

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11373742

A/C: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170397805 ASL-0272597/17
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Data Acidente: 11/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2017

Carta nº: 11403096

A/C: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170397805 ASL-0272597/17
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Data Acidente: 11/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta nº: 11508664

A/C: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170397805 ASL-0272597/17
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Data Acidente: 11/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DIANA GUEDES ALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **0000097529-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170397805 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do 5º metacarpo da mão direita

Resultados terapêuticos: Submetido à tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO P



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 04984207546

EXPEDIDO POR DETRAN - PB

EM 28/08/14

CPF 083585024-24 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou

E RENDA MENSAL DE R\$ REUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DIANA GUEDES ALVES DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta vinculada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 97529-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 16 de Junho de 2017

LOCAL E DATA

x Diana Guedes Alves da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 00256.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00256.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:02 horas do dia 07 de fevereiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu Diana Guedes Alves da Silva, CNH nº 04984202546, CPF nº 083.585.024-27, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Operadora de Caixa, filho(a) de Maria Inez Luiz da Silva Guedes e Antonio José de Oliveira Guedes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/09/1989 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Soares Madruga Nº 111, complemento CASA, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Na Rua da Agência da Caixa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-3406.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Virginio Veloso Borges, Nas Proximidades da Receita Federal, Santa Rita/PB, bairro Tibiri Fábrica;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/09/16 11:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE vinha de carona numa moto tipo HONDA NXR 150 BROS KS, de placa Nº OEX 2048/PB, chassi Nº 9C2KD0560BR107277, de cor vermelha, ano/modelo 2011/2011, em nome de LUCAS ALVES, do Bairro Tibiri II em direção ao centro de Santa Rita/PB; QUE nas proximidades da Receita Federal, um cachorro atravessou a rua e o condutor da moto não conseguiu desviar do animal, vindo a cair; QUE a comunicante foi socorrida pelo SAMU para o Hospital da Hapvida, na cidade de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticada com CID 10 S62 (tratamento cirúrgico do 5 metacarpo), conforme Laudo Médico do hospital assinado pelo médico Dr LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES, CRM/PB 4290; QUE posteriormente, a comunicante foi submetida novamente a tratamento cirúrgico no dia 25/01/2017, quando foi diagnosticada com CID 10 S63 (4º dedo em martelo crônico da mão direita), conforme Relatório Médico assinado pela médica Dra. ANDREA H. NASRALA, CRM 10.582

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

Santa Rita/PB, 07 de fevereiro de 2017.



Diana Guedes A. da Silva
DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00256.01.2017.1.05.006



Eu, DIANA GUEDES ALVES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 04984202546 e inscrito no CPF/MF sob o nº 083.585.024-27, residente e domiciliado na RUA DEP. SOARES MADEIRA, N.º 111, TIBIRI, Cidade SANTA RITA, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

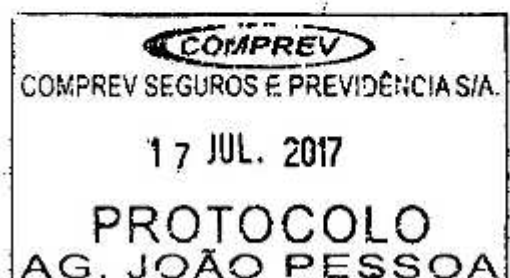
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Diana Guedes Alves da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 16 de Junho de 2017

Local e data





**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

(ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - AMU)
DECLARATÓRIO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 611/002, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1419537, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **DIANA GUEDES ALVES DA SILVA** idade 27 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Moto x Animal)** no dia 11/09/2016, na Av. Principal de Tibiri, Bairro: Tibiri Fabrica - Santa Rita - aproximadamente às 11:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital HAPVIDA.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Novembro de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Este Istipo
CREM 10/17

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
17 JUL. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



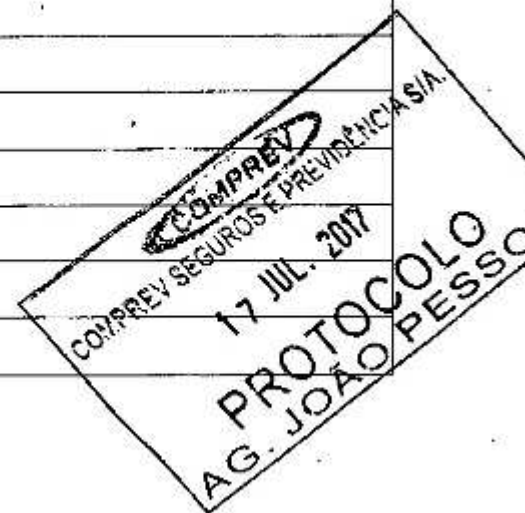
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DIANA GUEDES ALVES DA SILVARG nº 04984202546, data de expedição 28 / 02 / 14, Órgão DETRAN - PB

CPF nº 083.585.024-27, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DEPUTADO SOARES MADRUGA</u>
Número	<u>111</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TIBIRI</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.308-355</u>
Telefone de Contato	<u>83 98630-1130</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São Paulo, 16 de Junho de 2017Assinatura do Declarante: X Diana Guedes A. Silva

MARIA INEZ LUIZ DA SILVA
RUA DEF SOARES MACRUGA, 111 - TIPIRI
SANTARITA/PR CEP: 82260-000 (AG 1)

Consumo Subsc. RESIDENCIAL, BAIXA RENDIMENTO FÍSICO B/230, Km 25, Creta Redentor, João Pessoa/PB, CEP 58071-58
Folha 12 - 5 - 577 - 2800 Referência Jan/2017
CPF 0000057976 Emissão 19/01/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Código de Acesso: 0800 083 0196
CNPJ 08 086 183/0001-40 Ins. Est. 16.015.029

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 872 7
Código de Acesso Automático: 000013318

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 54153980-8

Jan / 2017

Apresentação

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura

16/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

44711724-5

JRSC, CCLL

Faturas em atraso

Anterior Atual Constante Consumo Data

2/12/16 7979 19/01/17 8358 1 77 2

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14905	4,47
Consumo - 31 a 100kWh-BR	47	0,25552	12,01
Subsídio			12,01
ICMS			12,01
PIS			0,7
COFINS			2,1

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS
CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA 0,0
Distribuição Subsídio -17

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	72
Nov/16	55
Out/16	74
Set/16	53
Ago/16	63
Jul/16	64
Jun/16	60
Mai/16	60
Abr/16	41
Mar/16	35
Fev/16	62
Jan/16	102

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R)
ICMS	48,99	25,00	12,25
PIS	40,68	1,5000	0,50
COFINS	48,99	4,5000	2,20

VENCIMENTO 26/01/2017 TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses

77

26/01/2017

R\$ 32,05

3162 e29a.0756.ee60.5034.fec1.8cc6.8d74

Indicadores de Qualidade 11/2016 Santa Rita

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
FC MENSAL	5,79	0,03
FC TRIMESTRAL	11,59	
FC ANUAL	23,19	
FC MENSAL	5,55	0,03
FC TRIMESTRAL	11,10	
FC ANUAL	22,20	
DMC	5,37	0,00
DMC	12,72	

Descrição	Valor (R\$)
Benefícios de Out. de Energia PS	8,18
Compensação de Energia	1,32
Serviço de Transmissão	3,47
Encargos Sociais	2,58
Impostos Out. de Energia	15,58
Outros Serviços	0,03
Total	32,06

Valor do FUSO (Ref. 11/2016) R\$ 10,05

ATENÇÃO

Seu valor de desconto sobre Bônus Renda, tendo um desconto de R\$ 17,43

IMPRESSO
COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



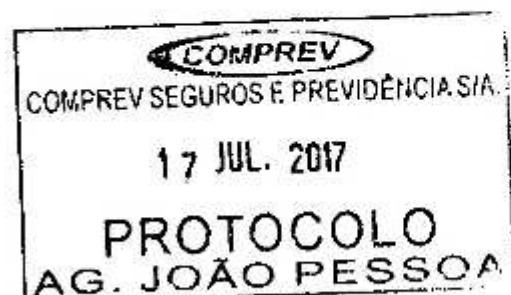
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUCAS ALVESRG nº 0623726651, data de expedição 22/07/16,Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 1700-180.554.86, com domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA DEPUTADO SOARES MADRUGA, nº 111,complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DIANA GUEDES ALVES DA SILVA, cujo o condutor era LUCAS ALVES.Veículo: HONDA BROS 150Modelo: NXR KSAno: 2011Placa: OEX 2048 - PBChassi: 9C2K005608R107277Data do Acidente: 11/09/2016Local e Data: João Pessoa, 16 de Junho de 2017

Assinatura do Declarante



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





ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13921744	DIANA GUEDES ALVES DA SILVA	F	30/09/1989	26
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
3246506 SSPPB PB	8358502427			1-CASADO
Endereço				
R R MONSENHOR S PIRES FERREIRA 0 MUNICIPIOS SANTA RITA-PB CEP:58303360				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987483406		MARIA INEZ LUIZ DA SILVA GUEDES		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
11/09/2016	16:16		
Médico Atendente		Clínica	
2466287 RAFAEL LARA DE FREITAS		5-ORTOPEDICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
2466287 RAFAEL LARA DE FREITAS		5 PQA (CENTRO CIRURGICO)	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
81038000176002019		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1628116	99996666	C17311682	INTERNAÇÃO:
1628116	48020192	C17311682	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO



REMESSA
110735

CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGICA DE JOÃO PESSOA LTDA

MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

Nome: Diana Guadalupe Alvarado Silva Registro: 38251778 CONVÊNIO: Haprid
 Tipo de Cirurgia: Encl. de Schump Cirurgião: DR. Rafael Lou
 I^a Auxiliar: PP. Soub Tipo de Anestesia: Bloc.
 Instrumentador(a): PP. Soub Início: Término: Duração:

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.
Adrenalina (amp)	32737		Nitrogênio (amp)	148772	
Agua Destilada (amp) 10ML	34290	04	Oclotex (amp) (Orasina)	111537	
Agua Destilada 1000ml	34382		Paracetamol (amp)	12515	
Atropina (amp)	35181		Plasil (amp)	30581	
Axol de Metileno	31763		Procton	30589	
Buscopan Composto (amp)	36064		Propofol (amp)	30542	
Daxopaz simples (amp)	36161		Procton (amp)	31100	
Benzetan 1700 III	30487		Quelid	31150	
Dupivacola (isotônica) (Neoc.)	48185		Quelid	31144	
Dupivacola Posada (Neoc.)	48194		Ramoxolol 25 mg (amp)	31193	
Cefalotina 1G (Keflin)	42090		Serona 250mg 250ml	12280	04
Cefazolina 1G (Kefzol)	42015	01	Soro fisiológico 500ml	3240	
Ceftriaxona 1G (Rocefin)	43400		Soro fisiológico 1000 ml	31788	
Complexo B (amp)	38490		Soro fisiológico 500 ml	43800	01
Decadron (amp) 15MG	36811		Soro fisiológico 250ml	43766	
Diazepam (amp)	33075		Soro fisiológico 250 ml	38600	
Dimorf (amp)	118473		Soro fisiológico 500 ml	43844	
Dipirona (amp)	33006	02	Soro fisiológico 500ml	110785	
Dolantina (amp)	39985		Tiludil 10mg 100mg (amp)	44415	02
Dormonid 5mg (amp)	40045		Tiludil 10mg 20mg (amp)	44415	
Dormonid 15mg (amp)	40037		Tramadol 100mg	44415	
Dramin B6 (amp) 61 2ml	40088		Tramadol 50mg	44415	
Dramin B6 DL 10ml	126122		Ureia 20%	11072	
Etidrina	119185		Ureia 20%	11072	
Etidril (amp)	40142		Vitaminas	11072	
Fenegan 50 mg (amp)	49263		Vitaminas	11072	
Fenegan 15 mg (amp)	49100		Vitaminas	11072	
Fenamil (amp) 3ML	134823		Vitaminas	11072	
Fenamil (amp) 5ML	145416		Vitaminas	11072	
Furosemina 20 mg/ 2ml	36722		Vitaminas	11072	
Furosemina 40 mg/ 2ml	36730		Vitaminas	11072	
Gentamicina (amp) 80mg/2ml	77400		Vitaminas	11072	
Gentamicina (amp) 40mg/ml	75094		Vitaminas	11072	
Glicose 50% (amp)	48503		Vitaminas	11072	
Glicose 25% (amp)	48585		Vitaminas	11072	
Hidrocortisona 100 mg (amp)	36790		Vitaminas	11072	
Hidrocortisona 500 mg (amp)	36412		Vitaminas	11072	
Hidrazina	135144		Vitaminas	11072	
Insulina Regular	41602		Vitaminas	11072	
Insulina NPH (frasco)	41530		Vitaminas	11072	
Levodopa 0,5% C/V (Novab.)	134164	01	Vitaminas	11072	
Levodopa 0,5% S/V (Novab.)	134165		Vitaminas	11072	
Lidocaina 2% C/Vaso 20ml	45231		Vitaminas	11072	
Lidocaina 2% Gelatin	45717		Vitaminas	11072	
Lidocaina 2% S/Vaso 20ml	45250	01	Vitaminas	11072	
Lidocaina 2% SPRAY	45268		Vitaminas	11072	
Midazolam 15mg/ml	40077		Vitaminas	11072	
Midazolam 50mg/ml	40052	01	Vitaminas	11072	
Misoprostol Comp	105980		Vitaminas	11072	
Nascedron (amp) 4mg	149848	01	Vitaminas	11072	
Nascedron (amp) 4mg	118995		Vitaminas	11072	

Materiais	Cód.	Q.	Materiais(Fios)	Cód.	Q.
Compressa cirurgica	36182	02	Fio de Algodão Agulhado 2-0	143167	
Compressa de gaze	143505	03	Fio de Algodão Agulhado 3-0	118338	
Compressa de Zonas	41200	01	Fio de Algodão Agulhado 4-0	118066	
Compressa de Zonas	26005		Fio de Algodão Agulhado 0	25900	
Compressa Descartável	27010	02	Fio de Algodão Agulhado 2-0	25917	
Fio de Algodão Agulhado	27081	01	Fio de Algodão Agulhado 3-0	25925	
Fio de Algodão Agulhado	27085		Fio Catgut Cromado 2-0	25992	
Fio de Algodão Agulhado	50907	01	Fio Catgut Cromado 3-0	26000	
Fio de Algodão Agulhado	25534		Fio Catgut Cromado 4-0	26026	
Fio de Algodão Agulhado	25563		Fio Catgut Cromado 5-0	26018	
Fio de Algodão Agulhado	124124		Fio Catgut Simples 2-0	55344	
Fio de Algodão Agulhado	30851	06	Fio Catgut Simples 3-0	25950	
Fio de Algodão Agulhado	26072		Fio Catgut Simples 4-0	25968	
Fio de Algodão Agulhado	50954		Fio Catgut Simples 5-0	25970	
Fio de Algodão Agulhado	50629		Fio Ethibond 0	7576	
Fio de Algodão Agulhado	118979		Fio Ethibond 2-0	8506	
Fio de Algodão Agulhado	52640		Fio Ethibond 3-0	8507	
Fio de Algodão Agulhado	105113	01	Fio Ethibond 4-0	8508	
Fio de Algodão Agulhado	119206		Fio Kirschner	318	
Fio de Algodão Agulhado	30651		Fio Monocryl N° 0	319	
Fio de Algodão Agulhado	30660	02	Fio Monocryl N° 1	319	
Fio de Algodão Agulhado	30675		Fio Monocryl N° 2	319	
Fio de Algodão Agulhado	30688		Fio Monocryl N° 3	319	
Fio de Algodão Agulhado	30723		Fio Monocryl N° 4	319	
Fio de Algodão Agulhado	30822	06	Fio Monocryl N° 5	319	
Fio de Algodão Agulhado	41004		Fio Monocryl N° 6	319	
Fio de Algodão Agulhado	40828	06	Fio Monocryl N° 7	319	
Fio de Algodão Agulhado	42170		Fio Monocryl N° 8	319	
Fio de Algodão Agulhado	42260		Fio Monocryl N° 9	319	
Fio de Algodão Agulhado	30848	01	Fio Monocryl N° 10	319	
Fio de Algodão Agulhado	30856	01	Fio Monocryl N° 11	319	
Fio de Algodão Agulhado	30864	01	Fio Monocryl N° 12	319	
Fio de Algodão Agulhado	30872	02	Fio Monocryl N° 13	319	
Fio de Algodão Agulhado	30927		Fio Monocryl N° 14	319	
Fio de Algodão Agulhado	30945		Fio Monocryl N° 15	319	
Fio de Algodão Agulhado	30953		Fio Monocryl N° 16	319	
Fio de Algodão Agulhado	30961		Fio Monocryl N° 17	319	
Fio de Algodão Agulhado	30970		Fio Monocryl N° 18	319	
Fio de Algodão Agulhado	30978		Fio Monocryl N° 19	319	
Fio de Algodão Agulhado	30986		Fio Monocryl N° 20	319	
Fio de Algodão Agulhado	31201		Fio Monocryl N° 21	319	
Fio de Algodão Agulhado	31321		Fio Monocryl N° 22	319	
Fio de Algodão Agulhado	31330		Fio Monocryl N° 23	319	
Fio de Algodão Agulhado	30821		Fio Monocryl N° 24	319	
Fio de Algodão Agulhado	142150	01	Fio Monocryl N° 25	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 26	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 27	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 28	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 29	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 30	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 31	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 32	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 33	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 34	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 35	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 36	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 37	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 38	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 39	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 40	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 41	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 42	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 43	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 44	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 45	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 46	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 47	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 48	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 49	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 50	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 51	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 52	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 53	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 54	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 55	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 56	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 57	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 58	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 59	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 60	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 61	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 62	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 63	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 64	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 65	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 66	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 67	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 68	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 69	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 70	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 71	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 72	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 73	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 74	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 75	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 76	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 77	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 78	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 79	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 80	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 81	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 82	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 83	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 84	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 85	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 86	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 87	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 88	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 89	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 90	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 91	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 92	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 93	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 94	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 95	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 96	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 97	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 98	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 99	319	
Fio de Algodão Agulhado			Fio Monocryl N° 100	319	

Taxa/Equipamentos

Amorçador
 Bisturi Elétrico
 Bomba de Infusão
 Bisturi Anestésico
 Intensificador Imagem
 Monitor
 Oxímetro Pulso
 Oxímetro Nasal
 Freio de Mão
 Ventilador Elétrico

Intensificador
 Oxímetro Pulso
 Oxímetro Nasal
 Freio de Mão
 Ventilador Elétrico

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO 1ANDAR - HGJP

Leito: 1A-107/1

13/09/2016

Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Atendimento: 38251778

Prontuário: 13921744

Convênio: HAPVIDA JOA

Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 8784

Nº: 06438147

11/09/2016

às 16:45

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

Diagnóstico Cirúrgico

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

11/09/2016

Hora Da Cirurgia

16:47

Cirurgia

OSTEOSSINTESE COM FIO K + DESBRIDAMENTO CIRURGICO

Cirurgião

DR RAFAEL LARA

Anestesiista

DR SAULO

Descrição Cirúrgica

1- ANESTESIA
2 - ANTISEPSIA + ASSEPSIA
3 - COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO
4 - INCISÃO LONGITUDINAL
5- REDUÇÃO DE FRATURA DO 5º METACARPOE FIXAÇÃO COM 01 FIO DE KIRCHNER Nº 1,5, REALIZADO CONTROLE COM USO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM.
6-SUTURA + CURATIVO
7-TALA GESSADA TIPO GARRAFA

FICHA DE ANESTESIA

Nome: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Data: 11/07/2011

Idade: 26A

Peso: ~60kg

Sexo: F (X)

Prontuário:

Convênio: HAB-VIA

Diagnóstico: PRAT. EX. VSTO S. METROPO (D)

Cirurgia: PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S

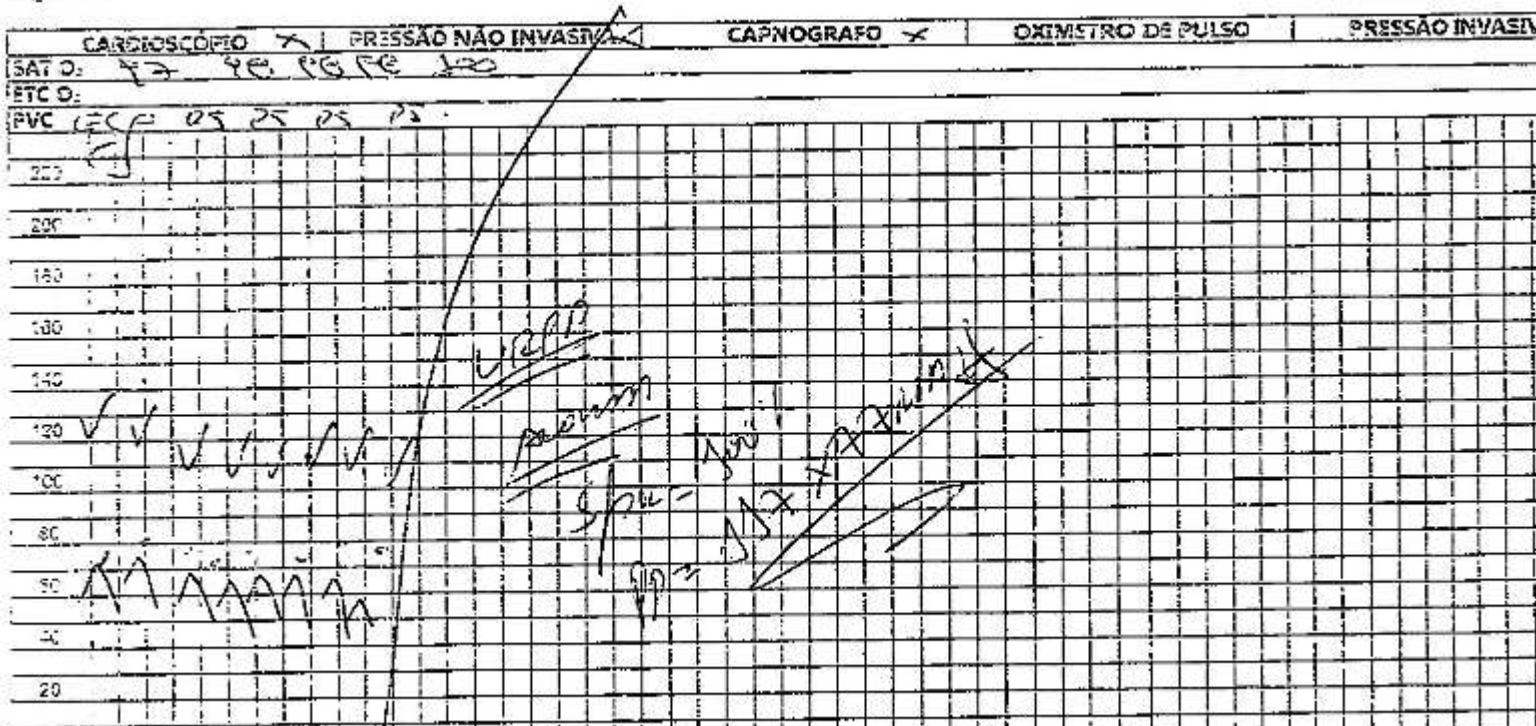
Cirurgião: Dr. R. P. R. L. (P.R.A.)

ASA: 1E

19:30 - 19:00

PRAT. EX. VSTO S. METROPO (D)

3. ROPA	
3. G	
3. AC	
3. A	
3. S	
3. L	
3. Q	
3. LÍQUIDOS	



	DROGAS	EVENTO
1	<u>PRAT. EX. VSTO S. METROPO (D)</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
2	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
3	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
4	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
5	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
6	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
7	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
8	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
9	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
10	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
11	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
12	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
13	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
14	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
15	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
16	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
17	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>
18	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>	<u>PRAT. EX. PRAT. EX. Anestesia: Bl. fluído ex. Plano (F) S</u>

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Naso	Sonda
					Respiração:	Espon.	Assist.	
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:		Local da Punção:	
					Agulha:		Técnica:	
					Início:		Final:	
					Duração:			

Condição final op:

Intervenções per. op: SEM INTERVENÇÃO

Ass. Anestesiologista - CRM

77

PACIENTE

Nome do Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Codigo Paciente 87038000178002

Plano: Individual () Empresa (X) Qual Empresa: CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS

Filial Prestador: JOAO PESSOA Empresa Custo Operacional ? Sim () Nao (X)

Prestador Solicitante: CLIN ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332538919

Medico Solicitante: RAFAEL LARA DE FREITAS Telefone: 8335069945

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Codigo AMB/CBHPM: 48020192 Senha: C17311682 Tipo Liberacao Procediment: NORMAL

Cirurgia ou procedimento: FRATURA DE FALANGES OU METACARPANOS: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO

Urgencia (X) Eletivo ()

Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt Autorizacao	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacao GNHAP	Dt Internacao
11/09/2016	11/09/2016	12/09/2016	12/09/2016	
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador GNHAP	
GEENIGNO	VROSARIO	JMARCELZ	ALINEAV	
Dt Informacao Paciente			Qdt Dias	Situacao
11/09/2016			2	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO

USUARIO COM COBERTURA OPMEs

Codigo	Descricao	Tip	Fornecedor	Qtd	VL DOU	VL Fornecedor	VL GNHAP	Tx Com	Autoriz	Tip Lib
99832032	FIO DE KIRSCHNER	ME	PRESTADOR	2	13.00	13.00	13.00	35.00	SIM	NR
99832695	ANCORA	ME	PRESTADOR		197.60	197.60			NAO	
99832720	PLACA FM 12.7 INCLUI PARAFUSOS	S	PRESTADOR		131.36	131.36			NAO	
99832721	PLACA LM 12.7 MM INCLUI PARAFUSOS	S	PRESTADOR		131.36	131.36			NAO	
99832722	PLACA SEMI TUBULAR 2.7 INCLUI PARAFUSOS	S	PRESTADOR		146.64	146.64			NAO	
99832765	PARAFUSO CANULADO 3.5 MM	S	PRESTADOR		116.02	116.02			NAO	
99832766	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESS	S	PRESTADOR		120.00	120.00			NAO	
99832592	PARAFUSO CANULADO MINI	S	PRESTADOR		257.29	257.29			NAO	
99832594	PARAFUSO CORTICAL 2.0 MM	S	PRESTADOR		15.34	15.34			NAO	
99832895	PARAFUSO CORTICAL 2.7 MM	S	PRESTADOR		16.94	16.94			NAO	
99832913	MINIFRATOR EXTERNO	S	PRESTADOR		366.62	366.62			NAO	

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

11/379



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
11/09/2016 10:15 PM

Nº Prescrição: 10635692 Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA Prontuário: 13921744 Data: 11/09/2016 Hora: 22:02
Atendimento: 38251778 Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJP Leito: 1A-109/1 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

2 - REALIZAR/REGISTRANDO

SINAIS VITAIS- TEMPERATURA	10:00	36.6 %	12/09	01:00	36.4 %	12/09	07:00	36.2 %
SSVV - PRESSÃO ARTERIAL	19:00	12/09	01:00	110X70	12/09	07:00	110X70	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

11/09/2016 20:00	PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR PROCEDENTE DO BLOCO CIRURGICO EM POI-DE- FRATURA DE FALANGE MÃO DIRETA CONSCIENTE E ORIENTADA EM HVP SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	ELIANE COSTA FERR
11/09/2016 21:00	PACIENTE ACEITOU A DIETA OFERECIDA	ELIANE COSTA FERR
12/09/2016 00:00	PACIENTE MEDICADA CPM E AFERIDO SSVV SEM INTERCORRENCIAS	ELIANE COSTA FERR
12/09/2016 02:00	PACIENTE SEM QUEIXAS	ELIANE COSTA FERR
12/09/2016 06:00	PACIENTE SEGUE MEDICADA CPM SEGUE SEM INTERCORRENCIAS SEGUE NO SORO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	ELIANE COSTA FERR

PROFISSIONAIS

ELIANE COSTA FERRO MOREIRA (COREN 251914)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJP

Leito: 1A-109/1

11/09/2016 2

Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Atendimento: 38251778

Prontuário: 13921744

Convênio: HAPDA JOAO

Profissional(is): YORDAN GOMES DE AMORIM COREN 239461 Nº: 06440932 11/09/2016 às 21:50

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Descrição

PACIENTE EVOLUI EM EGB, NO POI DE FRATURA DE FALANGE DE MSD, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL, FO OCLUSIVA COM FIXADOR, DIETA VO, DIURESE ESPONTÂNEA, MEDICADA CPM, SONO E REPOUSO PRESERVADO, SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ALTA PELA MANHÃ 12-09.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Cateter Para Diálise

Sim

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE



HOSPITAL
PARAÍBA

ANAMNESE MÉDICA

Atesto, para os devidos fins, que o(a) Sr(a) DIANA GUEDES ALVES DA SILVA compareceu à Emergência deste Hospital no dia 11/09/2016 e apresentou trauma de alta energia.

MT; COLISÃO MOTO X CACHORRO

DE: 11/09/2016 10:40HS

TRAUMA NO JOELHO DIRIETO, MÃO E COTOVELO DIR

HPP: ATENDIDO EM VIA PÚBLICA PELO SAMU

BOM ESTADO GERAL. DOR + LIMITAÇÃO NÃO

EF: EDEMA ACENTUADO

ADM AUSENTE

NEUROVASCULAR PRESERVADO

ESCORIAÇÕES E FÊMIMENTO MÃO E JOELHO

RX: FRATURA DO COLO DO 5 MTC 70 GRAUS

HD: FRATURA EXPOSTA DO 5 MTC

CD: INTERNO PARA TTO CIRURGICO + EXAMES + ORIENTAÇÃO + PRESCRIÇÃO

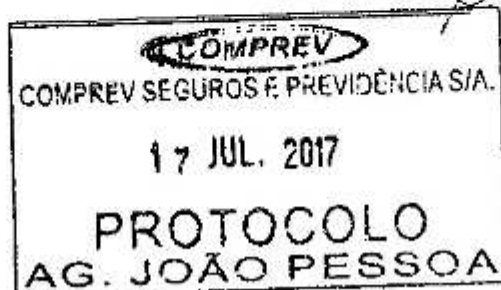
SOLICITO

30722411 – TTO CIRURGICO DE FRATURA DE FALANGE

CID: S626

JP 11/09/2016

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693





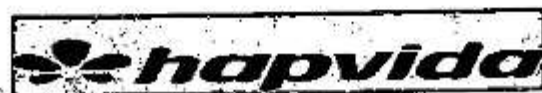
RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para fins trabalhistas, que a paciente Diana Guedes Alves da Silva, sofreu acidente de moto no dia 11/09/2016. Apresenta diagnóstico de 4º dedo em martelo crônico da mão direita e foi submetida à tratamento cirúrgico no 25/01/2017 e se encontra imobilizada por 6 semanas e em seguimento ambulatorial.

CID: S63

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2017.

Dra. Andrea H. Nasrala
Ortopedia e Traumatologia
CRM 102880-01 - 13/7/15





LAUDO MÉDICO

Declaro, para fins trabalhistas, que o(a) Sr(a) Diana Guedes Alves da Silva, sofreu acidente de moto no dia 11/09/2016. Apresenta diagnóstico de 4º dedo em martelo crônico e fratura do 5º MTC mão direita. Foi submetida à tratamento cirúrgico de ambos diagnósticos. Apresenta déficit de flexão do 5º dedo e em uso de órtese no 4º dedo por 3 semanas. Está em seguimento ambulatorial e reabilitação fisioterápica.

CID: S63 / S62

João Pessoa, 04 de abril de 2017.

Dr. Antônio H. Nasralla
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.582 TEOR - 13/45



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

NOME
 DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIFICAD. ORG. EMISSOR UF
 3246506 SP

DATA NASCIMENTO
 083.585.024-27 30/09/1989

FENÔTICO
 ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA GUEDES
 MARIA INEZ LUIZ DA SILVA GUEDES

REGISTRO
 04984202546

VALIDADE
 24/03/2019

1ª HABITACAO
 14/07/2010

VALOR EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 971763311

FOTOGRAFIA

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 28/08/2014

58900134014
 PB028321197

FIM DO DOCUMENTO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

17 JUL 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3010911989

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Diana Guedes Alves da Silva

DATA DO ACIDENTE 11/09/2016 CPF DA VÍTIMA 083.585.024-27

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Deputado Soares Machado

Nº 111 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Tuburá. Município

CIDADE Santa Rita UF RS CEP 58303-355

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: Declaração do Proprietário

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) SAMU

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS, FARMACÉUTICAS, HOSPITALARES, OUTRAS, RECEITAS E NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DE RECEITO DE RECEPÇÃO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/07/2017

IDENTIDADE 3246506

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170397805 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º metacarpo direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame vítima apresenta dor à movimentação, déficit da mobilidade da mão direita, limitação dos movimentos de flexão do 5º quirodáctilo direito, 4º quirodáctilo em martelo crônico.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixação com fio de kirschner.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão direita

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **DIANA GUEDES ALVES DA SILVA** Sinistro: **3170397805** Data: **11/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Deputado Soares Madruga, 111 - TIBIRI - Santa Rita - PB - CEP 58303-355**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3246506**

Data local do exame: [**03/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta do 5º metacarpo direito. Ao exame vítima apresenta dor à movimentação, déficit da mobilidade da mão direita, limitação dos movimentos de flexão do 5º quirodáctilo direito, 4º quirodáctilo em martelo crônico.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com fixação com fio de kirschner.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional da mão direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Mão direita

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB