BENTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFZOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12			
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DIPIRONA SODICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA			
ETEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA			
FL ROSENIDA	COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL N°			
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA			
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TLBO ENDOTRAQUEAL N°			
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCÇÃO	TLBO ENDOTRAQUEAL N°			
LIDOCAINA GELICA	ELETRODOS	TLBO ENDOTRAQUEAL N°			
ONDASETRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TLBO SILICONE (LATEX)	1		
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPi				
TENOXICAN	ESPARADRAPO				
	GAZES				
	GAZES ALGODADAS				
	GEL ELETROLITICO				
	JELCO N°14				
	JELCO N°16				

EQUIPAMENTOS
 1) ASPIRADOR
 1) BISTURI ELETRICO
 1) CAPNOGRAFO
 1) CARDIOMONITOR
 1) DESFIBRILADOR
 1) FOCO AUXILIAR
 1) FOCO CENTRAL S/A.
 1) MICROSCOPIO
 1) MONITOR DE PULSO
 1) P.A. NÃO INVASIVA
 1) FERRAMENTAS ELETRICAS
 1) SERRA
 1) CIRCUITE

TM: Guilherme de Faria Int 5.0 01
 " " Isabelle Int 41x22 01
 " " Dr. Santana Int 22x22 01

05 DEZ. 2012
 ASS. JOAO...
 CIRCULANTE

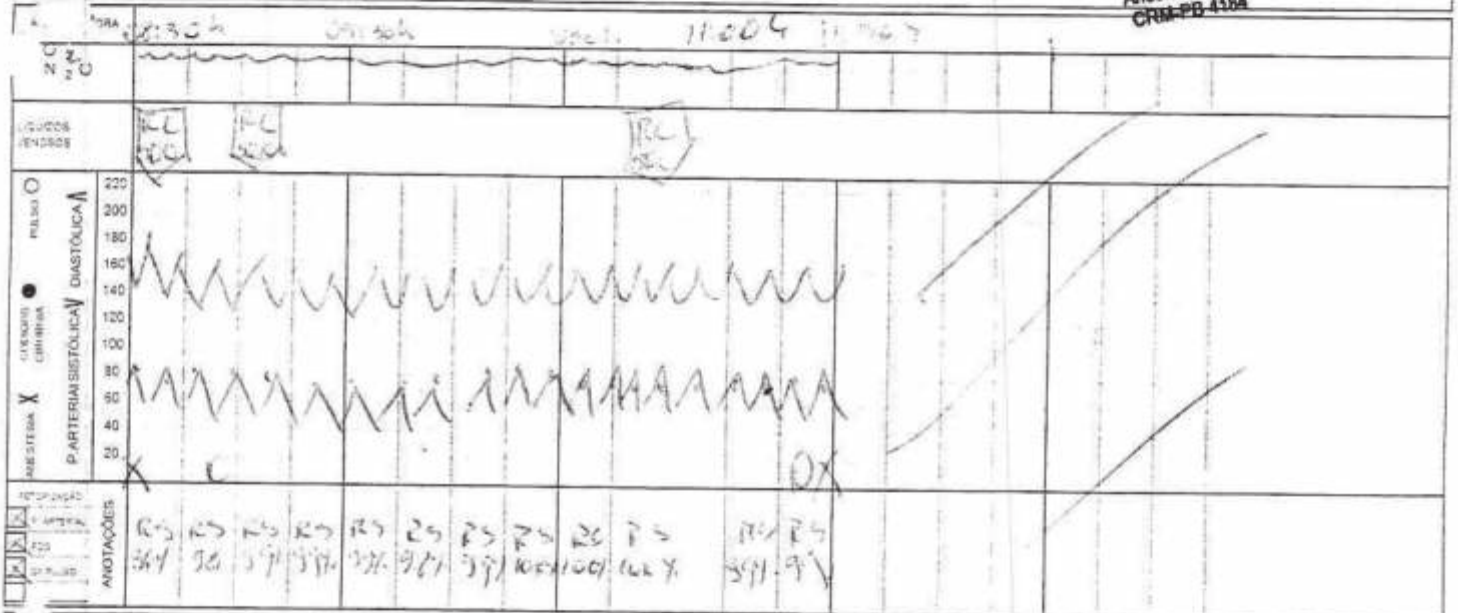
Almy Lucena Almeida
 Têc. Enfermagem
 COREN 486071

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/08/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: MARIA JOSÉ GOMES AMORIM	SEXO: F	COB: BRAS	IDADE: 86A
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 80	RESPIRAÇÃO: 12	TEMPERATURA: 36,5
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGÜÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES: CHACADES (CURMADO)			
AP. RESPIRATÓRIO: EUPNEICA	AP. CIRCULATÓRIO: ESTÁVEL		
AP. DIGESTIVO: JEJUN	ESTADO MENTAL: CONSCIENTE	DROGAS EM USO:	
PRE-ANESTÉSICO	ESTADO FÍSICO (ASA): ASA II		
DOSE/HORA:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRAT. CÂNDIDA DO FÊMUR E.			
CIRURGIA REALIZADA: ARTROPLASTIA DE QUADRIL			
CIRURGIÃO: DR. SANTIAGO	AUXILIARES:		
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:30h	TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:30h	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3:00h (180)	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA: DR. ABDON	CPF:	CRM-PB:	Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM-PB 4184



ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUICIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					

1	PULZINACIA 100 - 150 - 11	
2	MORFIA - 2mg	12
3	CEPRALINA - 100	13
4	MIDAZOLAM - 5mg	14
5	RODINA SETRACIA - 2mg	15
6	RODINA SETRACIA - 2mg	16
7	RODINA SETRACIA - 2mg	17
8		18
9		19
10		20

DESTINO DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/> ART	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: 37A	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:	
em sala de cirurgia, com monitorização de sinais vitais, ECG, SpO2, pressão arterial, temperatura, e nível de consciência. Início da anestesia às 08:30h. Bloqueio de 100ml de solução de 0,5% de bupivacaína em 10ml de solução de 0,5% de ropivacaína.	

ASSINATURA DO ANESTESISTA
Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM-PB 4184



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

POTERNO, S/A
Fone: 424.454-100

GOVERNO
DA PARAIBA

Impressão em: 27/07/2018
MARTINS DA SILVA
Em: 20:07:00

Nome do Paciente		Data/Hora Entrada		Data Hora de Saída	
1067506		27/07/2018 21:33:56			
Idade		CNS		Prontuário	
36		898003953306431		110122	
Sexo				Plantão	
Feminino				DIURNO	
Quantidade					
1					

01 - ADEMAR MARTINS DA SILVA - 29/07/2018 10:23:23;

424.454-100

424.454-100

01 - ADEMAR MARTINS DA SILVA - 29/07/2018 10:23:23;

01 - ADEMAR MARTINS DA SILVA - 29/07/2018 10:23:23;

Número Conselheiro: 2271

Ademar Martins da Silva
Cardiologista
CRM-PB 2271

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PatientID: 000000070038
PatientName: MARIA JOSE GOMES AMORIM

Sex: Feminino
BirthDate: 21.05.1932
Age: 86a.

StudyDate: 12.11.2018

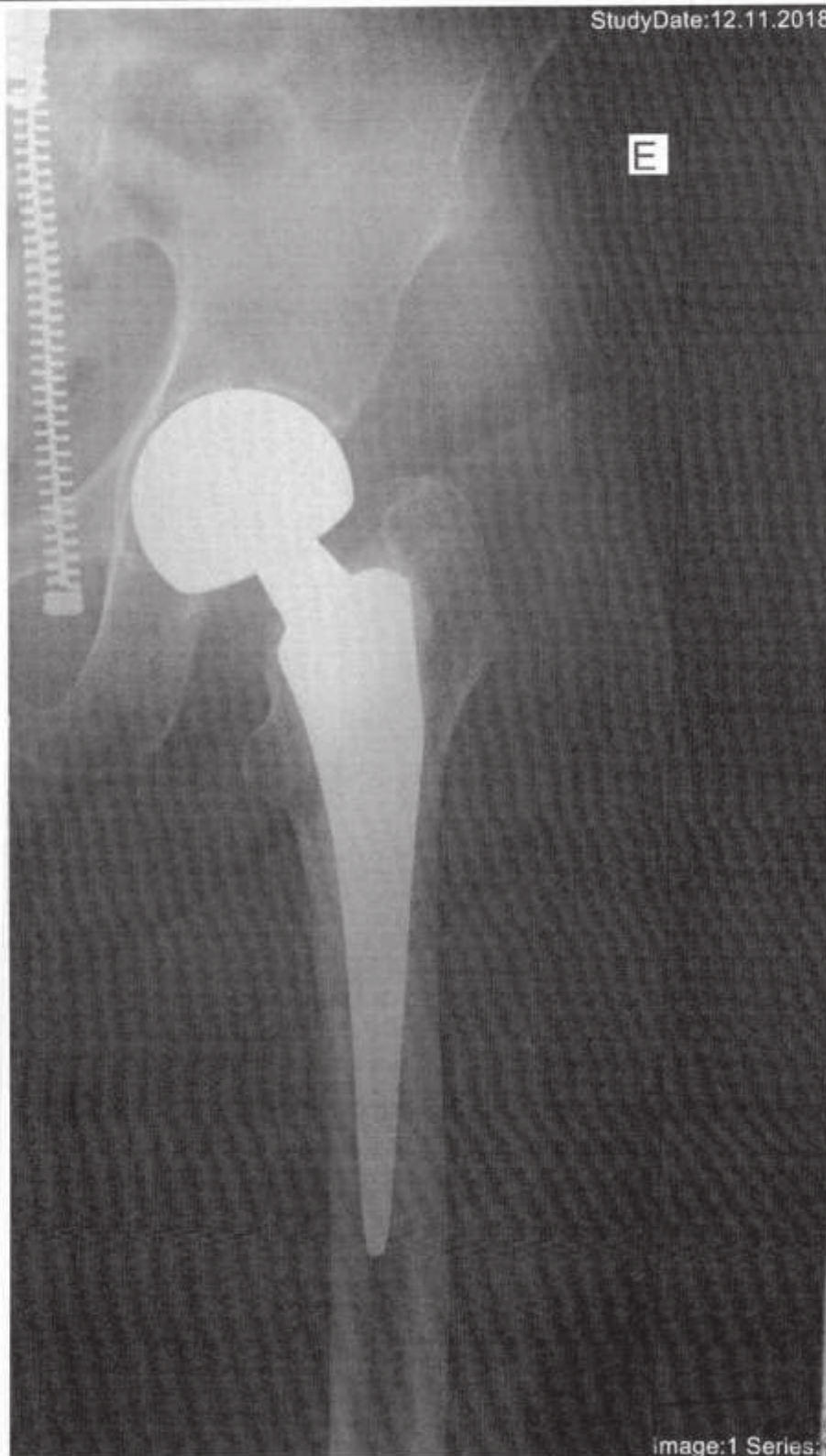


Image: 1 Series: **OMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
HTOP
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 1450/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 148597 pertencentes a **MARIA JOSE GOMES AMORIM** que foi atendida dia 27/07/2018 às 18h46min, vítima de atropelamento por moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura impactada de quadril esquerdo. Encaminhada para o hospital de trauma

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



ORGO DE DIA #
TC EVIDENCIA FRAQUA
IMPACTADA DO QUADRIL

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ESQUERDO (SUBCAPITAL)
CD: ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE
TRAUMA, SEGUNDO PACQUAÇÃO

Dr. Edson D. Pinco
Cirurgião de Mão, Punho e Braço
CRM 11.186

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ST - AP P
RX de corpo inteiro

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Médico



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: 148597 Atd: Nao Regula
Data: 27/07/2018
Hora: 18:46:54
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEX
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA JOSE GOMES AMORIM

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2018.01.002543

CNS: 898003953306431 Sexo: F IDENTIDADE: 315917 Fone: 987814087

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/05/1932 Id: 86 ano(s)

End.: RUA ANTONIO PAULINO MARINHO, 58

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOANA DE FARIAS GOMES E SILVA

Pai: ALCEBIADES GOMES SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: SOBRINHO/LUCIO MAURO

Tel/Doc. Responsavel: 987814087 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VIT.DE ATROPELAMENTO POR MOTO AS 17:46H

Vitima de violência por: NOS BANCARIOS EM FRENTE AO CARREFOUR

[] Caso Policial

FATURADO

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

VITIMA DE ATROPELAMENTO, COM TRAUMA EM MIE

27 07 18

29:32

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Do as mto. d. Acum. feto -
qtl e atropelamento*

Diagnostico

| Conduta

Paciente com dor em quadril

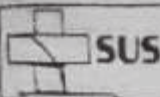
Prescricao

| Horario da medicacao

*Exames após trauma de
qtl sem evidencias de
fratura porém não*

*D. Edson D. Tinoco
Ortopedia e Traumatologia
CRM 7142*

EVILIZACAO ACEFALICA E REGIAO SUBLADIA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

MARIA JOSE GOMES AMORIM

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐ Fem. ☐

7 - RAÇA/COR

8 - NOME DA MÃE

9 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CDD - REG. MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTC

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTC

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTC

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTC

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

27 - QTC

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - QTC

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTC

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

30 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

bol. operatório prótese parcial (E)

31 - CID 10 PRINCIPAL 32 - CID 10 SECUNDÁRIO 33 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

34 - OBSERVAÇÕES

Furto de prótese parcial (E)
e hemi de marcha.

SOLICITAÇÃO

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/08/18

37 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

38 - DOCUMENTO

39 - Nº DOCUMENTO (CNS/CFF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CFF

AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR

42 - DOCUMENTO

43 - Nº DOCUMENTO (CNS/CFF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CFF

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

47 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

48 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

49 - CNES

Documento de Alta

Nome: MARIA JOSE GOMES AMORIM			Número Prontuário: 110122
Data de 21/05/1932	Sexo: Feminino	Data de Internação: 28/07/2018 08:13:26	Data de Alta: 03/08/2018 07:42:14
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA HOSPITALAR			
Resumo da Internação: DEU ENTRADA COM FRATURA DE COLO DO FÊMUR DIA 27/07. FOI SUBMETIDO A ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL ESQUERDO REALIZADA POR DR SANTINO DI 01/08/18. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS			
Resultado de Exames: EXAME FÍSICO E RX			
Tratamento: ARTROPLASTIA DE QUADRIL ESQUERDO			
Diagnóstico: S72.0 - Fratura do colo do fêmur			
Recomendações: RETORNO EM AMBULATÓRIO DO HTOP DIA 10/08/18 COM DR SANTINO NO HTOP			

Data: 03/08/2018

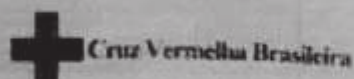
Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 1184 RN
CRM 10894-PB

Dr. VICTOR LUGUINHO
CRM 10294 - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

03/08/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/agendamento/agendaMarcacao.do?perform=pesquisar&control=4&id=58878

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM
CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

DADOS GERAIS

Marcação da agenda
03/08/2018 08:59:56Convênio
SUSNome do paciente
MARIA JOSE GOMES AMORIMData de nascimento
21/05/1932

Dados do agendamento

Data e Hora
10/08/2018 07:00:00

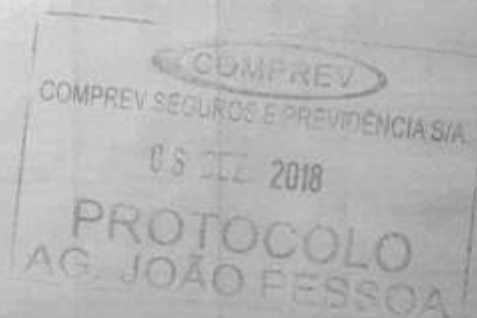
HTOP

Recurso
CONSULTA DE RETORNOSeção
CONSULTÓRIOS - HTOPTipo de Agenda
Consulta de ProfissionalEspecialidade
ORTOPEDIAProfissional
ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Procedimento

Exame

Observações



PatientID: 000000070038
PatientName: MARIA JOSE GOMES AMORIM

Sex: Feminino
BirthDate: 21.05.1932
Age: 86a

StudyDate: 10.08.2018

E

Image: 1 Series: 1

COMPREI SÓ PORQUE PREVIDÊNCIA S/A.
2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HTOP

Scanned by CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 315.917 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 23/07/2014

NOME MARIA JOSÉ GOMES AMORIM

FILIAÇÃO ALCEBIADES GOMES E SILVA
JOANA DE FARIAS GOMES E SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 21/05/1932

DOC ORIGEM
CASAM N. 21650 FLS. 348 LIV. B111
CANTORIO 1 JOÃO PESSOA-PB

917.485.004-06

LEI Nº 7.116 DE 25/05/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-001

MAIOR DE 65 ANOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575474 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE GOMES AMORIM **Data do acidente:** 27/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575474 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE GOMES AMORIM **Data do acidente:** 27/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL - PRÓTESE BIPOLAR) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442203/18

Número do Sinistro: 3180575474

Vítima: MARIA JOSE GOMES AMORIM

CPF: 917.485.004-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/07/2018

Titular do CPF: MARIA JOSE GOMES AMORIM

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 18/12/2018
Nome: MARIA JOSE GOMES AMORIM
CPF: 917.485.004-06

MARIA JOSE GOMES AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442203/18

Vítima: MARIA JOSE GOMES AMORIM

CPF: 917.485.004-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/07/2018

Titular do CPF: MARIA JOSE GOMES AMORIM

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA JOSE GOMES AMORIM : 917.485.004-06

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: 06/12/2018
Nome: MARIA JOSE GOMES AMORIM
CPF: 917.485.004-06

MARIA JOSE GOMES AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA