



Número: **0844558-46.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR)	PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)
MAPFRE (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36627 040	13/11/2020 10:44	2763875_CONTESTACAO_Anexo_02



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, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272631

Vítima: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01479/01480 - carta_01 - INVALIDEZ



00020740

Carta nº 15995192



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 690.090.304-25 4 - Nome completo da vítima: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos	6 - CPF: 690.090.304-25		
7 - Profissão: Vigilante	8 - Endereço: Rua Justino Jose Diniz	9 - Número: 132	10 - Complemento: —
11 - Bairro: Portal Tijucu	12 - Cidade: Santa Rita	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): (83) 99856-5088	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: 1033 CONTA: 61989 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velas/nossos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou Ente carinhoso não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data: Janaína - 24/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 052147.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 052147.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettown Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 15:35 min do dia 27/07/2020, na Delegacia Online, **Jesus Nazareno Ferreira dos Santos**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Vigilante, natural de Pombal, nascido(a) em 05/06/1969, idade 51, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Ivonete Ferreira dos Santos e José Abílio Pereira dos Santos, CPF 690.040.304-25, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Juvino José Diniz, nº 132, complemento Casa, bairro Portal Tibiri, na cidade de Santa Rita/PB. CEP: 58300000, telefone(s) (83) 9 96007905, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 13/07/2019 22:22h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Nas proximidades do UNIPÊ, saindo da BR para entrar nos Bancários., Bancários, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTICIANTE, noticiou que sofreu um acidente de moto (MOTO X MOTO), no dia: 13/07/2020 por volta das 22:22 horas no endereço acima mencionado, o mesmo relata que estava CONDUZINDO a moto YAMAHA/XYZ 250 TENERE, ANO/MOD.: 2015/2016, COR: BRANCA, PLACA: QFG6788/PB, CHASSI: 9C6KG0570G0001790, DE PROPRIEDADE: JOSÉ ABÍLIO PEREIRA DOS SANTOS, CPF: 206.198.984-53. O mesmo relata que estava vindo do trabalho para pegar a sua esposa no trabalho (CARREFOUR DOS BANCÁRIOS), ao passar enfrente ao UNIPÊ da Br, tem uma entrada para os Bancários, sendo que a mão era sua e ao entrar, foi surpreendido por um CONDUTOR e MOTO não identificados, sem respeitar a sinalização, com isso não teve condições de desviar e evitar o choque, perdendo o controle da moto e vindo a cair ao SOLO, pessoas que passavam ao local, correram para socorrer e ligaram imediatamente para o SAMU, que ao chegar fizeram os primeiros atendimentos e me encaminharam para o HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA (HAPVIDA), pois eu tinha plano, dando entrada nesta unidade no mesmo dia , por volta das 23:43 horas, sendo recebido por médicos plantonistas e que ao passar por avaliação, fui DIAGNOSTICADO: FRATURA DO PÉ ESQUERDO, CID - 10: S92.3, de onde optei por fazer tratamento conservador, devido o meu trabalho, fiquei sendo avaliado e vindo a receber alta pelo Dr. Nilvan da Silva Linhares, CRM - 5044/PB.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 052147.01.2020.0.00.704 1/2

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131044054100000034963909>
Número do documento: 2011131044054100000034963909

Num. 36627040 - Pág. 3

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Jesus Nazareno
Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

352C31D1704DB49B46F4AADF17590E3C

Código de Controle

Ferreiro dos Santos

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 052147.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131044054100000034963909>
Número do documento: 2011131044054100000034963909

Num. 36627040 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 690.090.304-25 4 - Nome completo da vítima: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos	6 - CPF: 690.090.304-25		
7 - Profissão: Vigilante	8 - Endereço: Rua Justino Jose Diniz	9 - Número: 132	10 - Complemento: —
11 - Bairro: Portal Tiltur	12 - Cidade: Santa Rita	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): (83) 99856-5088	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: 1033

CONTA: 61989

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data: João Pessoa - 24/10/2020

* Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000061284-1

Nr. da Autenticação A2310EE8730C5D78



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 6

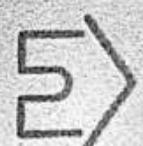
JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

RUA JUVINIO JOSE LINHA 132 - PORTAL TIBIRI
SANTARITA/PB CEP: 58300000(AJ 1)

CPF/CNPJ/RAM: 690 040 304-25

Grupo CONVENCIONAL BANCA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe RES MTC B1/Subclasse RESIDENCIAL
LIGAÇÃO MONOFÁSICO
Roteiro 18-9-341-3520 N° Medidor 00008745635

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTÔMICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017564527



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1756452-7

VALOR DA FATURA



R\$ 149,66

VENCIMENTO



05/06/2020

REFERÊNCIA



Mai / 2020

CONSUMO

5.50 kWh
MÉDIA DIÁRIA



165kWh



Policlínica Jaguaribe

A Polyclínica de Sua Família

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia

Jesus no Jardim da Serra
1106

Paciente SUELIO TORRES
CIVI: 193.2 no PMS.
Término da evolução, com ex-
cesso sanguíneo e urina.
Sintoma é edema da estase.
Diáfragma de dor, crural-
e intercostal, ósthar-
ma intucístico, inti-
ma flexível direcionado em
uso calçado.

24
07
20



* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel:(83) 3612.1000



15A10015-40
-10PESSOA



hapvida
Faz bem pra você

LAV D = MÉDICO

Atesto pelo os devidos

fez que o paciente,
Jesus Nazareno fermeira
dos Santos vitória de

Audiência notícias ta

ta quadrante E

sete dias tem um

sentido do que cito:

Fonte: "Do que cito:

(592-3), que Filho

com dor persistente

com perda de peso -

desenvolvimentos de

ECC férias de forma

de vírgem Gesus.

J. Nilvan da Silva Linhares
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 5044 - 033.005044-7

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094

ESQUEVER
Hapvida saude @Hapvidesaude www.hapvida.com.br

30/08/15

Digitalizado com CamScanner





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



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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 909/010, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2500143, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS idade 50 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 13/07/2019, na BR 230, nas proximidades da UNIPÉ, Bairro: Bancários - João Pessoa - aproximadamente às 22:22 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Setembro de 2019.

Alisson Monte
SAME-SAMU 192
Matr. 629235

ALISSON DA SILVA MONTE

Matrícula: 62923-5

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 10



HOSPITAL GERAL
DA PARAÍBA

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

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
60550930

!_Z,A"

29/08/2020 14:29:30

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
16019781	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS		M	05/06/1969	51
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
	69004030425			1-CASADO	
Endereço					
R JOSE BONIFACIO,153 - NOVAES, JOAO PESSOA(PB)					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
98879 0020					

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
1822 HAPVIDA JOAO PESSOA	1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57109000249034019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-REC EMG - HGP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
13/07/2019	24:43		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente	Clinica		
2153459-NILVAN LINHARES	TRAUMATOLOGIA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

Digitalizado com CamScanner



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:33

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Di. Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 60550930	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/15	
Profissional(is): ALINE DE OLIVEIRA NUNES COREN 1301953 [1]	Nº: 41375834	14/07/2019	às 00:15

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim	[1]
---	-----	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 00:15, EM 14/07/2019 POR ALINE DE OLIVEIRA NUNES, COREN/PB 1301953.	[1]
	PROFENID IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 00:15, EM 14/07/2019 POR ALINE DE OLIVEIRA NUNES, COREN/PB 1301953.	[1]
	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 00:15, EM 14/07/2019 POR ALINE DE OLIVEIRA NUNES, COREN/PB 1301953.	

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal	-	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-	[1]
Queda Adulto (Morse)	-	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	-	[1]
Flebite	-	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	[1]



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:35

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Id. Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 60550930	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/15	
Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1]	Nº: 41375244	13/07/2019	às 23:43

ANAMNESE

Queixa Principal	DOR NO TORMOZELA E APOS TRAUMA HA 2 HORAS AO EXAME FISICO ; PRESENÇA DE EDEMA DO TORMOZELA E . SOLICITO RX DO TORMOZELA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	DOR NO TORMOZELA E APOS TRAUMA HA 2 HORAS AO EXAME FISICO ; PRESENÇA DE EDEMA DO TORMOZELA E . SOLICITO RX DO TORMOZELA	[1]
---------------	---	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]
CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

29/06/2020 14:36

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 60692029 Prontuário: 16019781

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/14

Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1] Nº: 41621097 19/07/2019 às 13:18

ANAMNESE

Queixa Principal	DOR NO TORNOZELO E HA 06 DIAS APÓS ACIDENTE DE MOTO QUE ESTA COM DOR E EDMA DO TORNOZELO E SOLICITO RX DO TONZELO E	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]
CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

Digitalizado com CamScanner

41263517

1

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número de documento: 20111310440541000000034963909

Nº 36627040 - Pág. 15

Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SPI/SADET Nº 4126517

Registo Ativo

NIS nº: 0

J-Nº Guia Principal

4126517

Prontidão Ativa

Prontidão Ativa

1 - Registo Ativo
2 - NIS nº: 0
3 - Nº Guia Principal
4 - Nº Guia da Operadora
5 - Data da Autorização
6 - Sessão
7 - Data de Validade da Sessão
8 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira

5710000249040019

10 - Plano

PLANO EMPRESA APARTAMENTO

11 - Validade da Carteira

12 - Nome

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

13 - Número do Cartão Nacional de Saúde

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

1206126708844

15 - Nome do Contratado

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

16 - Código CBO

2207939

17 - Nome do Profissional SocioSaúde

NILVAN LINHARES

18 - Datas da Solicitação

22 - Consulta ou Exame

23 - Caráter da Solicitação

U - E - Elisa U - Urgência/Emergência

24 - CID 10

S903

25 - Indicação Clínica

26 - Tabela

27 - Código do Procedimento

00010071

052300023

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

69260574468

32 - Nome do Contratado

NILVAN LINHARES

33 - T. Log

14-25-N Logotipo - Numero - Complemento

43 - Nome do Profissional Especializado/Complementar

44 - Número no Conselho

CRM

5044

45 - UF

PB

46 - Código CBO

5

47 - Tipo de Ajustamento

01 - Remendo

02 - Pequena Cirurgia

03 - Tensão

04 - Consulta

05 - Exame

06 - Ajustamento Domiciliar

07 - TRS - Terapia Respiratória

08 - Quimioterapia

09 - Radioterapia

10 - TRS - Terapia Respiratória

CONSULTA REFERENCIAL

50 - Tipo de Doença

A - Aguda

B - Crônica

C - Crônica

51 - Tempo de Doença

A - Anos

M - Meses

D - Dias

52 - Guia

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Código do Processamento

56 - Código do Pronto-Socorro

57 - Guia

58 - Via

59 - Tec:

60 - % Rad / Acróstico

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

AGÊNCIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL SERVICO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT N°

卷之三

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
p://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/list/View.seam?x=2011131044054100000034963909
Número do documento: 2011131044054100000034963909

Num. 36627040 - Pág. 17

Digitalizado com CamScanner

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:30

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 60692029	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/14
Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1]	Nº: 41621097	19/07/2019 às 13:18

ANAMNESE

Queixa Principal	DOR NO TORNOZELO E HA 06 DIAS APÓS ACIDENTE DE MOTO QUE ESTA COM DOR E EDMA DO TORNOZELO E SOLICITO RX DO TONOZELO E	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	S903 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S903 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]
CID10	S903 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

Digitalizado com CamScanner



41358595
SUA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA / SPI/SAUT N°

10

1

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número de documento: 20111310440541000000034963909

Núm. 36627040 - Pág. 19

E
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc. 05/06/1969
Nº Prescrição: 22892139 19/07/2019 às 13:23
Atendimento: 60692029
Convênio: HAPVIDA JOÃO PESSOA Prontuário: 16019781
Posto: POSTO EMERGÊNCIA ADULTO Peso:
kg
1.CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h

Profissionais:



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:33

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 60857733	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/5
Profissional(is): ALEXANDRE YUKIO NISHIMI CRM 10730 [1] NILVAN LINHARES CRM 5044 [2]	Nº: 41926074	26/07/2019 às 12:51

ANAMNESE

Queixa Principal	REFERE ACOMPANHAR COM DR NILVAN, REFERE QUE RETORNA PARA FAZER RX E SER REAVALIADO RX	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S890 TRAUMATISMOS MULTIPLOS DA PERNAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	REFERE ACOMPANHAR COM DR NILVAN, REFERE QUE RETORNA PARA FAZER RX E SER REAVALIADO RX	[2]
DIAGNÓSTICO		

CID10	S890 TRAUMATISMOS MULTIPLOS DA PERNAS	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

29/06/2020 15:33

UTRA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 60857733 Prontuário: 16019781

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 118215/5

Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1]

Nº: 41927785 26/07/2019 às 13:31

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE COM TRAUMA DA Perna E TORNOCOLO E APOS
ACIDENTE DE MOTO HA 14 DIAS SOLICITO RX DO PE E
TORNOCOLO E

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR
MUSCULOESQUELÉTICA

[1]

CID10

S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO
ESPECIFICADAS DO PE

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO
ESPECIFICADAS DO PE

[1]

CID10

S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO
ESPECIFICADAS DO PE

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
 Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 22

REGULAMENTO DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVÍCIO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº

41476148

41476148

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número de documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 Pág. 23

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:34

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 60857733	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/5
Profissional(is): MAYRA CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA COREN 1403604 [1]	Nº: 41929720	26/07/2019 às 14:16

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim	[1]
---	-----	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDAMENTO 1 REALIZADO AS 14:16, EM 26/07/2019 POR MAYRA CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA, COREN/PB 1403604.	[1]
	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 14:17, EM 26/07/2019 POR MAYRA CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA, COREN/PB 1403604.	

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal		[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)		[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)		[1]
Queda Adulto (Morse)		[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)		[1]
Flebite		[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico		[1]

Digitalizado com CamScanner

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>

Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 24

E
PREScrição MÉDICA



Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc. 05/06/1969
Nº Prescrição: 22994136 26/07/2019 às 13:29 Atendimento: 60857733
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Prontuário: 16019781
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Peso:
Leito: 118215/5 kg

1. SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDA 24/24h

2. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h

Profissionais:

29/06/2020

http://10.1.32.206:8888/forms90/forms90temp/VISUPRESC_JMLINS_rp1541_29062020153508.html



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:36

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 61186999 Prontuário: 16019781

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/15

Professional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1] Nº: 42540613 09/08/2019 às 13:31

ANAMNESE

Queixa Principal dor no tornozelo e apos trauma ha 30 dias [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA [1]

CID10 S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral dor no tornozelo e apos trauma ha 30 dias [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

CID10 S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Digitalizado com CamScanner

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVÍCIO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

P/SADT N° 41714809

versão:

ANS n.º 0

Registo Ans

41714809

Próximo

Próx.

Anterior

Ant.

Digitalizado com CamScanner



ALTA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:37

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 61186999 Prontuário: 16019781

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/15

Profissional(is): DANIEL CONSERVA ARRUDA CRM 11134 [1] Nº: 42556221 09/06/2019 às 19:40

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente Sim [1]

Alta do Paciente Sim [1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta 09/06/2019 [1]

Hora Da Alta 19:40 [1]

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 29



PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc. 05/06/1969 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 23200554 Leito: 118224/15	09/08/2019 às 14:05 Atendimento: 61186999 Pontuário: 16019781 Peso: kg
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO		
1.CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h
2. Alta em: 09/08/2019 apartir de 19:40	ALTA AMBULATORIAL NORMAL	
Alta dada por: NILVAN LINHARES		
Profissionais:		



Digitalizado com CamScanner



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:39

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 61690825	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /
Profissional(is): MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES CRM 9456 [1]	Nº: 43500107	30/08/2019 às 13:11
ANAMNESE		
Queixa Principal	PACIENTE DE DR NILVAN	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S900 CONTUSAO DO TORMOZELA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S900 CONTUSAO DO TORMOZELA	[1]
CID10	S900 CONTUSAO DO TORMOZELA	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 32

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:40

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 62527716 Prontuário: 16019781

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118215/9

Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 8784 [1] Nº: 45082269 04/10/2019 às 19:55

ANAMNESE

Queixa Principal

MT: QUEDA
DT: 04/11/19
TRAUMA NO JOELHO DIR E E ESQ
REFERE DOR + LIMITAÇÃO
EF: AUSENCIA DE CREPTAÇÃO
MOBILIZA ATIVAMENTE

[1]

HD: CONTUSÃO ? FRATURA?
CD: ORIENTAÇÃO + PRESCRIÇÃO RX

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 33

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVÍCIO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SAUT N° 42691795

Registado

1 - Registro Ata ANS n° 0	5 - Nº Guia Profissional 42691795	Prioridade Ativa	4 - Nº Guia da Operação	5 - Data da Autorização	6 - Série	7 - Data da Utilização da Série	8 - Data de Encerramento da Guia
DADOS DO BENEFICIÁRIO							
9 - Número da Carteira 57109000249034019	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO		11 - Validade da Carteira		12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS		
14 - Código na Operadora CRM/CFF 12361267008944	15 - Nome do Cognome ULTRA SOM SERV MED SA - HGP				13 - Número do Cartão Nacional de Saúde 2399389		
17 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS					16 - Código CRM S 8784		
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS							
22 - Descrição da Solicitação	23 - Carter da Solicitação U - Entra U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 SB00	25 - Início Clínica	29 - Outra Série	30 - Outra Ativa		
26 - Tabelas	27 - Código do Procedimento 00010071 32940067	28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RAIOX JOELHO A.P. - LATERAL	29 - Logradouro - Número - Complemento	31 - Município	32 - UF	33 - CEP	41-Código CNES
3 -	3 -	4 -	30 - Logradouro - Número - Complemento	34 - Município	35 - UF	36 - CEP	40-Código CNES
4 -	4 -	5 -	31 - Município	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	42-Código CNES
5 -			32 - Município	39 - Município	40 - UF	41 - Cód. IBGE	
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE							
31 - Código na Operadora CRM/CFF 12361267008944	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP	33 - T. Log	34-36-38 Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. IBGE	40-CEP
41 - Código na Operadora CRM/CFF do Exec. Complementar 96325143604	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar RAFAEL LARA DE FREITAS	43 - Crédito Profissional GRM	44 - Número no Conselho 8784	45 - UF	46 - Código CRM S	47 - Grau de Parceria	
DADOS DO ATENDIMENTO							
47 - Tipo de Atendimento 07 - SAUT Internado	02 - Pequena Cirurgia 06 - Quimioterapia	03 - Terapêutica 04 - Consulta	05 - Exame 06 - Atenção Domiciliar	48 - Indicação do Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trauma	49 - Tipo de Santa 2 - Outras	1 - Resumo	2 - Resumo SAUT
CONSULTA REFERENCIAL							
50 - Tipo de Doença	A - Aguda	C - Crônica	51 - Tempo de Doença	A - Anos	M - Meses	D - Dias	
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS							
52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Fisio	56 - Código do Procedimento	57 - Odia	58 - Via	59 - Tec
1 -	1 -	1 -	1 -	00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1 -	1 -	60 - % Ref / Acréscimo
2 -	2 -	2 -	2 -	32940067 RAIOX JOELHO A.P. -	1 -	1 -	61 - Valor Unitário - R\$
					1 -	1 -	62 - Valor Total - R\$
					1 -	1 -	0,00
63 - Data e Assinatura do Profissional em Série							
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -
64 - Observação							
65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguel - R\$	67 - Total Material - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Dívidas - R\$	70 - Total Obras Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$	
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	
65 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização							
29/06/2020			66 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Data e Assinatura do Responsável pelo Auto	68 - Data e Assinatura do Responsável	69 - Data e Assinatura do Responsável	
R3100ANS 1-20	JOSE MARIA LINS JUNIOR		29/06/2020 15:40	10.132.256			

Digitalizado com CamScanner

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:40

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 62527716 Prontuário: 16019781

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118215/9

Profissional(is): GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO COREN 783734 [1] Nº: 45084009 04/10/2019 às 20:49

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem Sim [1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE CETOPROFENO IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 20:49, EM 04/10/2019 POR GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO, COREN/PB 783734. [1]

DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 20:49, EM 04/10/2019 POR GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO, COREN/PB 783734.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal - [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) - [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) - [1]

Queda Adulto (Morse) - [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) - [1]

Flebite - [1]

Tromboembolismo Venoso Clínico - [1]

Digitalizado com CamScanner



PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc. 05/06/1969 Convenio:HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Nº Prescrição: 24052730 Leito: 18215/9	04/10/2019 às 20:39	Atendimento: 62527716 Prontuário: 16019781 Peso: kg
1.DIPIRONA AMP (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg 18 ml	2 ML (AMPL C/ 500ML)bra EV	
2.CETOPROFENO IV (100,00mg) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg 100 ml	1 FRAP(IFRAP C/ 100ML)bra EV	

Profissionais: CRM-8784 RAFAEL LARA DE FREITAS



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 2

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 87032924	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Lefto: /
Professional(is): DANIL CABRAL DOMINGUES CRM 12782 [1]	Nº: 54916716	01/06/2020 11:28

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM QUEIXA DE FEBRE, DIARREIA, DISPNEIA, TOSSE E INAPETÊNCIA HA +- 07 DIAS NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA COMORBIDADES	[1]
	BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO AR: MV+ EM AHT SEM SINAIS DE DESCONFORTO RESPIRATORIO, SAT O2 96%	
CD:	<ul style="list-style-type: none"> - PRESCREVO SINTOMATICOS + IVERMECTINA - ORIENTO ISOLAMENTO - ATESTADO 07 DIAS - ORIENTO RETORNO SE PIORA 	
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	9 IVAS / COVID 19	[1]
CID10	J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	[1]
CID10	J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo:
H009: IVAS / COVID 19 v105

Passos Executados:

1) Auxilio Conduta: Síndrome respiratória aguda grave?

Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Data de criação: 01/06/2020 14:36

Data de execução: 01/06/2020 14:36

Última modificação: 01/06/2020 14:36

Executado: True

Re-executado: Não

2) Receita: [Entre 30 e 60 anos e sem comorbidades] Receita

Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Data de criação: 01/06/2020 14:36

Data de execução: 01/06/2020 14:37

Última modificação: 01/06/2020 14:37

Executado: True

Re-executado: Não

3) Auxilio Conduta: [Identificar idade do paciente]

Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Data de criação: 01/06/2020 14:36

Data de execução: 01/06/2020 14:36

Última modificação: 01/06/2020 14:36

Executado: True

Re-executado: Não

Digitalizado com CamScanner

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 2 de 2

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 67032924 Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Leito: /

4) Auxílio Conduta: [Entre 30 e 60 anos] COVID sem gravidade 1
Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
Data de criação: 01/06/2020 14:36
Data de execução: 01/06/2020 14:36
Última modificação: 01/06/2020 14:36
Executado: True
Re-executado: Não

5) Tratamento: [Entre 30 e 60 anos e sem comorbidades] Conduta
Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
Data de criação: 01/06/2020 14:36
Data de execução: 01/06/2020 14:36
Última modificação: 01/06/2020 14:36
Executado: True
Re-executado: Não

6) Informação: [Entre 30 e 60 anos e sem comorbidades] IMPRIMIR
PARA O PACIENTE ==>
Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
Data de criação: 01/06/2020 14:37
Data de execução: 01/06/2020 14:37
Última modificação: 01/06/2020 14:37
Executado: True
Re-executado: Não

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131044054100000034963909>
Número do documento: 2011131044054100000034963909

Num. 36627040 - Pág. 38

ALTA

Página 1 de 1

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 67032924	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Lelto: /	
Profissional(is): DANILO CABRAL DOMINGUES CRM 12782 [1]		Nº: 54917410	01/06/2020 às 11:45
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		[1]
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	01/06/2020		[1]
Hora Da Alta	11:45		[1]

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 39

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:50

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 67170092	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito:	/
Profissional(is): PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA CRM 13132 [1]	Nº: 55260319	12/06/2020	às 08:50

ANAMNESE	
Quelxa Principal	RETORNO. PRIMEIRO ATENDIMENTO EM 01/06/20 - REALIZOU TTO COM PROTOCOLO COVID IVERMECTINA+PREDNISONA- 17º DIA DO INICIO DOS SINTOMASRELATA MELHORA SUBSTANCIAL DO QUADRO, SEM QUEIXAS ATUAIS. VEM AO SERVIÇO PARA SER LIBERADO PARA ATIVIDADES LABORAIS. [1]
Quelxa Principal	
Diagnóstico Inicial	80 ADMINISTRATIVO GERAL [1]
CID10	Z02 EXAME MEDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS [1]
Alergias	Não [1]
Medicação Em Uso	Não [1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não [1]
Comorbidades	Não [1]
EXAME FÍSICO	
Nível De Consciencia	0 [1]
Resposta Motora	6 [1]
Resposta Verbal	5 [1]
DIAGNÓSTICO	
CID10	Z02 EXAME MEDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS [1]
CID10	Z02 EXAME MEDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS [1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	
RESUMO DO PROTOCOLO	
Resumo de Protocolo	<p>Protocolo: H079: [Administrativo Geral] v8</p> <p>Passos Executados:</p> <p>1) Auxilio Conduta: Seleção do protocolo Criado por: PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA Executado por: PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA Data de criação: 12/06/2020 11:54 Data de execução: 12/06/2020 11:54 Última modificação: 12/06/2020 11:54 Executado: True Re-executado: Não</p> <p>2) Informação: Atestado médico Criado por: PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA Executado por: PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA Data de criação: 12/06/2020 11:54 Data de execução: 12/06/2020 11:54 Última modificação: 12/06/2020 11:54 Executado: True Re-executado: Não</p>

Digitalizado com CamScanner

ALTA

Pagina 1 de 1

29/06/2020 15:50

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 67170092 Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Leito: /

Professional(is): PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA CRM 13132 [1] Nº: 55260502 12/06/2020 às 08:56

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente Sim [1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta 12/06/2020 [1]

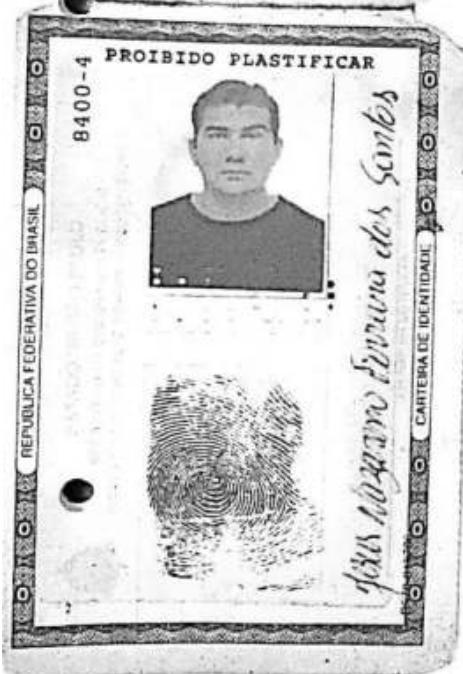
Hora Da Alta 08:56 [1]

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 41



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 42



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERO DA INSTRUCOES PÚBLICAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO
AGÊNCIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

NOME: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS
DOC EXPIRAÇÃO: 05/06/1999
357112817 SP
CPF: 690.040.304-25 DATA NASCIMENTO: 05/06/1969
MUNICÍPIO: JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS
IVONETE FERREIRA DOS SANTOS
PERÍODO: ACC CATNAR AB
NP. PROJETO: 00660863022 ALTADE: 09/09/2024 1ª HABILITAÇÃO: 07/10/1992

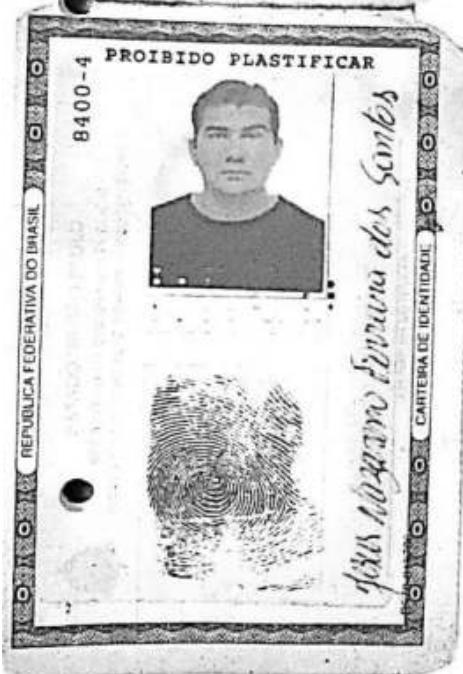
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838629816

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838629816

ARMARINHA DO PORTUGAL
JOAO PESSOA, PB 10/09/2019
Assinatura: 
47522667125
PB039635163

PARAÍBA

Jesus Nazareno F Santos



Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE
DETAN - PB N° 013748031334
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA PRT 20170001351364-0
COD. RENAVAM BNTRC EXERCÍCIO
1 0105938145-0 00/00000000 2017
NOME
JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS
CPF / CNPJ
20619898453 PLACA
QFG6788/PB
PLACA ANT. UF CHASSI
NOVO PB 9G6KG0570Q0001790
ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA / GASOLINA

K12250 TENERE 2015 2016
CAR / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/249 /CI PARTIC BRANCA
COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS
I 00/00/0000 1º
P
V
A FAIXA I.PVA PARCELAMENTO / COTAS 2º
*** * * * * 0 3º
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** * * * * SEGURO OBRIGATÓRIO 06/09/2017
OBSERVAÇÕES
A.F. BCO PANAMERICANO SA BRIGATORIO
NÃO VAI PARA TRANSFERÊNCIA
LOCAL DATA
JOAO PESSOA 15/09/2017
31921 1553

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909
Número do documento: 20111310440541000000034963909

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272631 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MEDICA. (P1/2/17/19/25/30)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272631 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MEDICA. (P1/2/17/19/25/30)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214069/20

Vítima: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTO

CPF: 690.040.304-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS : 690.040.304-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/07/2020
Nome: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 690.040.304-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310440541000000034963909>
Número do documento: 20111310440541000000034963909

Num. 36627040 - Pág. 47