
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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: <i>Manoel José Otávio Amorim</i>		CPF: <i>917 405 004 06</i>
Profissão: <i>Advogado</i>	Endereço: <i>R. Djalma Soello</i>	Número: <i>75</i> Complemento: <i>ap 202</i>
Bairro: <i>Paraná</i>	Cidade: <i>João Pessoa</i>	Estado: <i>PIB</i> CEP: <i>58051 - 124</i>
E-mail: <i>guilherme.advocacia@gmail.com</i>	Tel.(DDD): <i>(031) 3255 5390</i>	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (val 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 áqueles 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, 22/10/2016*
 Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A RODO

Manoel José Otávio Amorim
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clidência 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 PREVIDÊNCIA
06/12/2018
PROTOCOLO
AG. JUÍZO PESSOA





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 integra: 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 viúvo(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 Coelho, 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, Próximo 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:

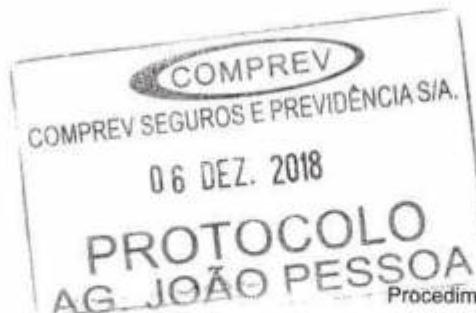
Estava caminhando pela av João Rodrigues Alves, nas proximidades do Supermercado Carrefour, no bairro dos Bancários, e ao ir atravessar a rua, certificando-se que não havia tráfego de veículos, subitamente foi atropelada por uma motocicleta, e devido ao impacto não conseguiu identificar condutor, modelo da moto, cor ou placa; foi socorrida por particulares para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde recebeu os primeiros atendimentos sendo posteriormente encaminhada para o Hospital de Traumas, Senador Humberto Lucena, no qual após diagnóstico de Fratura de colo de Femur 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.

CASSIO 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: <i>Maria José Oromo Amorim</i>		CPF: 917 405 004 06
Profissão: <i>Advogada</i>	Endereço: <i>R. Djalma Soello</i>	Número: 75 Complemento: Ap 202
Bairro: <i>Paraná</i>	Cidade: João Pessoa	Estado: PB CEP: 58051 - 124
E-mail: <i>guilherme.advocacia@gmail.com</i>	Tel.(DDD): (031) 3255 5390	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 permanente decorrente 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val 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 áqueles 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, 22/10/2016*
 Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Maria José Oromo Amorim
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 917 485 004 06	Nome completo da vítima: Maria José Gomes Amorim		
Profissão: Aposentada	Endereço: R. Djalma Soello	CPF:	917 485 004 06	Número: 45
Bairro: Bancários	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58051 - 124	Complemento: AP 202
E-mail: milo.advocacia@gmail.com			Tel.(DDD): (63) 3295 5390	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECLUSO 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 OPCIÃO 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

6

(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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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, 22/10/2016

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

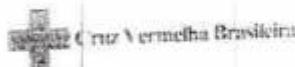
Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intelecto teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
06/10/2016
PROTOCOLO
AG. NOVA PESSOA /



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1097506



Identificação do paciente

ID 670649	Nome MARIA JOSE GOMES AMORIM			Sexo Feminino
Data de nascimento 21/05/1932	Idade 86 anos 2 meses 6 dias	Estado civil VIUVO(A)	Religião CATOLICA	Pronome Pronome
Mãe JOANA DE FARIAS GOMES E SILVA				Pai ALCEBIADES GOMES E SILVA
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) LEDA DE CASSIA - SOBRINHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 32249241	Número documento 316917	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)				Nº Cns 898003953306431
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)				Tipo UNIDADESAUDE
Email				UF PB
				CBO/R

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 27/07/2018 21:33:56	Número da pulseira 1000059892372	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
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 <u>120</u> x <u>60</u> mmHg	P脉 <u>83</u>	Temperatura
-----------------------------------	-----------------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

*PA baixa para atropelamento cicatriz
na puberdade*

*Dr. Wellington Gólio G. Andrade
Enfermeiro - Cruz Vermelha
CNPJ: 04.1661-02*

Diagnóstico

Atendido por
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

Imprimir



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: 00000091522-6

Nr. da Autenticação 9255F57704068EF5

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/carma da energia elétrica - Nº 014.963.198



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-460
CNPJ 09.095.183 / 0001-42 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE GOMES AMORIM
RUA DJALMA COELHO 45 AP.202
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1141641-9

REFERÊNCIA

NOV/2018

APRESENTAÇÃO

05/11/2018

CONSUMO

263

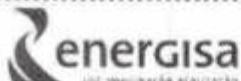
VENCIMENTO

12/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 208,25

Acesse: www.energisa.com.br



CLIQUE AQUI

MARIA JOSE GOMES AMORIM

Rotelro: 01-005-024-3680

83610000002-2 08250149000-5 11416412018-9 11600005019-9

VENCIMENTO

12/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 208,25

MATRÍCULA

1141641-2018-11-6





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.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

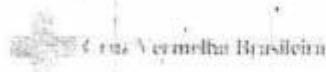
TRATAMENTO:

ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL

ALTA HOSPITALAR: 03/08/18

DATA DA EMISSÃO: 26/10/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM: 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



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	

Anamnese

vítima 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 cirúrgico.

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: LENTO, COMPREV SLOW, ENTRADA SLOW, VENCIMENTO ASIA.)

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

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

CURATIVO. (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Dr Raffi Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Teot: 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)

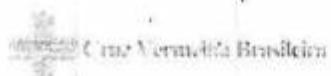


Dr. Raiff Leite Soares
Ortoped.
CRM.
Teot: 15943

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
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 MARIA JOSE GOMES AMORIM	BAE 1097508	Data/Hora Emissor 27/07/2018 21:33:58	Data Env/B
Data de nascimento 21/05/1932	Idade 86a 2m 7d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 32249241
Mãe JOANA DE FARIA GOMES E SILVA			Prontuário
Endereço Avenida Comandante Matos Cardoso, 782	Bairro Castelo Branco	Município JOAO PESSOA	JF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissão! RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 27/07/2018 21:33:56		Data/Hora Preenchido 27/07/2018 22:11:28	

Anamnese

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

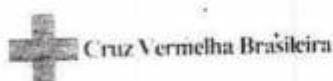
Em observação

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 Lucena

INTERNO, 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 médica (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

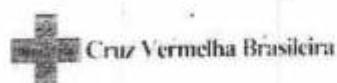
Número Conselho: 6229

Dr. Heisenberg Almeida
MEDICO-ISA CRM/PIB: 6229

CUMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06/07/2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 DIURNO

Evolução Médica (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 + RAIO-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

Lailana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM: 8491

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

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			- 2 - CNES		
HECTSHL					
- 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			- 4 - CNES		
HECTSHL					
- Identificação do Paciente					
- 5 - NOME DO PACIENTE			- 6 - N° DO PRONTUÁRIO		
Maria Ferreira Gomes Amorim			1094506		
- 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			- 8 - DATA DE NASCIMENTO		
			/ / /		
- 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			- 9 - SEXO		
			Masc <input type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3		
- 11 - TELEFONE DE CONTATO					
- 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	19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
	24 - CID 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) E

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	REF. 860000	LOT. 27788	Qtd: 1
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/EOU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	Cimento Acrílico Estéril Radiopaco para Fixações Ossáreas - Tipo RO		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	Nome Técnico: Cimento Ósseo		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	Nome Comercial: Cimento Ortopédico Subiton		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	Registro ANVISA: 10417940221		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	Fabricado por: LABORATORIOS S.L.S.A. Laboratorios SL S.A. Endereço Curupayí - (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 INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil 2963 - Dt. Industrial - 13505-020 Rio Claro SP, Brasil
Tel: +55 19 2111 6505 | CNPJ: 91.025.974/0001-52
Res. Tel: José Antônio Marinho CREA - 3601114153

REF. 04.04.07.22001 LOT. 072265 Qtd: 1
Cabeça Femoral Intercambiável 22mm Colo - 2mm
- 2mm Neck Intercambiável Femoral Head 22mm
P Cabeça Femoral Intercambiável 22mm Cuello - 2mm
- Registro ANVISA: 1041794036
Nome Técnico: Cabeça Metálica para Artroplastia de Quadril
Nome Comercial: Cabeça Intercambiável de Inox

FAB. 08/2017 / AL 08/2022

IOL IMPLANTES LTDA.

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

IOL IMPLANTES LTDA.

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
45 - COD. ÓRGÃO EMISOR / 46 - DATADA AUTORIZAÇÃO

06 DEZ. 2018

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

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTSHL

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 MRZ
INSTRUMENTADOR:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL (PROTESE BIPOLAR)</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BÍOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

X ENFERMARIA
 RESIDÊNCIATERAPIA INTENSIVA
ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

1/8/2018

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AC IDÃO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

CRM-PB/PE/MA
2018/2019

Hospital

DESCRÍÇÃO 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	
Conduta:	
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



CLÍNICA ESCOLA
DE SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

NOME:	MARIA JOSÉ GOMES AMORIM			BE/PRONTUÁRIO	1097506
IDADE:	86	SEXO:	<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: 1/8/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA			EMP:	LR:
CIRURGIA:	FRATURA DE COLO DE FEMUR 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 NÃODescrição:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA RESIDÊNCIA TERAPIA INTENSIVA
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

Liaianá Karen Dantas Barreto
MÉDICA CRM- 8491

MÉDICO/CRM: DATA: 1/8/2018

1/8/2018
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

06 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CRUZ VERMELHA
BRAZILIANA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEEISHI

DESCRÍÇÃO 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

Conduta:

CAPSULOTOMIA DO QUADRIL ESQUERDO

OSTEOTOMIA DE COLO FEMORAL

EXTRAÇÃO DE CABEÇA FEMORAL

LIMPEZA DO ACETABULO

FREZAGEM DE CANAL FEMORAL COM HASTE N° 7,5

CIMENTAÇÃO DO CANAL FEMORAL + COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL N° 5

COMPONENTE ACETABULAR N° 44 + COLO CURTO N° 22

Fechamento:

LIMPEZA COM SF

SUTURA POR PLANOS

CURATIVOS ESTÉREIS

Observação:

Médico/CRM:

Licençado: Karen Dantas Barreto
CRM: MÉDICA
CRM: 8491

João Pessoa,

1/8/2018

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

22

NOME DO PACIENTE	Maria José Gomes Amorim		
IDADE	86	SE	1097506
ORIENTAL ARI	ENTERNA	LEITO	
CIRURGIA	Doenças de Tum. - leito do pímen (E)		
CIRURGÃO	Dra. Sônia + Dr. Puma + Dr. Luxpone (R)		
ANESTESIA	Inhalatórias		
ANESTESISTA	DR. Abden		
INSTMENTADOR	J. Ville + Guilherme (est. + preceptor)		
DATA	21/08/12	TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO	08:30 CIRURGIA INICIO 11:30
INÍCIO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 - CASA 1 (ASA 2 - CASA 2) (ASA 3 - CASA 3) (ASA 4 - CASA 4)			
RISCO DE CONTAMINAÇÃO (LIMPIDA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONST.	FIOS
ALFENTANILA	Sf — 50ml	JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADON
DEPIVACAINA ISOBARICA	Sf — 500ml	JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADON
DEPIVACAINA PESADA		JELCO N°22	FIO DE ÁCIDO
CITAMINA		JELCO N°24	FIO DE ÁCIDO
DISOPERIDOL		KIT SIST DREN TORANICAN	FIO DE NYLON
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	1 LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍlico 70%	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA
ISOFLURANO	PVP TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIPROPILENO
LEVOBUPIVACAINA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO
LEVOCOPIVACAINA C VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 13x4,5	LUVA ESTERIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 25x0,7	LUVA ESTERIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 25x0,8	LUVA ESTERIL N°8,0	FIO SEDA
MIDAZOLAM	AGULHA 40x12	LUVA ESTERIL N°8,5	FITA CARDIACA
MORFINA	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
NIMBEM	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	CATETER DE PIC
PANCRÔMIO	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PUDENDA	AGULHA RAQUÍN N°25G	SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
PROPÓFOL	AGULHA RAQUÍN N°26G	SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER
RÁMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍN N°26G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍN N°27G	SERINGA 5ML	FIO STEINMAN
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN
SUNAMETONIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 20ML	GRANPEADOR CIRÚRGICO
TROPENTAL	ATADURA GESSADA	SONDA ASP TRAQUEAL N°8	HEMOST ABSORVÍVEL
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSAS P. COLONSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL N°10
ADRENALINA		CÂNLIA P. TRAQ EOSTOMIA N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°10
AGUA DESTILADA	□	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP TRAQUEAL N°12
ATROPINA	□	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	SONDA ASP TRAQUEAL N°14
BENTRA	□	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP TRAQUEAL N°16
CEFAZOLINA	□	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 LONGA
FEEDRINA	□	COLET URINA FECHADO	SONDA URETRAL N°
FI ROSENDA	□	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA
GLICOSE 5%	□	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TI BO ENDOTRAQUEAL N°
GLICONATO DE CALCIO	□	DRENO DE PENROSE	TI BO ENDOTRAQUEAL N°
HIDROCORTISONA	□	DRENO DE SICCÃO	TI BO ENDOTRAQUEAL N°
LIDOCAINA GELEIA	□	ELETRODOS	TI BO ENDOTRAQUEAL N°
ONDASENTRONA	□	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)
PLASIL	□	EQUIPO TRANSF SANGUE	
PROSTIGMINE	□	EQUIPO MICROGOTAS	
PROTAMINA	□	ESPOJAS DE PVP	FIOS
TENOXICAN	□	ESPARADRAPO	QTD.
	GAZES	□	
	GAZES ALGODDADAS	□	FIO ALGODÃO S/A
	GEL ELETROLÍTICO	OK	FIO ALGODÃO C/A
	JELCO N°14	Seusca	COMPRESSA SEGUROSS EPIFVIDENCIAS S/A
	JELCO N°16		
TMI cirúrgico - Haste Müller Int 5,0 01 " " " Acetabulo Bipartita 41x22 05 " " " Esfera sento Int 22mm 01			06 DEZ. 2010
ROTODOL AA. JOAO P. C. A.			MICROSCOPIO
CIRCUITANTE			ESTIMETRO DE PULSO
CIRCUITANTE			IT. A. ROTODOL NÃO IN ASI
CIRCUITANTE			ROTADOL ELETTRICO
CIRCUITANTE			SERRA
CIRCUITANTE			FRANG
CIRCUITANTE			Alm. tec. CO

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/04/18

PRONTUÁRIO:



01

PACIENTE: MARIA JOSÉ GOMES ANDRIM SEXO: F COR: PAMPA IDADE: 86 A

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 20 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA PESO 65 GRUPO SANGUÍNEO
 ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSÍMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSÍMO

EXAMES COMPLEMENTARES CHACATES (Cervicais)

AP. RESPIRATÓRIO CUPAGICA

AP. CIRCULATÓRIO ESTABIL

AP. DIGESTIVO TUTUM

ESTADO MENTAL CONSCIENTE

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)
ASA II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRAT. CÂNECA DE FÍMUR E.

CIRURGIA REALIZADA ARTROPLASTIA QUADRIL

CIRURGIAO Dr. STANTIC AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 08:30h TÉRMINO DA ANESTESIA 11:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA 3h00m 00s

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

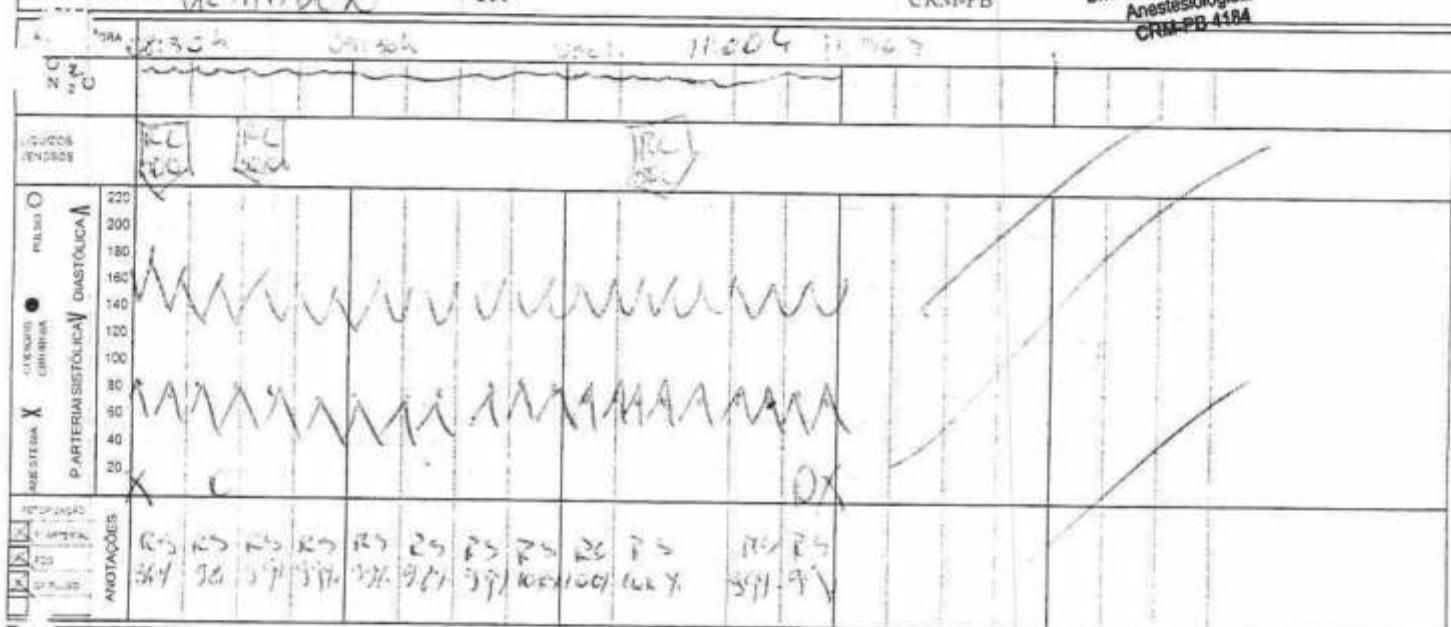
QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA Dr. ADRIANO

CPF

CRM-PB

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM-PB 4184

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOC PLEXO BLOC NERVOS OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

USO		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
ANESTÉSICO	• GEMFENOTÁTICA	1. PIL-PIVALACAL 100 mg - 05g - 15g - 11	
ANESTÉSICO	X PARAFENIDOLICA	2. ALERGINA - 10mg	12
ANESTÉSICO	X MIDAZOLAM - 0,05g	3. GEPHENOLINA - 0,1g	13
ANESTÉSICO	X MIDAZOLAM - 0,05g	4. MIDAZOLAM - 0,05g	14
ANESTÉSICO	X MIDAZOLAM - 0,05g	5. GLADNA SETRECAT - 0,3g	15
ANESTÉSICO	X MIDAZOLAM - 0,05g	6. MIDAZOLAM - 0,05g	16
ANESTÉSICO	X MIDAZOLAM - 0,05g	7. DITILAN - 0,3g	17
ANESTÉSICO	X MIDAZOLAM - 0,05g	8.	18
ANESTÉSICO	X MIDAZOLAM - 0,05g	9.	19
ANESTÉSICO	X MIDAZOLAM - 0,05g	10.	20

COMPREV
SEGURUS E PREVIDÊNCIA S.A.

06 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESPACHOS IMPARTE

Este paciente é portador de lesão óssea de nível cervical com instabilidade e instabilidade articular cervical, ligada à instabilidade da articulação atlantoaxial.

ASSINATURA DO ANESTESESTA

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM-PB 4184

F. (N) ASCIR.026-1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N
N° 43445

GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso em
MARTINS L
Em: 28/07/2018

S. AMORSE	Nome do paciente	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saida
36	Ademar Martins da Silva	27/07/2018 21:33:58	

2020-07-28 10:23:23 - 29/07/2018 10:23:23

Atividade:
Atendendo.

Atendendo paciente com suspeita de infarto agudo de miocárdio. No momento sem queixas.

Assinatura: ADÉMAR MARTINS DA SILVA

Número Conselho: 2271

Ademar Martins da Silva
Cardiologista
CRM-PB 2271

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

PatientID:	000000070038	Sex:	Feminino
PatientName:	MARIA JOSE GOMES AMORIM	BirthDate:	21.05.1932
		Age:	86a.



OMPREV
image:1 Series:
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
HTOP

06 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO

Nº. 1450/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO 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 ás 18h46min, vitima 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, data 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


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ORGÃO DE DIA

TC EVIDÊNCIA	FRAUDE
IMPACTADA	DO QUADRIL

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ESQUERDO (SUBCAPITAL)

OP: ENCAMINHO AO HOSPITAL DO
TRAUMA, SEGUNDO PAGUAMENTO

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

*Rx de todo ferir. P
S.T. - AP*

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistência	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

Assinatura do Paciente/Responsável

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
Recepção: MARIA HELENA R. ALEXA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA JOSE GOMES AMORIM
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 FARIA GOMES E SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: APOSENTADO

INFORMACOES DE ENTRADA

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

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
[] Vomito			

Queixa Principal

VITIMA DE ATROPELAMENTO, COM TRAUMA EM MIE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Observacao	27/07/18
-------------------------------------	----------

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Dr. as inf. d. Secur. feli.
Existe atropelamento

Diagnóstico

Conduta

Paciente com dor em quadril

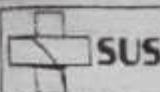
Prescrição

Horário da medicação

Exames após exame de olho
não tem exames de
peito nem na

DR. EDSON D. TINOCO
ORTOPEDISTA E RAUMATOLÓGICO
CLÍNICA D'AMÉRICO E MICROCHIRURGIA
CEP 55020-7352

ESTAMPA FACE ABAIXO E REGISTRO SUBSIDIÁRIO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fis.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

Edinaldo TONI FERDINAND

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc.

Fem.

8 - RACIOCÓRIO

9 - NOME DA MÃE

999

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

999

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

Frantografia

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Edinaldo Tonni Britto Ferreira Gomes E

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Frantografia para avaliação e tratamento da fratura

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/08/18

43 - DOCUMENTO

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

I - CNS

I - CPF

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

Q

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

I - CNS

I - CPF

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

I - CNS

I - CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

2018

S/A

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

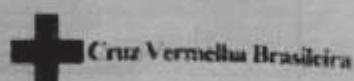
Documento de Alta

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 FÉMUR DIA 27/07. FOI SUBMETIDO A ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL ESQUERDO REALIZADA POR DR SANTINO DIA 01/08/18. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS			
Resultado de Exames: EXAME FÍSICO E RX			
Tratamento: ARTROPLASTIA DE QUADRIL ESQUERDO			
Diagnóstico: S72.0 - Fratura do colo do fêmur			
Recomendações: RETORNO EM AMBULATORIO DO HTOP DIA 10/08/18 COM DR SANTINO NO HTOP			

Data: 03/08/2018

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 5183/RN
DOUTOR VICTOR LINHAES LUGUINHO
CRM 10894/PB

COMPREY
COMPREV SEGURAS E FINANCIAS
tg. L.EZ. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

DADOS GERAIS

Marcação da agenda 03/08/2018 08:59:56	Convênio SUS
Nome do paciente MARIA JOSE GOMES AMORIM	Data de Nascimento 21/05/1932
Dados do agendamento	
Data e Hora 10/08/2018 07:00:00	Recurso HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Procedimento	Especialidade ORTOPEDIA
Observações	Profissional ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Exame	



PatientID: 000000070038
PatientName: MARIA JOSE GOMES AMORIM

Sex: Feminino
BirthDate: 21.05.1932
Age: 86a

StudyDate: 10.08.2017



Image: 1 Series: 1

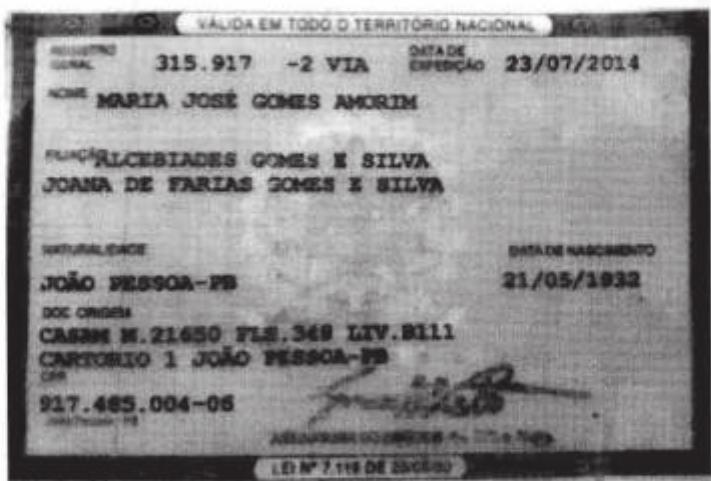
COMPRA DE REFERÊNCIA /
AG. JOÃO PESSOA

2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HTOP

Scanned by CamScanner



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

Valorização 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:

A handwritten signature in blue ink that reads "Fernanda Cardoso Guerra 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÉMUR 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA JOSE GOMES AMORIM

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA JOSE GOMES AMORIM

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA