



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	Tipo
36627 040	13/11/2020 10:44	2763875_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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,

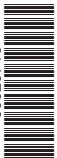
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15995192

Pag. 01479/01480 - carta_01 - INVALIDEZ

00020740





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: 690.040.304-25 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos 6 - CPF: 690.040.304-25
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua Fernando José Diniz 9 - Número: 332 10 - Complemento:
11 - Bairro: Portal Tilavi 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 15 - Tel (DDD): 83 99811-5088

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 4033

CONTA: 61289

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - 24/07/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner



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 Bettowen 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



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.

x Jesus Nazareno
Jesus Nazareno Ferreira dos Santos
Ferreiro dos Santos

352C31D1704DB49B46F4AADF17590E3C

Código de Controle



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





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:

690.040.304-25

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 Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

6 - CPF:

690.040.304-25

7 - Profissão:

Vigilante

8 - Endereço:

Rua Firmino Jose Diniz

9 - Número:

332

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Portal Tilavi

12 - Cidade:

Santa Rita

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58300-000

15 - E-mail:

8399811-5088

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ 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:

4033

CONTA:

61289

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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 IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder 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)

☐ Divorçado

☐ 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?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - 24/07/2020

Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner



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



JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS
RUA JUVINO JOSE DINIZ, 132 - PORTAL TIBIRI
SANTA RITA / PB CEP 58300000 (AG 1)

CPF/CNPJ/RANI: 690 040 304-25

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 18-9-341-3520 Nº Medidor 00008745635



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1756452-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017564527



VALOR DA FATURA

R\$ 149,66



REFERÊNCIA

Mai / 2020



VENCIMENTO

05/06/2020



CONSUMO

165kWh

5,50 kWh
MÉDIA DIÁRIA



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 Nazareno Ferreira dos Santos
21/06

Paciente portador de
cálculo TG3.2 no tríp.
2º LU esquerdo, com re-
clusão da glândula e uretra,
sem evidência de estase
de final de dia, claudica-
ção intermitente, dor
na montanha, inter-
ferindo diretamente em
sua usabilidade.

DR. DJALMA BENTO JUNIOR
CRM - 3874
TRAUMATOLOGIA E MEDICINA DO TRABALHO

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

Digitalizado com CamScanner



754/0015-40
Pessoa



LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos

fiéis que o paciente,
JESUS NAZARENO FERREIRA
dos Santos vítima de

Acidente noturna

há QUARENTA E

sete dias teve uma

fratura do pé direito:

(S 92.3), que ficou

com dor residual

limitar as suas

movimentações de flexão-
extensão do tornozelo

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

ESQUELETO DE VÍCTIMO GÊNECO,
30/08/15

Dr. Nilvan da Silva Linhares
CRM: 5044 - 033.000.005044-4
Ortopedia e Traumatologia

hapvida.saude @hapvidasaude

www.hapvida.com.br





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
João Pessoa - PB

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 UNIPÊ, 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 da 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





FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
60550930

!_Z,A"

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

29/08/2020 14:29:30

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16019781	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	M	05/05/1969	51
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	59004030425		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

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

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]
Fiebite	-	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	[1]



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:35

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): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1]	Nº: 41375244	13/07/2019	às 23:43

ANAMNESE

Queixa Principal	DOR NO TORNOZELO E APOS TRAUMA HA 2 HORAS AO EXAME FISICO ; PRESENÇA DE EDEMA DO TORNOZELO E . SOLICITO RX DO TORNOZELO	[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 TORNOZELO E APOS TRAUMA HA 2 HORAS AO EXAME FISICO ; PRESENÇA DE EDEMA DO TORNOZELO E . SOLICITO RX DO TORNOZELO	[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 CLÍNICA

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:36

Paciente:	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Di. 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 APOS ACIDENTE DE MOTO QUE ESTA COM DOR E EDMA DO TORNOZELO E SOLICITO RX DO TORNOZELO E						[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]
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							



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT Nº 41263517

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41263517	Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Semha	7 - Data de Validade da Semha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO	
9 - Número da Carteira 57169000249034019	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE	
11 - Código na Operadora/CPF 12361267008844	12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS
13 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES	14 - Nome de Consultado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP
15 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES	16 - Código CHES 2399989
17 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES	18 - Conselho Profissional CRM
19 - Número no Conselho 5044	20 - UF PB
21 - Código CBO 5	22 - Data/Hora da Solicitação
23 - Cadeia de Solicitação U - E - Elvira U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S903
25 - Indicação Clínica	26 - Data/Hora da Solicitação
27 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	28 - Data/Hora da Solicitação
29 - Data/Hora da Solicitação	30 - Data Autor.

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS	
31 - Código na Operadora/CPF	32 - Nome do Contratado
33 - T. Log	34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento
36 - Nome do Profissional Executante/Complementar NILVAN LINHARES	37 - Município
38 - UF	39 - Cód. IBGE
40 - CEP	41 - Código CHES
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar NILVAN LINHARES	43 - Conselho Profissional CRM
44 - Número no Conselho 5044	45 - UF PB
46 - Código CBO 5	47 - Data/Hora da Solicitação
48 - Indicação de Acidente 1 - Trabalho 2 - Outros	49 - Tipo de Saida
50 - Tipo de Saida	51 - Razão
52 - Tipo de Saida	53 - Razão
54 - Tipo de Saida	55 - Razão
56 - Tipo de Saida	57 - Razão
58 - Tipo de Saida	59 - Razão
60 - Tipo de Saida	61 - Razão
62 - Tipo de Saida	63 - Razão
64 - Tipo de Saida	65 - Razão
66 - Tipo de Saida	67 - Razão
68 - Tipo de Saida	69 - Razão
70 - Tipo de Saida	71 - Razão
72 - Tipo de Saida	73 - Razão
74 - Tipo de Saida	75 - Razão
76 - Tipo de Saida	77 - Razão
78 - Tipo de Saida	79 - Razão
80 - Tipo de Saida	81 - Razão
82 - Tipo de Saida	83 - Razão
84 - Tipo de Saida	85 - Razão
86 - Tipo de Saida	87 - Razão
88 - Tipo de Saida	89 - Razão
90 - Tipo de Saida	91 - Razão
92 - Tipo de Saida	93 - Razão
94 - Tipo de Saida	95 - Razão
96 - Tipo de Saida	97 - Razão
98 - Tipo de Saida	99 - Razão
100 - Tipo de Saida	101 - Razão
102 - Tipo de Saida	103 - Razão
104 - Tipo de Saida	105 - Razão
106 - Tipo de Saida	107 - Razão
108 - Tipo de Saida	109 - Razão
110 - Tipo de Saida	111 - Razão
112 - Tipo de Saida	113 - Razão
114 - Tipo de Saida	115 - Razão
116 - Tipo de Saida	117 - Razão
118 - Tipo de Saida	119 - Razão
120 - Tipo de Saida	121 - Razão
122 - Tipo de Saida	123 - Razão
124 - Tipo de Saida	125 - Razão
126 - Tipo de Saida	127 - Razão
128 - Tipo de Saida	129 - Razão
130 - Tipo de Saida	131 - Razão
132 - Tipo de Saida	133 - Razão
134 - Tipo de Saida	135 - Razão
136 - Tipo de Saida	137 - Razão
138 - Tipo de Saida	139 - Razão
140 - Tipo de Saida	141 - Razão
142 - Tipo de Saida	143 - Razão
144 - Tipo de Saida	145 - Razão
146 - Tipo de Saida	147 - Razão
148 - Tipo de Saida	149 - Razão
150 - Tipo de Saida	151 - Razão
152 - Tipo de Saida	153 - Razão
154 - Tipo de Saida	155 - Razão
156 - Tipo de Saida	157 - Razão
158 - Tipo de Saida	159 - Razão
160 - Tipo de Saida	161 - Razão
162 - Tipo de Saida	163 - Razão
164 - Tipo de Saida	165 - Razão
166 - Tipo de Saida	167 - Razão
168 - Tipo de Saida	169 - Razão
170 - Tipo de Saida	171 - Razão
172 - Tipo de Saida	173 - Razão
174 - Tipo de Saida	175 - Razão
176 - Tipo de Saida	177 - Razão
178 - Tipo de Saida	179 - Razão
180 - Tipo de Saida	181 - Razão
182 - Tipo de Saida	183 - Razão
184 - Tipo de Saida	185 - Razão
186 - Tipo de Saida	187 - Razão
188 - Tipo de Saida	189 - Razão
190 - Tipo de Saida	191 - Razão
192 - Tipo de Saida	193 - Razão
194 - Tipo de Saida	195 - Razão
196 - Tipo de Saida	197 - Razão
198 - Tipo de Saida	199 - Razão
200 - Tipo de Saida	201 - Razão
202 - Tipo de Saida	203 - Razão
204 - Tipo de Saida	205 - Razão
206 - Tipo de Saida	207 - Razão
208 - Tipo de Saida	209 - Razão
210 - Tipo de Saida	211 - Razão
212 - Tipo de Saida	213 - Razão
214 - Tipo de Saida	215 - Razão
216 - Tipo de Saida	217 - Razão
218 - Tipo de Saida	219 - Razão
220 - Tipo de Saida	221 - Razão
222 - Tipo de Saida	223 - Razão
224 - Tipo de Saida	225 - Razão
226 - Tipo de Saida	227 - Razão
228 - Tipo de Saida	229 - Razão
230 - Tipo de Saida	231 - Razão
232 - Tipo de Saida	233 - Razão
234 - Tipo de Saida	235 - Razão
236 - Tipo de Saida	237 - Razão
238 - Tipo de Saida	239 - Razão
240 - Tipo de Saida	241 - Razão
242 - Tipo de Saida	243 - Razão
244 - Tipo de Saida	245 - Razão
246 - Tipo de Saida	247 - Razão
248 - Tipo de Saida	249 - Razão
250 - Tipo de Saida	251 - Razão
252 - Tipo de Saida	253 - Razão
254 - Tipo de Saida	255 - Razão
256 - Tipo de Saida	257 - Razão
258 - Tipo de Saida	259 - Razão
260 - Tipo de Saida	261 - Razão
262 - Tipo de Saida	263 - Razão
264 - Tipo de Saida	265 - Razão
266 - Tipo de Saida	267 - Razão
268 - Tipo de Saida	269 - Razão
270 - Tipo de Saida	271 - Razão
272 - Tipo de Saida	273 - Razão
274 - Tipo de Saida	275 - Razão
276 - Tipo de Saida	277 - Razão
278 - Tipo de Saida	279 - Razão
280 - Tipo de Saida	281 - Razão
282 - Tipo de Saida	283 - Razão
284 - Tipo de Saida	285 - Razão
286 - Tipo de Saida	287 - Razão
288 - Tipo de Saida	289 - Razão
290 - Tipo de Saida	291 - Razão
292 - Tipo de Saida	293 - Razão
294 - Tipo de Saida	295 - Razão
296 - Tipo de Saida	297 - Razão
298 - Tipo de Saida	299 - Razão
300 - Tipo de Saida	301 - Razão
302 - Tipo de Saida	303 - Razão
304 - Tipo de Saida	305 - Razão
306 - Tipo de Saida	307 - Razão
308 - Tipo de Saida	309 - Razão
310 - Tipo de Saida	311 - Razão
312 - Tipo de Saida	313 - Razão
314 - Tipo de Saida	315 - Razão
316 - Tipo de Saida	317 - Razão
318 - Tipo de Saida	319 - Razão
320 - Tipo de Saida	321 - Razão
322 - Tipo de Saida	323 - Razão
324 - Tipo de Saida	325 - Razão
326 - Tipo de Saida	327 - Razão
328 - Tipo de Saida	329 - Razão
330 - Tipo de Saida	331 - Razão
332 - Tipo de Saida	333 - Razão
334 - Tipo de Saida	335 - Razão
336 - Tipo de Saida	337 - Razão
338 - Tipo de Saida	339 - Razão
340 - Tipo de Saida	341 - Razão
342 - Tipo de Saida	343 - Razão
344 - Tipo de Saida	345 - Razão
346 - Tipo de Saida	347 - Razão
348 - Tipo de Saida	349 - Razão
350 - Tipo de Saida	351 - Razão
352 - Tipo de Saida	353 - Razão
354 - Tipo de Saida	355 - Razão
356 - Tipo de Saida	357 - Razão
358 - Tipo de Saida	359 - Razão
360 - Tipo de Saida	361 - Razão
362 - Tipo de Saida	363 - Razão
364 - Tipo de Saida	365 - Razão
366 - Tipo de Saida	367 - Razão
368 - Tipo de Saida	369 - Razão
370 - Tipo de Saida	371 - Razão
372 - Tipo de Saida	373 - Razão
374 - Tipo de Saida	375 - Razão
376 - Tipo de Saida	377 - Razão
378 - Tipo de Saida	379 - Razão
380 - Tipo de Saida	381 - Razão
382 - Tipo de Saida	383 - Razão
384 - Tipo de Saida	385 - Razão
386 - Tipo de Saida	387 - Razão
388 - Tipo de Saida	389 - Razão
390 - Tipo de Saida	391 - Razão
392 - Tipo de Saida	393 - Razão
394 - Tipo de Saida	395 - Razão
396 - Tipo de Saida	397 - Razão
398 - Tipo de Saida	399 - Razão
400 - Tipo de Saida	401 - Razão
402 - Tipo de Saida	403 - Razão
404 - Tipo de Saida	405 - Razão
406 - Tipo de Saida	407 - Razão
408 - Tipo de Saida	409 - Razão
410 - Tipo de Saida	411 - Razão
412 - Tipo de Saida	413 - Razão
414 - Tipo de Saida	415 - Razão
416 - Tipo de Saida	417 - Razão
418 - Tipo de Saida	419 - Razão
420 - Tipo de Saida	421 - Razão
422 - Tipo de Saida	423 - Razão
424 - Tipo de Saida	425 - Razão
426 - Tipo de Saida	427 - Razão
428 - Tipo de Saida	429 - Razão
430 - Tipo de Saida	431 - Razão
432 - Tipo de Saida	433 - Razão
434 - Tipo de Saida	435 - Razão
436 - Tipo de Saida	437 - Razão
438 - Tipo de Saida	439 - Razão
440 - Tipo de Saida	441 - Razão
442 - Tipo de Saida	443 - Razão
444 - Tipo de Saida	445 - Razão
446 - Tipo de Saida	447 - Razão
448 - Tipo de Saida	449 - Razão
450 - Tipo de Saida	451 - Razão
452 - Tipo de Saida	453 - Razão
454 - Tipo de Saida	455 - Razão
456 - Tipo de Saida	457 - Razão
458 - Tipo de Saida	459 - Razão
460 - Tipo de Saida	461 - Razão
462 - Tipo de Saida	463 - Razão
464 - Tipo de Saida	465 - Razão
466 - Tipo de Saida	467 - Razão
468 - Tipo de Saida	469 - Razão
470 - Tipo de Saida	471 - Razão
472 - Tipo de Saida	473 - Razão
474 - Tipo de Saida	475 - Razão
476 - Tipo de Saida	477 - Razão
478 - Tipo de Saida	479 - Razão
480 - Tipo de Saida	481 - Razão
482 - Tipo de Saida	483 - Razão
484 - Tipo de Saida	485 - Razão
486 - Tipo de Saida	487 - Razão
488 - Tipo de Saida	489 - Razão
490 - Tipo de Saida	491 - Razão
492 - Tipo de Saida	493 - Razão
494 - Tipo de Saida	495 - Razão
496 - Tipo de Saida	497 - Razão
498 - Tipo de Saida	499 - Razão
500 - Tipo de Saida	501 - Razão
502 - Tipo de Saida	503 - Razão
504 - Tipo de Saida	505 - Razão
506 - Tipo de Saida	507 - Razão
508 - Tipo de Saida	509 - Razão
510 - Tipo de Saida	511 - Razão
512 - Tipo de Saida	513 - Razão
514 - Tipo de Saida	515 - Razão
516 - Tipo de Saida	517 - Razão
518 - Tipo de Saida	519 - Razão
520 - Tipo de Saida	521 - Razão
522 - Tipo de Saida	523 - Razão
524 - Tipo de Saida	525 - Razão
526 - Tipo de Saida	527 - Razão
528 - Tipo de Saida	529 - Razão
530 - Tipo de Saida	531 - Razão
532 - Tipo de Saida	533 - Razão
534 - Tipo de Saida	535 - Razão
536 - Tipo de Saida	537 - Razão
538 - Tipo de Saida	539 - Razão
540 - Tipo de Saida	541 - Razão
542 - Tipo de Saida	543 - Razão
544 - Tipo de Saida	545 - Razão
546 - Tipo de Saida	547 - Razão
548 - Tipo de Saida	549 - Razão
550 - Tipo de Saida	551 - Razão
552 - Tipo de Saida	553 - Razão
554 - Tipo de Saida	555 - Razão
556 - Tipo de Saida	557 - Razão
558 - Tipo de Saida	559 - Razão
560 - Tipo de Saida	561 - Razão
562 - Tipo de Saida	563 - Razão
564 - Tipo de Saida	565 - Razão
566 - Tipo de Saida	567 - Razão
568 - Tipo de Saida	569 - Razão
570 - Tipo de Saida	571 - Razão
572 - Tipo de Saida	573 - Razão
574 - Tipo de Saida	575 - Razão
576 - Tipo de Saida	577 - Razão
578 - Tipo de Saida	579 - Razão
580 - Tipo de Saida	581 - Razão
582 - Tipo de Saida	583 - Razão
584 - Tipo de Saida	585 - Razão
586 - Tipo de Saida	587 - Razão
588 - Tipo de Saida	589 - Razão
590 - Tipo de Saida	591 - Razão
592 - Tipo de Saida	593 - Razão
594 - Tipo de Saida	595 - Razão
596 - Tipo de Saida	597 - Razão
598 - Tipo de Saida	599 - Razão
600 - Tipo de Saida	601 - Razão
602 - Tipo de Saida	603 - Razão
604 - Tipo de Saida	605 - Razão
606 - Tipo de Saida	607 - Razão
608 - Tipo de Saida	609 - Razão
610 - Tipo de Saida	611 - Razão
612 - Tipo de Saida	613 - Razão
614 - Tipo de Saida	615 - Razão
616 - Tipo de Saida	617 - Razão
618 - Tipo de Saida	619 - Razão
620 - Tipo de Saida	621 - Razão
622 - Tipo de Saida	623 - Razão
624 - Tipo de Saida	625 - Razão
626 - Tipo de Saida	627 - Razão
628 - Tipo de Saida	629 - Razão
630 - Tipo de Saida	631 - Razão
632 - Tipo de Saida	633 - Razão
634 - Tipo de Saida	635 - Razão
636 - Tipo de Saida	637 - Razão
638 - Tipo de Saida	639 - Razão
640 - Tipo de Saida	641 - Razão
642 - Tipo de Saida	643 - Razão
644 - Tipo de Saida	645 - Razão
646 - Tipo de Saida	647 - Razão
648 - Tipo de Saida	649 - Razão
650 - Tipo de Saida	651 - Razão
652 - Tipo de Saida	653 - Razão
654 - Tipo de Saida	655 - Razão
656 - Tipo de Saida	657 - Razão
658 - Tipo de Saida	659 - Razão
660 - Tipo de Saida	661 - Razão
662 - Tipo de Saida	663 - Razão
664 - Tipo de Saida	665 - Razão
666 - Tipo de Saida	667 - Razão
668 - Tipo de Saida	669 - Razão
670 - Tipo de Saida	671 - Razão
672 - Tipo de Saida	673 - Razão
674 - Tipo de Saida	675 - Razão
676 - Tipo de Saida	677 - Razão
678 - Tipo de Saida	679 - Razão
680 - Tipo de Saida	681 - Razão
682 - Tipo de Saida	683 - Razão
684 - Tipo de Saida	685 - Razão
686 - Tipo de Saida	687 - Razão
688 - Tipo de Saida	689 - Razão
690 - Tipo de Saida	691 - Razão
692 - Tipo de Saida	693 - Razão
694 - Tipo de Saida	695 - Razão
696 - Tipo de Saida	697 - Razão
698 - Tipo de Saida	699 - Razão
700 - Tipo de Saida	701 - Razão
702 - Tipo de Saida	703 - Razão
704 - Tipo de Saida	705 - Razão
706 - Tipo de Saida	707 - Razão
708 - Tipo de Saida	709 - Razão
710 - Tipo de Saida	711 - Razão
712 - Tipo de Saida	713 - Razão
714 - Tipo de Saida	715 - Razão
716 - Tipo de Saida	717 - Razão
718 - Tipo de Saida	719 - Razão
720 - Tipo de Saida	721 - Razão
722 - Tipo de Saida	723 - Razão
724 - Tipo de Saida	725 - Razão
726 - Tipo de Saida	727 - Razão
728 - Tipo de Saida	729 - Razão
73	

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 41263517

1 - Registro Anual ANIS nº 0	2 - Nº Guia Preciso 41263517	3 - Nº Guia da Operadora 41263517	4 - Nº Guia da Operadora Prioridade Alta	5 - Data da Autorização	6 - Sinal	7 - Data de Validade da Sinal	8 - Data de Emissão da Sinal
<p>DADOS DO BENEFICIÁRIO</p> <p>9 - Número da Carteira: 57109000249034019</p> <p>10 - Plano: PLANO EMPRESA APARTAMENTO</p> <p>11 - Validade da Carteira</p> <p>12 - Nome: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS</p> <p>13 - Número de Cartão Nacional de Saúde</p> <p>14 - Código na Operadora: 12361257008644</p> <p>15 - Nome do Contratado: ULTRA SOM SERV MED SA - HGP</p> <p>16 - Código CHES: 2397989</p> <p>17 - Nome do Profissional Solicitante: NILVAN LINHARES</p> <p>18 - Conselho Profissional: CRM</p> <p>19 - Número no Conselho: 5044</p> <p>20 - UF: PB</p> <p>21 - Código CBO S</p> <p>22 - Data/hora da Solicitação</p> <p>23 - Indicação Clínica</p> <p>24 - CID 10: S903</p> <p>25 - Data/hora da Solicitação</p> <p>26 - Tabela</p> <p>27 - Código do Procedimento</p> <p>28 - Descrição</p> <p>29 - Data Solic</p> <p>30 - Outor Autor</p>							
<p>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</p> <p>31 - Código na Operadora: 69240574468</p> <p>32 - Nome do Contratado: NILVAN LINHARES</p> <p>33 - T. Log</p> <p>34 - 35 - 36 - Legenda - Número - Componente</p> <p>37 - Município</p> <p>38 - UF</p> <p>39 - Cód. IBGE</p> <p>40 - CEP</p> <p>41 - Código CHES</p> <p>42 - Código na Operadora: 69240574468</p> <p>43 - Nome do Profissional Esolutor/Complementar</p> <p>44 - Número no Conselho: 5044</p> <p>45 - UF: PB</p> <p>46 - Código CBO S</p> <p>47 - Tipo de Atendimento</p> <p>48 - Indicação de Admissão: 1 - Tabela 2 - Outros</p> <p>49 - Tipo de Sinal</p> <p>50 - Tipo de Doença</p> <p>51 - Tempo de Doença</p> <p>52 - Hora Inicial</p> <p>53 - Hora Final</p> <p>54 - Hora Inicial</p> <p>55 - Tabela</p> <p>56 - Código do Procedimento</p> <p>57 - Data</p> <p>58 - Via</p> <p>59 - Tec</p> <p>60 - Sinal / Acrecimo</p> <p>61 - Valor Unitário - R\$</p> <p>62 - Valor Total - R\$</p> <p>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Sinal</p> <p>64 - Observação</p> <p>65 - Total Procedimentos - R\$</p> <p>66 - Total Taxas e Autógrafos - R\$</p> <p>67 - Total Materiais - R\$</p> <p>68 - Total Medicamentos - R\$</p> <p>69 - Total Gases Medicinas - R\$</p> <p>70 - Total Gases Medicinas - R\$</p> <p>71 - Total Gases da Guia - R\$</p> <p>72 - Data e Assinatura do Solicitante</p> <p>73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p>74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>75 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>76 - Data e Assinatura do Solicitante</p> <p>77 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p>78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>79 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>81 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>83 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>85 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>87 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>89 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>91 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>93 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>95 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>97 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>99 - Data e Assinatura do Prestador Executor</p> <p>100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p>							

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:30

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 60692029 Prontuário: 16019781
 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Letto: 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 APOS ACIDENTE DE MOTO QUE ESTA COM DOR E EDMA DO TORNOZELO E SOLICITO RX DO TORNOZELO E	[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]

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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 41358595

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Procedi 41358595	4 - Nº Guia da Operação Programado	5 - Data da Autorização	6 - Sembr	7 - Data da Validade da Sembr	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO	
9 - Nome da Criança 57109000240034019	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE	
11 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP	12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS
13 - Código na Operadora/CPF 12361267008844	14 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES
15 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES	16 - Código CHES 23777969
17 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES	18 - Conselho Profissional CRM
19 - Número no Conselho 5044	20 - UF PB
21 - Código CIDO 5	22 - Data/Hora da Solicitação
23 - Endereço da Solicitação U - E - Eleiva U - Uglencia/Emergência	24 - CID 10 S903
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS	
25 - Indicação Clínica	26 - Descrição CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR
27 - Data/Hora da Solicitação	28 - Data/Hora da Solicitação
29 - Data/Hora da Solicitação	30 - Data/Hora da Solicitação
31 - Data/Hora da Solicitação	32 - Data/Hora da Solicitação
33 - Data/Hora da Solicitação	34 - Data/Hora da Solicitação
35 - Data/Hora da Solicitação	36 - Data/Hora da Solicitação
37 - Data/Hora da Solicitação	38 - Data/Hora da Solicitação
39 - Data/Hora da Solicitação	40 - Data/Hora da Solicitação
41 - Data/Hora da Solicitação	42 - Data/Hora da Solicitação
43 - Data/Hora da Solicitação	44 - Data/Hora da Solicitação
45 - Data/Hora da Solicitação	46 - Data/Hora da Solicitação
47 - Data/Hora da Solicitação	48 - Data/Hora da Solicitação
49 - Data/Hora da Solicitação	50 - Data/Hora da Solicitação
51 - Data/Hora da Solicitação	52 - Data/Hora da Solicitação
53 - Data/Hora da Solicitação	54 - Data/Hora da Solicitação
55 - Data/Hora da Solicitação	56 - Data/Hora da Solicitação
57 - Data/Hora da Solicitação	58 - Data/Hora da Solicitação
59 - Data/Hora da Solicitação	60 - Data/Hora da Solicitação
61 - Data/Hora da Solicitação	62 - Data/Hora da Solicitação
63 - Data/Hora da Solicitação	64 - Data/Hora da Solicitação
65 - Data/Hora da Solicitação	66 - Data/Hora da Solicitação
67 - Data/Hora da Solicitação	68 - Data/Hora da Solicitação
69 - Data/Hora da Solicitação	70 - Data/Hora da Solicitação
71 - Data/Hora da Solicitação	72 - Data/Hora da Solicitação
73 - Data/Hora da Solicitação	74 - Data/Hora da Solicitação
75 - Data/Hora da Solicitação	76 - Data/Hora da Solicitação
77 - Data/Hora da Solicitação	78 - Data/Hora da Solicitação
79 - Data/Hora da Solicitação	80 - Data/Hora da Solicitação
81 - Data/Hora da Solicitação	82 - Data/Hora da Solicitação
83 - Data/Hora da Solicitação	84 - Data/Hora da Solicitação
85 - Data/Hora da Solicitação	86 - Data/Hora da Solicitação
87 - Data/Hora da Solicitação	88 - Data/Hora da Solicitação
89 - Data/Hora da Solicitação	90 - Data/Hora da Solicitação
91 - Data/Hora da Solicitação	92 - Data/Hora da Solicitação
93 - Data/Hora da Solicitação	94 - Data/Hora da Solicitação
95 - Data/Hora da Solicitação	96 - Data/Hora da Solicitação
97 - Data/Hora da Solicitação	98 - Data/Hora da Solicitação
99 - Data/Hora da Solicitação	100 - Data/Hora da Solicitação

R3100ANS - 1.20

JOSE MARIA LINS JUNIOR

29/06/2020 15:31

10.1.32.206

PRESCRIÇÃO MÉDICA		E
<div><div><div>x</div></div></div>		
Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc. 05/06/1969 Atendimento: 60692029		
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Nº Prescrição: 22892139 19/07/2019 às 13:23 Prontoário: 16019781		
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/14 Peso: kg		
1. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h		
Profissionais:		



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:33

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Di. 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	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 PERNA	[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 PERNA	[1]
CID10	S890 TRAUMATISMOS MULTIPLOS DA PERNA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Digitalizado com CamScanner



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

U. TRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:33

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 60857733 Prontuário: 16019781
 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 1182155
 Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1] Nº: 41927765 26/07/2019 às 13:31

ANAMNESE

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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVÍÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 41476148

1 - Registro Anual CNS nº 0	2 - Nº Guia Principal 41476148	3 - Prioridade Programado	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Serviço	7 - Data de Validade da Sentença	8 - Data de Emissão da Guia																																												
<p>DADOS DO BENEFICIÁRIO</p> <p>9 - Número da Carteira 5710300249034019</p> <p>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</p> <p>14 - Código na Operadora/CPF do CHFF 1236126700844</p> <p>15 - Nome do Contratado ULTRIA SOM SERV MED SA - HGP</p> <p>17 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES</p>																																																			
<p>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</p> <p>22 - Data/Hora da Solicitação U E - Eleva U - Urgência/Emergência</p> <p>23 - Cartão da Solicitação S903</p> <p>24 - CID 10 S903</p> <p>25 - Indicação Clínica</p>																																																			
<p>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</p> <p>31 - Código na Operadora/CPF do CHFF</p> <p>32 - Nome do Contratado</p> <p>33 - T. Leg.</p> <p>34 - SS - Categoria - Nomes - Complementar</p> <p>35 - Conselho Profissional</p> <p>36 - Nome do Profissional Executante/Complementar NILVAN LINHARES</p> <p>37 - Município</p> <p>38 - UF</p> <p>39 - Cod. BBOE</p> <p>40 - CEP</p> <p>41 - Código CNES</p>																																																			
<p>DADOS DO ATENDIMENTO</p> <p>42 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADI Intensivo 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TFS - Terapias Fisioterapêuticas</p> <p>43 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica</p> <p>44 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias</p>																																																			
<p>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>52 - Data</th> <th>53 - Hora Inicial</th> <th>54 - Hora Final</th> <th>55 - Tab</th> <th>56 - Código do Procedimento</th> <th>57 - Qtd</th> <th>58 - Via</th> <th>59 - Tec</th> <th>60 - Unid / Acréscimo</th> <th>61 - Valor Unitário - R\$</th> <th>62 - Valor Total - R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>00010071 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>52200023 CALHA OU TALA MEMBRO</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>54010233 SUTURA DE PEQUENOS F</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>								52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd	58 - Via	59 - Tec	60 - Unid / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$					00010071 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1					0.00					52200023 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0.00					54010233 SUTURA DE PEQUENOS F	1					0.00
52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qtd	58 - Via	59 - Tec	60 - Unid / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$																																									
				00010071 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1					0.00																																									
				52200023 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0.00																																									
				54010233 SUTURA DE PEQUENOS F	1					0.00																																									
<p>CONSIDERAÇÕES</p> <p>63 - Data e Assinatura dos Procedimentos em Síntese</p> <p>64 - Observação</p>																																																			
<p>RESUMO GERAL</p> <p>65 - Total Procedimentos - R\$</p> <p>66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$</p> <p>67 - Total Materiais - R\$</p> <p>68 - Total Medicamentos - R\$</p> <p>69 - Total Diárias - R\$</p> <p>70 - Total Gastos Médicos - R\$</p> <p>71 - Total Geral da Guia - R\$</p>																																																			
<p>82 - Data e Assinatura do Solicitante 29/06/2020</p> <p>83 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 29/06/2020</p> <p>84 - Data e Assinatura do Prestador Executante</p>																																																			
<p>R31004NS-1.20 JOSE MARIA LINS JUNIOR 29/06/2020 15:33 10.1.32.206</p>																																																			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:34

Paciente:	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Di. 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]
Fiebite				-			[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico				-			[1]

Digitalizado com CamScanner





PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Nasc. 05/06/1969	Atendimento: 60857733
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 22994136	Prontuário: 16019781
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/5	Peso: kg
1. SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDA 24/24h		
2. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h		

Profissionais:



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

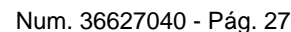
29/06/2020 15:36

Paciente:	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Dt. Nasc.:	05/06/1969	Atendimento:	61186999	Prontuário:	16019781
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito:	118224/15		
Profissional(is):	NILVAN LINHARES CRM 5044 [1]			Nº:	42540613	09/08/2019	às 13:31
ANAMNESE							
Queixa Principal	dor no tomazelo 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 tomazelo 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/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT Nº 41714809



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVÍÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 41714207

2º
Página

1 - Registro Ans 41714207	3 - Nº Guia Principal 41714207	4 - Nº Guia da Operadora Programado	5 - Data de Autorização	6 - Série	7 - Data de Validade da Série	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO	
9 - Número da Carteira 571090024934019	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE	
14 - Código na Operadora CNPJ/CPF 1236126700844	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
DANIEL CONSERVA ARRUDA	
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS	
22 - Descrição da Solicitação U - Emergência U - Urgência Emergência	23 - Código da Solicitação U - Emergência U - Urgência Emergência
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE	
31 - Código na Operadora CNPJ/CPF 1236126700844	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP
DADOS DO ATENDIMENTO	
41 - Tipo de Atendimento 01 - Ramo 02 - Pessoa Grávida 03 - Tempo 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Insuado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TMS - Terapia Rural Substância	42 - Nome do Profissional Encarregado/Complementar DANIEL CONSERVA ARRUDA
CONSULTA REFERÊNCIA	
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 - Tab
56 - Código do Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S	
57 - Data	
58 - Via	
59 - Tec	
60 - % Real / Acabado	
61 - Valor Unitário - R\$	
62 - Valor Total - R\$	
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	
64 - Observação	
65 - Total Procedimentos - R\$	
66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	
67 - Total Materiais - R\$	
68 - Total Medicamentos - R\$	
69 - Total Diárias - R\$	
70 - Total Gases Medicinais - R\$	
71 - Total Geral da Guia - R\$	
72 - Data e Assinatura do Responsável	
73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
74 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
75 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
76 - Data e Assinatura do Responsável	
77 - Data e Assinatura do Responsável	
78 - Data e Assinatura do Responsável	
79 - Data e Assinatura do Responsável	
80 - Data e Assinatura do Responsável	
81 - Data e Assinatura do Responsável	
82 - Data e Assinatura do Responsável	
83 - Data e Assinatura do Responsável	
84 - Data e Assinatura do Responsável	
85 - Data e Assinatura do Responsável	
86 - Data e Assinatura do Responsável	
87 - Data e Assinatura do Responsável	
88 - Data e Assinatura do Responsável	
89 - Data e Assinatura do Responsável	
90 - Data e Assinatura do Responsável	
91 - Data e Assinatura do Responsável	
92 - Data e Assinatura do Responsável	
93 - Data e Assinatura do Responsável	
94 - Data e Assinatura do Responsável	
95 - Data e Assinatura do Responsável	
96 - Data e Assinatura do Responsável	
97 - Data e Assinatura do Responsável	
98 - Data e Assinatura do Responsável	
99 - Data e Assinatura do Responsável	
100 - Data e Assinatura do Responsável	

ALTA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:37

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. 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	09/08/2019 às 19:40

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	09/08/2019	[1]
Hora Da Alta	19:40	[1]

Digitalizado com CamScanner



<input checked="" type="checkbox"/>	PRESCRIÇÃO MÉDICA				E
Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc. 05/06/1969 Atendimento: 61186999					
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Nº Prescrição: 23200554 09/08/2019 às 14:05 Prontuário: 16019781					
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/15 Peso: kg					
1. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h					
2. Alta em: 09/08/2019 a partir de 19:40 ALTA AMBULATORIAL NORMAL					
Alta dada por: NILVAN LINHARES					
Profissionais:					

29/06/2020

http://10.1.32.206:8888/forms90temp/VISUPRESC_JMLINS_rp1541_29062020153734.html



1 - Registro Ant. ANS Nº 0	2 - Nº Guia Principal 42083795	3 - Finalidade Programada	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Cidade	7 - Data de Validade da Sanha	8 - Data de Emissão da C...
DADOS DO BENEFICIÁRIO							
9 - Número da Carteira 57109000249034019	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	13 - Número do Cadastro Nacional de Saúde	14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267008844	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP	16 - Código CHES 2399909
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE							
17 - Nome do Profissional Solicitante MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOQUIADES	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 9456	20 - UF PB	21 - Código CBO S			
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS							
22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caracter de Solicitação U - E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S900	25 - Indicação Clínica	26 - CID 10	27 - Data Solic	28 - Data Autor	
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE							
29 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP	30 - T. Log	31 - Município	32 - UF	33 - Cód. IBGE	34 - CEP	35 - Código CHES	
36 - Nome do Profissional Solicitante MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOQUIADES	37 - Conselho Profissional CRM	38 - Número no Conselho 9456	39 - UF PB	40 - Código CBO S	41 - Grau de Participação		
DADOS DO ATENDIMENTO							
42 - Tipo de Atendimento 01 - Consulta 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADI Intensivo 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	43 - Indicação de Ação 0 - Acidente ou Desastre relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros	44 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADI 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito					
CONSULTA REFERÊNCIA							
45 - Tipo de Doença	46 - Tempo de Doença	47 - A. Anos	48 - M. Meses	49 - D. Dias			
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS							
50 - Data	51 - Hora Inicial	52 - Hora Final	53 - Tab	54 - Cód. do Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S	55 - Qtd	56 - Val. Unitário - R\$	57 - Valor Total - R\$
1	1	1	1	1	1	0.00	0.00
2	1	1	1	1	1		
3	1	1	1	1	1		
4	1	1	1	1	1		
5	1	1	1	1	1		
6	1	1	1	1	1		
7	1	1	1	1	1		
8	1	1	1	1	1		
9	1	1	1	1	1		
10	1	1	1	1	1		
11	1	1	1	1	1		
12	1	1	1	1	1		
13	1	1	1	1	1		
14	1	1	1	1	1		
15	1	1	1	1	1		
16	1	1	1	1	1		
17	1	1	1	1	1		
18	1	1	1	1	1		
19	1	1	1	1	1		
20	1	1	1	1	1		
21	1	1	1	1	1		
22	1	1	1	1	1		
23	1	1	1	1	1		
24	1	1	1	1	1		
25	1	1	1	1	1		
26	1	1	1	1	1		
27	1	1	1	1	1		
28	1	1	1	1	1		
29	1	1	1	1	1		
30	1	1	1	1	1		
31	1	1	1	1	1		
32	1	1	1	1	1		
33	1	1	1	1	1		
34	1	1	1	1	1		
35	1	1	1	1	1		
36	1	1	1	1	1		
37	1	1	1	1	1		
38	1	1	1	1	1		
39	1	1	1	1	1		
40	1	1	1	1	1		
41	1	1	1	1	1		
42	1	1	1	1	1		
43	1	1	1	1	1		
44	1	1	1	1	1		
45	1	1	1	1	1		
46	1	1	1	1	1		
47	1	1	1	1	1		
48	1	1	1	1	1		
49	1	1	1	1	1		
50	1	1	1	1	1		
51	1	1	1	1	1		
52	1	1	1	1	1		
53	1	1	1	1	1		
54	1	1	1	1	1		
55	1	1	1	1	1		
56	1	1	1	1	1		
57	1	1	1	1	1		
58	1	1	1	1	1		
59	1	1	1	1	1		
60	1	1	1	1	1		
61	1	1	1	1	1		
62	1	1	1	1	1		
63	1	1	1	1	1		
64	1	1	1	1	1		
65	1	1	1	1	1		
66	1	1	1	1	1		
67	1	1	1	1	1		
68	1	1	1	1	1		
69	1	1	1	1	1		
70	1	1	1	1	1		
71	1	1	1	1	1		
72	1	1	1	1	1		
73	1	1	1	1	1		
74	1	1	1	1	1		
75	1	1	1	1	1		
76	1	1	1	1	1		
77	1	1	1	1	1		
78	1	1	1	1	1		
79	1	1	1	1	1		
80	1	1	1	1	1		
81	1	1	1	1	1		
82	1	1	1	1	1		
83	1	1	1	1	1		
84	1	1	1	1	1		
85	1	1	1	1	1		
86	1	1	1	1	1		
87	1	1	1	1	1		
88	1	1	1	1	1		
89	1	1	1	1	1		
90	1	1	1	1	1		
91	1	1	1	1	1		
92	1	1	1	1	1		
93	1	1	1	1	1		
94	1	1	1	1	1		
95	1	1	1	1	1		
96	1	1	1	1	1		
97	1	1	1	1	1		
98	1	1	1	1	1		
99	1	1	1	1	1		
100	1	1	1	1	1		

10.1.32.206

29/06/2020 15:38

JOSE MARIA LINS JUNIOR

R3100/ANS-1.20

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:39

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Di. 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 TORNOZELO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S900 CONTUSAO DO TORNOZELO	[1]
CID10	S900 CONTUSAO DO TORNOZELO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Digitalizado com CamScanner



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:40

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. 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 [1]
 DT: 04/11/19
 TRAUMA NO JOELHO DIR E E ESQ
 REFERE DOR + LIMITAÇÃO
 EF: AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO
 MOBILIZA ATIVAMENTE
 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

Digitalizado com CamScanner



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVICÓ AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 42691795

1 - Registro Ans RMS nº 0	2 - Nº Guia Principal 42691795	3 - Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Sanha	7 - Data de Validade da Sanha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO	
9 - Número da Carteira 57109000249034019	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE	
11 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP	12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS
13 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	14 - Nome do Profissional Complementar CRM
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	16 - Nome do Profissional Complementar CRM
17 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	18 - Nome do Profissional Complementar CRM
19 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	20 - Nome do Profissional Complementar CRM
21 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	22 - Nome do Profissional Complementar CRM
23 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	24 - Nome do Profissional Complementar CRM
25 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	26 - Nome do Profissional Complementar CRM
27 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	28 - Nome do Profissional Complementar CRM
29 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	30 - Nome do Profissional Complementar CRM
31 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	32 - Nome do Profissional Complementar CRM
33 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	34 - Nome do Profissional Complementar CRM
35 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	36 - Nome do Profissional Complementar CRM
37 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	38 - Nome do Profissional Complementar CRM
39 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	40 - Nome do Profissional Complementar CRM
41 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	42 - Nome do Profissional Complementar CRM
43 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	44 - Nome do Profissional Complementar CRM
45 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	46 - Nome do Profissional Complementar CRM
47 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	48 - Nome do Profissional Complementar CRM
49 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	50 - Nome do Profissional Complementar CRM
51 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	52 - Nome do Profissional Complementar CRM
53 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	54 - Nome do Profissional Complementar CRM
55 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	56 - Nome do Profissional Complementar CRM
57 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	58 - Nome do Profissional Complementar CRM
59 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	60 - Nome do Profissional Complementar CRM
61 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	62 - Nome do Profissional Complementar CRM
63 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	64 - Nome do Profissional Complementar CRM
65 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	66 - Nome do Profissional Complementar CRM
67 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	68 - Nome do Profissional Complementar CRM
69 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	70 - Nome do Profissional Complementar CRM
71 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	72 - Nome do Profissional Complementar CRM
73 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	74 - Nome do Profissional Complementar CRM
75 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	76 - Nome do Profissional Complementar CRM
77 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	78 - Nome do Profissional Complementar CRM
79 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	80 - Nome do Profissional Complementar CRM
81 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	82 - Nome do Profissional Complementar CRM
83 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	84 - Nome do Profissional Complementar CRM
85 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	86 - Nome do Profissional Complementar CRM
87 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	88 - Nome do Profissional Complementar CRM
89 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	90 - Nome do Profissional Complementar CRM
91 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	92 - Nome do Profissional Complementar CRM
93 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	94 - Nome do Profissional Complementar CRM
95 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	96 - Nome do Profissional Complementar CRM
97 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	98 - Nome do Profissional Complementar CRM
99 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS	100 - Nome do Profissional Complementar CRM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/05/2020 15:40

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. 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	
<div>×</div>			
Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS, Nasc. 05/06/1969, Atendimento: 62527716			
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA, Nº Prescrição: 24052730, 04/10/2019 às 20:39, Prontuário: 16019781			
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO, Leito: 108215/9, Peso: kg			
1. DAPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) para	EV
Agua Destilada		18 ml	
2. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) para	EV
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml	
Profissionais: CRM-8784 RAFAEL LARA DE FREITAS			

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:47

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Di. Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 67032924 Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Leitor: /
Profissional(is): DANILO CABRAL DOMINGUES CRM 12782 [1] Nº: 54916716 01/06/2020 às 11:28

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE COM QUEIXA DE FEBRE, DIARREIA, DISPNEIA, TOSSE E INAPETÊNCIA HA +- 07 DIAS [1]
NEGA OUTRAS QUEIXAS
NEGA COMORBIDADES
BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO
AR: MV+ EM AHT SEM SINAIS DE DESCONFORTO RESPIRATORIO.
SAT O2 96%
CD:
- 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 AERIAS SUPERIORES NÃO 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 AERIAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA [1]
CID10 J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AERIAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo:
H009: IVAS / COVID 19 v105

Passos Executados:

1) Auxílio Conduta: Síndrome respiratória aguda grave?
Criado por: DANILO CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANILO 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: DANILO CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANILO 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) Auxílio Conduta: [Identificar idade do paciente]
Criado por: DANILO CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANILO 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 CLÍNICA

Página 2 de 2

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

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

4) Auxílio Conduta: [Entre 30 e 60 anos] COVID sem gravidade 1
Criado por: DANILO CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANILO 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: DANILO CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANILO 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: DANILO CABRAL DOMINGUES
Executado por: DANILO 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



ALTA

Página 1 de 1

OLTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:47

Paciente:	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	DI. Nasc.:	05/06/1969	Atendimento:	67032924	Prontuário:	16019781
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:		Letto:	/		
Profissional(is):	DANILO CABRAL DOMINGUES CRM 12762 [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



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 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

Queixa Principal RETORNO. PRIMEIRO ATENDIMENTO EM 01/06/20 - REALIZOU TTO COM PROTOCOLO COVID IVERMECTINA+PREDNISONA- 17º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS RELATA MELHORA SUBSTANCIAL DO QUADRO, SEM QUEIXAS ATUAIS. VEM AO SERVIÇO PARA SER LIBERADO PARA ATIVIDADES LABORAIS. [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 80 ADMINISTRATIVO GERAL [1]

CID10 Z02 EXAME MÉDICO 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 Consciência 0 [1]

Resposta Motora 6 [1]

Resposta Verbal 5 [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 Z02 EXAME MÉDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS [1]

CID10 Z02 EXAME MÉDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo:
H079: [Administrativo Geral] v8

Passos Executados:

1) Auxílio 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

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

Digitalizado com CamScanner



ALTA

Página 1 de 1

29/06/2020 15:50

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

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: 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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

35.711.281-7 25/FEV/2013

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS

E IVONETE FERREIRA DOS SANTOS

POMBAL - PB

05/JUN/1969

SANTA RITA PB

SANTA RITA

CC: LV.B18 / FLS.133 / N.005868

690040304/25 PIS 18087453234

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 23/09/83

8400-4 PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTERA DE IDENTIDADE

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES

PARAÍBA

NOME: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

DIGIT. IDENTIDADE / OUT. IDENTIDADE Nº: 357112817 RSP SP

CPF: 690.040.304-25 DATA NASCIMENTO: 05/06/1969

PLACAO: JOSE ABILIO FERREIRA DOS SANTOS IVONETE FERREIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACC CATIA AB

Nº PROTOCO: 00660863022 VALIDADE: 09/09/2024 1ª EMISSÃO: 07/10/1992

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1838629816

PROIBIDO PLASTIFICAR 1838629816

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 10/09/2019

47522687125

PBO39635163

PARAÍBA

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

690.040.304-25

Nome

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento

05/06/1969

CAIXA

LOUPANCA

6277 8014 9477 6242

1033 013 00061284-1 11/20

JESUS NAZARENO F SANT

elo

Digitalizado com CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

35.711.281-7 25/FEV/2013

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS

E IVONETE FERREIRA DOS SANTOS

POMBAL - PB

05/JUN/1969

SANTA RITA PB

SANTA RITA

CC: LV.B18 / FLS.133 / N.005868

690040304/25 PIS 18087453234

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 23/09/83

8400-4 PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTERA DE IDENTIDADE

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES

PARAÍBA

NOME: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

DIGIT. IDENTIDADE / CÓD. EMISSOR: 357112817 RSP SP

CPF: 690.040.304-25 DATA NASCIMENTO: 05/06/1969

PLACAO: JOSE ABILIO FERREIRA DOS SANTOS IVONETE FERREIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACC CATIA AB

Nº PROTOCOLO: 00660863022 VALIDADE: 09/09/2024 1ª EMISSÃO: 07/10/1992

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1838629816

PROIBIDO PLASTIFICAR 1838629816

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 10/09/2019

47522687125 PRO39635163

PARAÍBA

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 690.040.304-25

Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento 05/06/1969

CAIXA

LOUPANCA

6277 8014 9477 6242

1033 013 00061284-1 11/20

JESUS NAZARENO F SANT

elo

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013748031234

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDB RENAVAM 0105938145-5 H.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME

JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ

20619898453

PLACA

QFG6788/PB

PLACA ANT / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C6KG0570G0001790

ESPÉCIE / TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCOOL

BRAMA / K12250 / TENERE

2015 2016

CAP / POT / CIL

2 P/249 / CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. / COTAS

1º

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PIA G O

06/09/2017

OBSERVAÇÕES

A.F BCO PANAMERICANO SA
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL

JOAO PESSOA

DATA

06/09/2017

31623

1858

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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESUS NAZARENO
FERREIRA DOS SANTOS

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

