

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**

Nº Sinistro: **3180041695**

Vitima: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**

Data do Acidente: **27/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180041695**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12288948



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**
Nº Sinistro: **3180041695**
Vitima: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**
Data do Acidente: **27/10/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180041695**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**

Sinistro: **3180041695**

Vítima: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**

Data do Acidente: **27/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180041695** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2018

Carta nº: 12755949

A/C: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Nº Sinistro: 3180041695
Vítima: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Data do Acidente: 27/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000030660-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180041695**
Nome do(a) Examinado(a): **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MAGNO LOPES nº 103 - VARJÃO - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2557340 - SSP**
Data e local do acidente: **27/10/2016 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **20/04/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA NA MÃO ESQUERDA
FRATURA DE CALCANHAR DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRAUMA EM POLEGAR ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR TRATADO COM RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR, SUTURA LOCAL E FISIOTERAPIA.
CICATRIZ INTERDIGITAL DE 03 CM ENTRE O POLEGAR E O 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E FLEXÃO DO POLEGAR ESQUERDO.
FRATURA DE CALCANHAR DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO E REPOUSO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS. ALTA EM 14/12/2016

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

CICATRIZ INTERDIGITAL DE 03 CM ENTRE O POLEGAR E O 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E FLEXÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO POLEGAR ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **POLEGAR ESQUERDO**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

060.815.444 - 00

Nome completo da vítima

Washington Luiz da S. Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	CPF titular da conta 060.815.444.00	Profissão Recado
Endereço RUA MAGNO LOPES	Número 103	Complemento
Bairro VARSAO	Cidade SOAO PESSOA	Estado PARAIBA
Email WASHINGTONCOSTAINFO@GMAIL.COM	CEP 58070-140	Telefone (DDD) 83-99937-5602

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SOAO PESSOA 16 de Janeiro de 2018

Local e Data

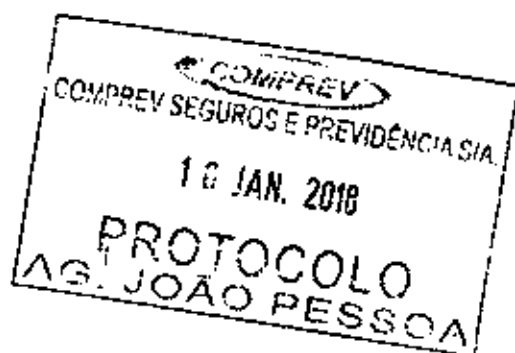
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

016 JAN 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

WASHINGTON LUIZ DA S. COSTA

CPF da Vítima

060.815.444-00

Data do Acidente

27.10.16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

IMPRES
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA, 16 de Janeiro de 2018

Local e Data

Washington Luiz da S. Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

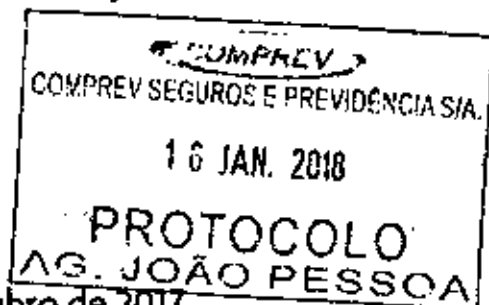
CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
 Av. Diógenes Chianca, 1777
 Água Fria - CEP 58053-900
 João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório
 1.10011100 110 11011 1 11 1001

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 710/141, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1477630, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA** idade 33 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 27/10/2016, na Rua Quatorze de Julho, Bairro: Rangel - João Pessoa - aproximadamente às 08:20 horas, sendo o mesmo removido pela VTR dos Bombeiros.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 06 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
 Registrado
 CREJIS nº 10171
SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
 Matrícula: 67.155-6
 Coordenação do SAME
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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: 30/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000030660-5

Nr. da Autenticação F1E1E4FB8A094085

Comprovante de residência

**CAGEPA**
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

 PARA CONTATO COM A CAGEPA,
 DISSQUE 1521 NÚMERO
 MATRÍCULA

316113

REFERENCIA

OUT/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

WASHINGTON S COSTA

RUA MAGNO LOPES NUM. 103 - II

VARJÃO

58070-140

JOÃO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outro	
001.18.045.0268	0	1	0	0	0	316113
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
2019875	23/MS/1985	2	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1120	1130	10	30	06/11/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
ABR/2017	10	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2017	10	4	COL.TOTAIS	294	294	294
JUN/2017	10	32	TURBIDEZ	294	280	278
JUL/2017	10	32	COL.TERHOT	0	0	0
AGO/2017	10	32	CLORO	294	280	280
SET/2017	10	4	COR	77	103	102
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A: AGO/2017			

DATA DA LEITURA: 09/10/2017

HORA DA LEITURA: 09:14:50

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL. ÁGUA	VL. ESGOTO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	36,84	29,47	R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6 13 DTS E COFINS LET 12 741/12

VENCIMENTO:

22/10/2017

Total a Pagar:

R\$66,31

v. 16.13 p. 1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: NÃO REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL

ANORMALIDADE DE LEITURA: 4-

POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)

EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

 COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 10 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Dorival Ferreira Pontes

RG nº 1711527, data de expedição / / .

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 928.115.074.34, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

Magno Lopes nº 103 B
complemento declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menção é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Washington Luiz da S. Costa, cujo o condutor era

Washington June 24 1862

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA / CB 300 R

Ano: 2010

Placa: NPZ 8416

Chassi: 9C2NC4310AR 077054

Data do Acidente: 27/10/2016

Local e Data: João Pessoa - PB

Dorival Favares pontes
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: MORGIVAL TAVARES FONSECA

Em test, da verdade. Joao Pessoa-PB-01/12/2017 14:53:27

Dario dos Santos Lima - Escrivente

F2017-0340381E#OL;R# \$9.23;FARREN;

5ELO DIGITAL: AF788048-EYL

Confira a autenticidade em todos!

Confira a autenticação em <https://>

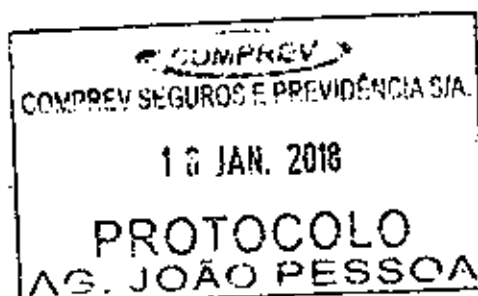
1º OFICIO DE NOTAS
 2º TALENTO DE PROTEÇÃO
 PRON. 18.1. Nº 40 - 42.1.10
 CEP. 56.013-010 - JARDIM SERRA - PB
 FONE: (31) 324.3000 - FAX: (31) 324.3000

~~SECRET~~

Sanctus

15-0000046

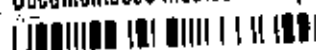
~~SECRET~~





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

Documentação médica - hospitalar



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Washington Luis da Silva Costa
DATA DE NASCIMENTO 03/05/84
NOME DA MÃE Maria Ananias da Silva Costa

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 957286
DATA DO ATENDIMENTO 27/10/16
HORA DO ATENDIMENTO 10:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Politraumatismo
CID 10 T06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em pé direito e hipocondrio direito, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia, cirurgia Geral.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX cervical, tórax Bacia, pé e tornozelo D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: normal.
RX: normal.

CAIXA PREVIDÊNCIA
CAIXA DE PREVIDÊNCIA S/A
10 JAN. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

1º atendimento

ALTA HOSPITALAR: 27/10/16
DATA DA EMISSÃO: 17/04/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

S

Paciente.: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Nascimento.: 03/05/1994 Sexo: M RG.: 2557340

CPF.: 6081544400

Endereço.: R. JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040

Cidade.: HATYDA JOAO PESSOA

Tel.: 99937-5602

Médico.: DR. CARLOS ALBERTO MARQ

Solicitação: DR.(a) CARLOS ALBERTO MARQ

Exame:

RX MAG OU QUIRODACTILOS

!K|NeS

4089435622

LAUDO:

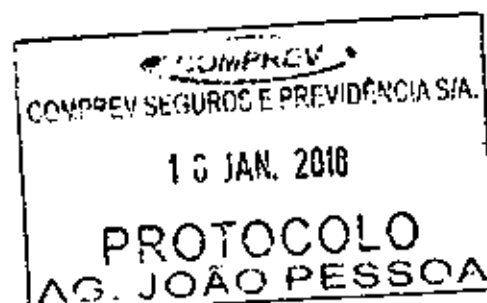
Textura óssea reduzida.

Linha radiolúcida em falange distal do primeiro dedo.

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

Paciente...: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Nascimento...: 03/05/1984 Sexo: M RG.: 2557340 CPF.: 6081544400
Endereço...: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040
Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel.: 99937-5602
Matricula...: 005L4000001007025
Solicitante: Dr(a) CARLOS ALBERTO MARQ

Exame:
RX CALCANEIO

!K|Ne8

4089436621

LAUDO :

Aparente calo ósseo em calcâneo.

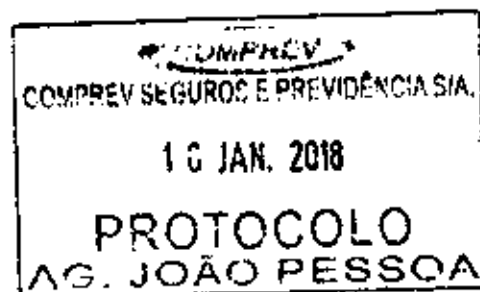
Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

[Assinatura]

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



Nome: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**
Convênio: **HAPVIDA**
Médico Solicitante: **ANDREA H. NASTALA**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO POLEGAR

Técnicas

Foram realizadas aquisições multiplanares nas seqüências ponderadas em T1 e em T2, sem e com supressão da gordura.

Comentários:

Alteração de sinal difusa do ligamento colateral ulnar, que apresenta marcado hipersinal em T2/STIR, com perda da definição das suas fibras, notadamente no segmento proximal, indicando rotura ligamentar em fase aguda/subaguda.

Destaca-se interposição do tendão do adutor do polegar entre o ligamento colateral ulnar roto e superfície óssea, determinando afastamento ligamentar a sua inserção.

Há ainda, marcado edema ventre muscular do adutor do polegar e do oponente do polegar.

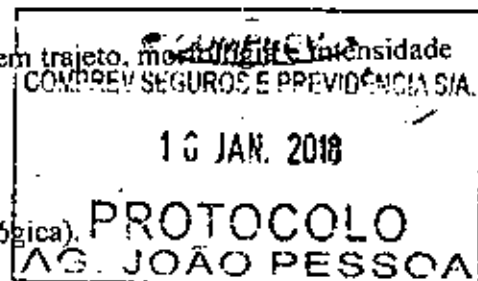
Discreto edema ósseo medular na face ulnar da base da falange proximal do primeiro dedo.

O conjunto dos achados acima é compatível com lesão de Stener.

Não há alterações na projeção do tendão extensor do polegar, que tem trajeto, morfologia e intensidade de sinal normais, sem líquido em suas bainhas.

Não há desvios apreciáveis das estruturas ósseas do polegar.

Não há derrame articular em quantidade significativa (apenas fisiológica).



João Pessoa, 18 de Novembro de 2016

Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues
CRM - 7884 PB



Carlos Ferreira Neto II - CRM 5962-PB
Henrique Queiroga Cortazo - CRM 4146-PB
Italo Miranda Pereira - CRM 5606-PB
Marcelo Mendes Cortazo - CRM 2044-PB
Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7884-PB
Océlio Queiroga Cortazo Filho - CRM 5056-PB
Pedro Guedes Pereira - CRM 5033-PB

MAGNETOM SAMARITANO
Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2988

MAGNETOM PRAIA
Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101
Tel.: (83) 3247-3111
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br



MAGNETOM

- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

Nome: Washington Luiz Da Silva Costa

Data: 03/11/2016

Convênio:

Médico Solicitante:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens de tomografia computadorizada, através de aquisições volumétricas dos dados (multidetecores de 16 canais).

ANÁLISE:

Fratura cominutiva completa e não consolidada do calcâneo, com traços de fratura estendendo-se para as facetas articulares média e posterior com o tálus, sem sinais de desvio significativos dos fragmentos ósseos.

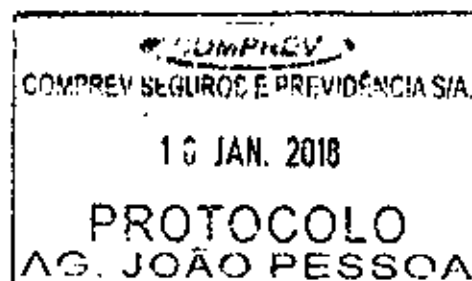
Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade habituais.

Ausência de lesões ósseas focais de aspecto agressivo.

Grupamentos musculares preservados.

Não há sinais de massas ou coleções na região de estudo.

Ausência de derrame articular significativo ao método.



DR. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues
CRM - 7884 PB

D. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5962-PB

D. Henrique Queiroga Carlixa - CRM 4146-PB

D. Italo Miranda Pereira - CRM 5806-PB

D. Marcilio Mendes Cortaxo - CRM 2044-PB

D. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7884-PB

D. Océlia Queiroga Cortaxo Filho - CRM 5056-PB

D. Pedro Guedes Pereira - CRM 5033-PB

MAGNETOM SAMARITANO

Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450

Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2988

MAGNETOM PRAIA

Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101

Tel.: (83) 3247-3111

www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br

Paciente...: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Nascimento...: 03/05/1984 Sexo: M RG.: 2557340 CPF.: 6081544400

Endereço...: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA

Tel.: 99937-5602

Matricula...: 005L4000001007025

Solicitante: Dr(a) LUAN MARTINS DE SOU

Exame:

RX CALCANEIO

!K4ÅZ8

4017935521

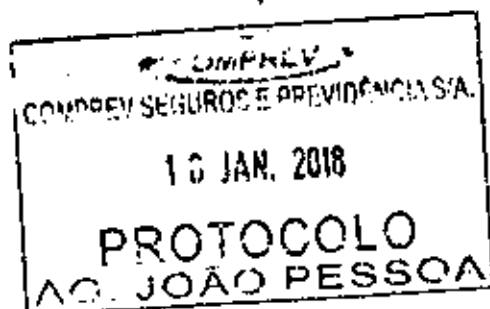
LAUDO

Presença de fratura em calcâneo.

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

*Cosmo*COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



Washington Luiz da Silva Costa

Relatório médico.

Declaro, para fins trabalhistas que o paciente
supracitado apresentou lesão de Stenar do polegar

Ⓔ após acidente de moto e foi submetido

à reparo cirúrgico no dia 14/12/16. Está

em seguimento ambulatorial e reabilitação.

Permanecerá com imobilização durante 6 semanas.

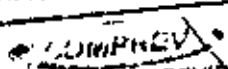
CID S63

14/12/16


Dr. Washington Luiz da Silva Costa
CRM 10.102.800 - 10.102.800

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

 /hapvida.saude  @hapvidasaude www.hapvida.com.br


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

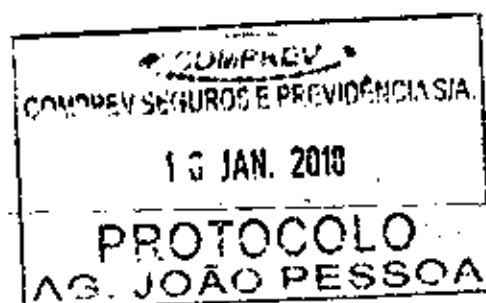
D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**, foi atendido neste Hospital no dia 27.10.2016 à 02.02.2017, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme prontuário de nº **13134703**.

João Pessoa, 20 de Julho de 2017

Clínica Cirúrgica e Trauma de João Pessoa Ltda.

EVERTON PEREIRA DE CARVALHO
Faturista



COD. 88595 600 bls. 50x1 1.547.901 A 1.577.000 - 05/14



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA** às 22:39 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **60 (SESSENTA)** dia
a partir de 03/11/2016, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

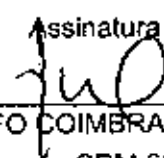
S920

Código da Doença

03/11/16

Local e Data

Assinatura do Médico


RODOLFO COIMBRA BATISTA
CRM 6819

Rodolfo Coimbra Batista
Oncologista / Traumatologista
CRM 6819-TE07 13403

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BXNWD16J9P916

Solicitação da Senha : 03/11/2016 19:36:19

Início do Atendimento : 03/11/2016 19:41:38

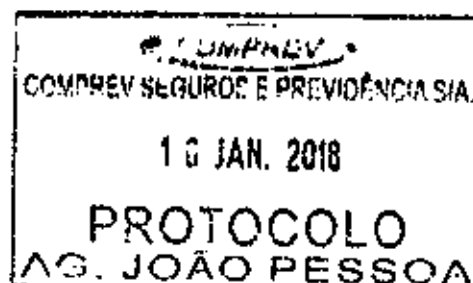
Final do Atendimento : 03/11/2016 22:39:23

R3002

RODOLFO COIMBRA BATISTA

03/11/2016 22:39

192.85.4.102



DADOS DA AUTORIZAÇÃO		DADOS DO BENEFICIÁRIO	
1. ANS - Nº 36.825-3	2. DATA DA AUTORIZAÇÃO 9/5/2018	3. DATA VIGÊNCIA DA SEMA 9/5/2018	4. DATA DE EMISSÃO DA GUIA
5. NÚMERO DA CARTÃO 0052400000007044		6. PLANO	7. TIPO DE CARTÃO
8. NOME Washington Luiz da Silva Costa		9. NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
10. CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / OF	11. NOME DO CONTRATADO	12. CÓDIGO CIES	
13. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Andrea Halton Nastala	14. CATEG. PROFISSIONAL CRM	15. Nº DO CONSELHO 40582	16. UF PB
17. CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / OF		18. NOME DO PRESTADOR	
19. CARÁTER DA INTERNAÇÃO E - Eletivo U - Urgência/Emergência	20. TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Observação 4 - Radioterapia 5 - Fisioterapia	21. REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	22. QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS 01
23. INDICAÇÃO CLÍNICA Lesão ligamento colateral ulnar pulgar (E)			

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
24. TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica	25. TEMPO DA DOENÇA 2 L D	26. INDICAÇÃO DE ADOLESCENTE 9 - Adolescente em doença relacionada ao trabalho 1 - Tifóide 2 - Outros	
27. CID 10 PRINCIPAL S56	28. CID 10 (1)	29. CID 10 (2)	30. CID 10 (3)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS				
31. TABELA	32. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	33. DESCRIÇÃO	34. QTD. SOLIC.	35. QTD. AUTORIZ.
1	30.7.3.6.0.5.6	reconstrução retronormamento ligamento	01	
2	30.7.2.6.1.8.2	lesões ligamentares aguda - Hb cirurgia	01	
3				
4				
5				

OPI SOLICITADOS					
36. TABELA	37. CÓDIGO DO OPI	38. DESCRIÇÃO OPI	39. QTD.	40. PRECATORIO	41. PREC. UNITÁRIO R\$
1		Mini ancora 2,7 mm	0,2		
2		montada			
3		Mini ancora 2,6 mm	0,1		
4					
5					

DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
42. DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP	43. QTD. DIÁRIAS AUTORIZADAS	44. TIPO DE INTERNAÇÃO AUTORIZADA Conferência	45. CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ 00000000
46. NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO		47. COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
48. OBSERVAÇÃO		10 JAN. 2018	
		PROTOCOLO	
		AO. JOÃO PESSOA	

49. DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE 15/01/2018	50. DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO DO RESPONSÁVEL	51. DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO
---	--	---

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE TRAUMED TRAUMED COMERCIO LTDA. - TRAUMED LTDA RUA NOSSA SENHORA DA SAUDE, 310 - CORDEIRO 50731-020 RECIFE - PE FONE: (81) 3366-3734 cobrança@traumedltda.com.br		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA 0-ENTRADA 1-SAIDA 1 000.033.287 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 2616 1204 6961 0500 0188 5500 1000 0332 8714 5680 4794 Consulta de autenticidade no portal Nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site do Sefaz Autorizadora								
NATUREZA DA OPERAÇÃO 6102-VENDAS FORA DA UF		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 126160067254112 15/12/2016 12:53:18										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0.287.714-78		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 04.696.105/0001-88		CEP 63.554.067/0001-98								
DESTINATÁRIO/RECEBENTE CNPJ HAPVITA ASSISTENCIA MEDICA LTDA ENDEREÇO AV HERACLITO GRACA, 406 - 2 ANDAR MUNICÍPIO FORTALEZA ESTADO CE		BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 60140-061 INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.894.353-9		DATA DE EMISSÃO 15/12/2016 DATA DA SAÍDA 15/12/2016 HORA DA SAÍDA 12:52:41								
FATURA/DUPLICATA 033287/01 29/01/2017 700,00												
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE CALC ICMS 0,00		VALOR ICMS 0,00		BASE CALC ICMS ST 0,00								
VALOR ICMS ST 0,00		VALOR ICMS 0,00		TOTAL DOS IMPOSTOS 700,00								
VALOR FRETE 0,00		VALOR SEGURO 0,00		VALOR DESCONTO 0,00								
OUTRAS DESP. 0,00		VALOR IPI 0,00		VALOR APROXIM. 0,00								
TOTAL DA NOTA 700,00												
TRANSPORTADOR / OUTROS TRANSPORTADOS RUA FÁBIO SORGI NOME POR CONTA O-EMITENTE CÓDIGO ANTT PLACA DO VEIC. UF CNPJ/CPF												
ENFERMEIRO ALMOXARIFE UF INSCRIÇÃO ESTADUAL												
QUANTIDADE 0 ESPÉCIE Neutruma MARCA Generica NÚMERO DE 0 PÉRIODO PÉRIODO												
DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS												
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NOME	CYT	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BCALC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	VALOR ICMS DEBITOS
12866	ANCORA 3.0 MONTADA TRA ANV: 80057410025 FAB: TRAUMEDICA	90211020	040	6102	PC	1	700,00	700,00	0,00	0,00	0	0,00
DADOS ADICIONAIS INFORMANTES CONSENTENTES PACIENTE WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA - DT CIRURGIA 14/12/2016 - MEDICO ANDREA HATTORI NASRALA - HOSPITAL COT JOP - CONVENIO HAPVITA - PEDIDO 034095												
RESERVADO AO RISCO												
RECEBEMOS DE TRAUMED COMERCIO LTDA, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRONICA EM EXATIDÃO AO LADO, EMISSÃO 15/12/2016 VALOR TOTAL: R\$ 700,00 DESTINATÁRIO: HAPVITA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - AV HERACLITO GRACA, 406, CENTRO, 60140-061 FORTALEZA-CE												
DATA DO RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO ASSINATURA DO RECEBEDOR		NF-e 000.033.287 SÉRIE 1		COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A 13 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA						



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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13134703	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	M	03/05/1984	33
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2557340 SSP PB	6081544400			2-SOLTEIRO
Endereço				
R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA-PB CEP:58040040				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
99937-5602		MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
14/12/2016	13:23		
Médico Atendente		Clínica	
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		5-ORTOPEDICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		8 DAYCLINIC INTERNAÇÃO	
Avaliação médica			

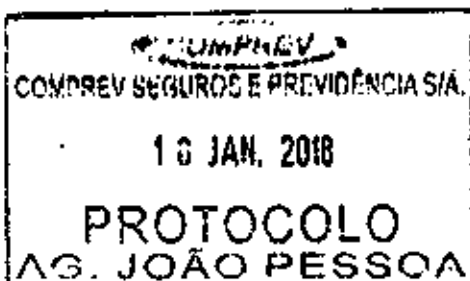
DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano BPMARC INFORMATICA LTDA -ME	
1822-HAFVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
005L4000001007625		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1570719	99996666	C24054678	INTERNAÇÃO
1570719	30736056	C24054678	RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO OU REFORÇO DE LIGAMENTOS
1570719	30726182	C24054679	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO



34- 112886



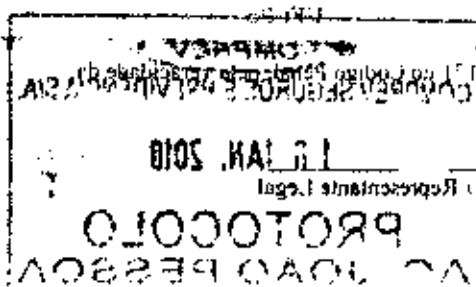
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NT: 16284782482
Número da Benefício: 6166170069
Número do Requerimento: 37.7.22
Assunto: WASHINGTON LUIS DA SILVA COSTA
Endereço: ALANO LOPES DE VARELA
CEP: 22070140
Município: JOAO PESSOA
UF: PB
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Extinção do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal:
Art. 29 da Lei Nº 8.213, de 24.07.1991; Artigos 31, 32 e 33 do Decreto Nº 3.048, de 06.02.1999; Portaria Administração Nº 92 de 21.08.2006; artigo 307 da Lei Nº 10.258/02, de 10.05.2002.
Em análise ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22.12.2010, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista a comprovação da incapacidade para o trabalho.
O benefício foi concedido em 22.12.2010.
No entanto, após análise da documentação apresentada, constatamos que o beneficiário não possui a documentação necessária para a concessão do benefício, conforme disposto no artigo 307 da Lei Nº 10.258/02, de 10.05.2002.
A partir de 22.12.2010 (data da decisão de concessão do benefício) o beneficiário deverá apresentar a documentação necessária para a concessão do benefício.
O prazo para apresentação da documentação é de 30 (trinta) dias, a contar da data da decisão de concessão do benefício.
O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária para a concessão do benefício, sob pena de extinção do benefício.
A extinção do benefício será determinada pelo órgão competente, conforme disposto no artigo 307 da Lei Nº 10.258/02, de 10.05.2002.
A extinção do benefício não gera direito a indenização ou a qualquer outra forma de ressarcimento.
A Previdência Social informa que (a) segurado(a) em Auxílio-Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno. De acordo com o art. 307 da Lei Nº 10.258/02, o segurado(a) que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno.
Data de expedição: 20/12/2010

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA - 2011
COELHO, 30 - JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA
CEP: 22070140 - Município: JOAO PESSOA



Termo de Responsabilidade: Responsável por este termo de responsabilidade é o segurado(a) que assinou o presente documento, em 20 de dezembro de 2010.



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16584782485

Número do Benefício: 6166179069

Espécie: 91

Número do Requerimento: 177334848

Ao Sr.(a): WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Endereço: MAGNO LOPES 103, VARIAO

CEP: 58070140

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/11/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 31/01/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/01/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/01/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retomar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 26 de dezembro de 2016

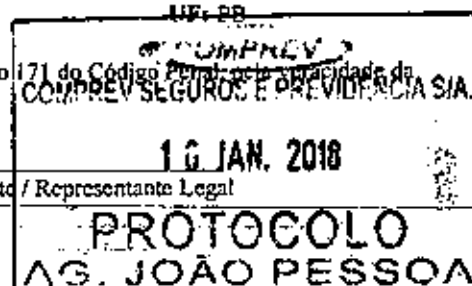
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA SUL Endereço: RUA PAULINO DOS SANTOS
COELHO, 30, JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA
CEP: 58052570 Município: JOAO PESSOA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 26 de dezembro de 2016

Assinatura do Requerente

/ Representante Legal



Paciente...: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Nascimento...: 03/05/1984 Sexo: M RG.: 2557340

CPF.: 6081544400

Endereço...: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA

Tel.: 99937-5602

Matricula...: 005L4000001007025

Solicitante: Dr(a) ANDREA MATTORI NASR

Exame:

RX CALCANEIO - DIREITO

!LC5D/

4132183312

Queixa Principal:

EXAME SOLICITADO

LAUDO:

Textura óssea reduzida.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

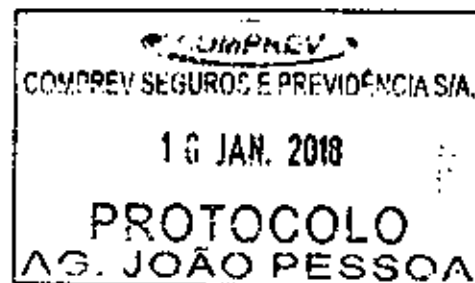
Aumento de partes moles.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este interpretar todos os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Cosmo Alves de Aquino

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN





Nº Pedido: 18869933

Paciente: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Nascimento: 03/05/1984 Sexo: M RG: 2557340

CPF: 6081544400

Endereço: R JULIA FREIRE 292 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040

Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Tel: 99937-5602

Matrícula: 005L4000001007025

Solicitante: Dr(a) ANDREA HATTORI NASR

Exame:

RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

!LC5D.

4132183311

Queixa Principal:

EXAME SOLICITADO

LAUDO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

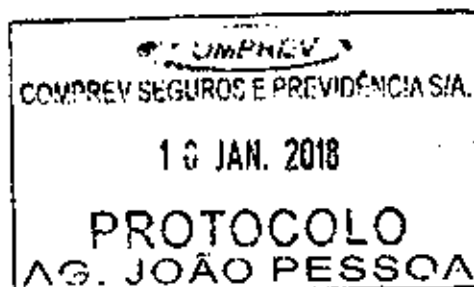
Aumento de partes moles.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN





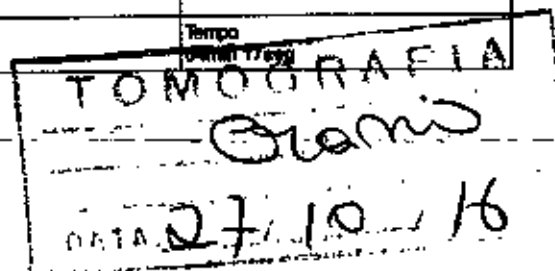
ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 957286



Identificação do paciente				
ID 1095581	Nome WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 03/05/1984	Idade 32 anos 6 meses 24 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA	Pai LUIZ GONZAGA DA COSTA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO		Responsável (Parentesco) ANDREA DA SILVA COSTA TAVARES - IRMAO(A)		
DDD Móvel 53	Fone Móvel 888147204	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2557340	Nº Cns		
Local de procedência RANGEL	Tipo BAIRRO		UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R Técnico em manutenção de equipamentos de informática		
Endereço				
CEP 58070140	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MAGNO LOPES	
Número 103	Complemento	Bairro VARJÃO		
Admissão				
Data e Hora 27/10/2016 10:08:23	Número da pulseira 1000005451325	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piema de saúde Não	Velo de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte REBATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS			
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrassom []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA				

Imprimir





Primeiro Atendimento Médico

13080545125 BE: 857286
 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
 DT. NAC.: 03/05/1984
 NRE: MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA
 END.: MARCO LOPES
 N. 103 - VARIJATO
 JOÃO PESSOA
 FONE: ()
 CELULAR: (43) 998147284
 IDADE: 32
 DT. ENTREGA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

WASHINGTON LUIZ DA SILVA

IDADE:

32

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

PACIENTE - VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
 OCORRIDO POR EM M. DIREITO E EM HIPERCENTRO DIREITO. PRATO
 ESTÁ EM VELOCIDADE DE 40 KM/H.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pérvias () Obstruídas

AÉREAS ☒ Sim () Não

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

() Presente e normal

() Ruído

() Diminuído

() Ausente

HTE

() Presente e normal

() Diminuído

() Ausente

16 JAN. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal () Pálida () Cianótica

() Pleórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal () Quente () Fria

PULSO

☒ Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO:

☒ Regular () Irregular () Ausente

BULHAS

() Normotónicas () Hipotónicas

() Hipotónicas () Ausente

SOA SIA

() Presente () Ausente

BE OU BA

() Sim () Não

FC: 87 bpm

PA: X

mmHg T: °C

ECG:

ABDOMEN:

EM M. HIPERCENTRO DIREITO

FR: Imp SaO₂ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras Inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decorticação)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

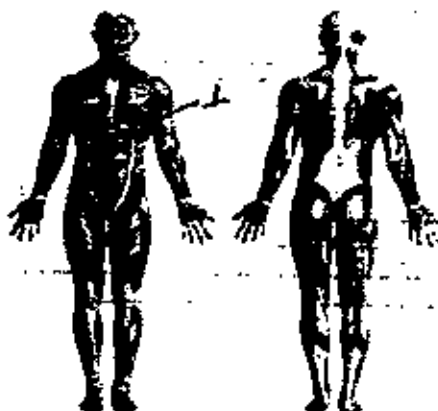
F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☒ Sim: AA5, 414, 16012
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☒ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: Dieta da Unidade

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rínorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias
☒ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

ALDENIO AMORIM U
 CIRURGIÃO GERAL
 CRM-PB 5815

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | 1º ATENDIMENTO ATUA UNIDADE | |
| 2 | 500ml EV EM 30 min | |
| 3 | CRFOPROBING 400mg + 100ml SF 0.9% EV 12/12hs | |
| 4 | NAUSE 200mg + 100ml SF 0.9% EV 12/12hs | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

ALDENIO AMORIM U
 CIRURGIÃO GERAL
 CRM-PB 5815

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de

NEUROLOGIA

Solicito parecer de

ORTOPEDIA

Data de solicitação

08/10/2010

do dia

08

do dia

10

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☒ Alta hospitalar☐ Óbito☐ Decisão médica☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ A pedido☐ Família☐ JML☐ SVO☐ A reavalia☐ Desistência☐ SVO☐ SVO

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Paciente...: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Nascimento...: 03/05/1984 Sexo: M RG.: 2557340 CPF.: 6081544400

Endereço...: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel.: 99937-5602

Matrícula...: 005L4000001007026

Solicitante: Dr(a) LUAN MARTINS DE SOU

Exame:

RX PE OU PODODACTILOS

!K4ÅZ!

4017935522

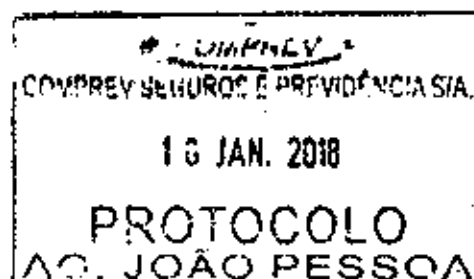
LAUDO :

Presença de fratura em calcâneo.

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



Paciente...: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Nascimento...: 03/05/1984 Sexo: M RG.: 2557340 CPF.: 6081544400

Endereço...: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel.: 99937-5602

Matricula...: 005L4000001007025

Solicitante: Dr(a) ANDREA HATTORI NASR

Exame:

RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

!K)M;8

4006422421

Queixa Principal:

ANÁLISE:

Presença de esclerose em falange distal do primeiro dedo.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

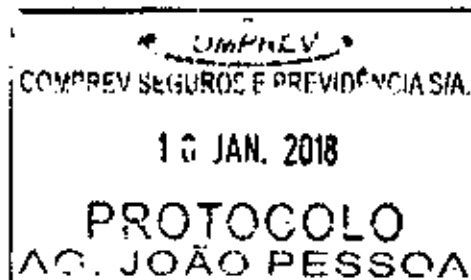
Demais aspectos inalterados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO

CRM 4252 - RN

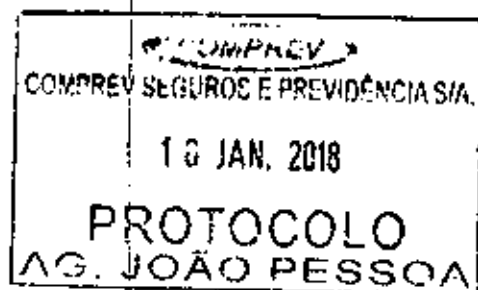


Beneficiário(a): WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Código: 005L4000001007

Conforme solicitado, segue detalhamento do protocolo

Protocolo: 36825320161125257940

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO PARA
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA NO DIA 25/11/2016 ÀS 13:21 EM HOSP GERAL PARAIBA SOLICITADO POR
ANDREA HATTORI NASRALA



Beneficiário(a): WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Código: 005L4000001007

Conforme solicitado, segue detalhamento do protocolo

Protocolo: 36825320161125257536
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO/AMENDAMENTO OU REFORÇO DE LIGAMENTO#
PARA WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA NO DIA 25/11/2016 ÀS 13:18 EM HOSP GERAL PARAIBA SOLICITADO
POR ANDREA HATTORI NASRALA

COMPANHIA
CONSEJO SUPERIOR DE DEFENDIA SIA
13 JAN. 2017
PROCOLO
AG. JOAO PESSOA



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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13134703	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	M	03/05/1984	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2557340 SSP PB	6081544400		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R JULIA FREIRE, 492 - TORRE, JOAO PESSOA (PB) CEP 58040040				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
99937-5602				

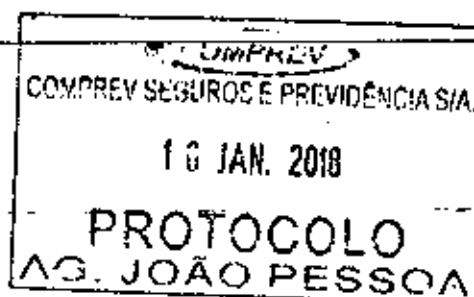
DADOS DO CONVENIO

Convenio			
1822 HAPVIDA JOAO PESSOA	1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO		
Carteira	Validade		
00514000001007017			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
27/10/2016	22:10		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO





ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA** às 16:32 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dias, a partir de 20/01/2017, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S920

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

NILVAN LINHARES

CRM 5044

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

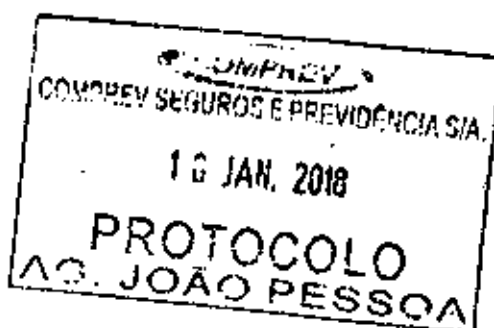
Código de Autenticação : BJGQU17J9I418
Solicitação da Senha : 20/01/2017 16:26:05
Início do Atendimento : 20/01/2017 16:28:42
Fim do Atendimento : 20/01/2017 16:32:36

R3002

NILVAN DA SILVA LINHARES

20/01/2017 16:35

162.854.102





ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA às 22:17 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 8 (OITO) dias,
a partir de 27/10/2016, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S934

Código da Doença

J. Person, 27/10/16
Local e Data

Assinatura do Médico

[Assinatura]
JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO
CRM 4518

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : B1RWB06J9Q218

Solicitacao da Senha : 27/10/2016 22:09:23

Início do Atendimento : 27/10/2016 22:14:04

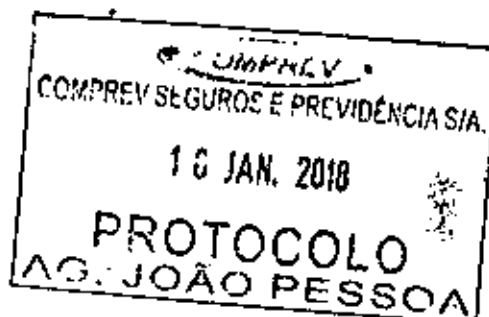
Final do Atendimento : 27/10/2016 22:17:34

R3002

JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO

27/10/2016 22:17

192.85.4.102



1 - ANS - nº 36.825-3		2 - DATA AUTORIZAÇÃO 9.5.17		3 - DATA VALIDADE DA ENQU 9.5.17		4 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
5 - DADOS DO BENEFICIÁRIO							
6 - NÚMERO DA CARTERA 0052400000007047				7 - PLANO		8 - VALIDADE DA CARTERA	
9 - NOME Washington Luiz da Silva Costa				10 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			
11 - DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE							
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		13 - NOME DO CONTRATADO		14 - CÓDIGO CHES			
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Andrea Mattos NASTALA		16 - C.R.M. CRM		17 - Nº DO CONSELHO 10582		18 - UF PB	
19 - DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO							
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		21 - NOME DO PRESTADOR		22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO E - Eletivo U - Urgência/Emergência		23 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Observação 4 - Policlínica 5 - Poliparlita	
24 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domicílio		25 - Q.TDE. DIÁRIAS SOLICITADAS 04					
26 - INDICAÇÃO CLÍNICA Lesão ligamento colateral ulnar polgar (E)							

27 - TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica				28 - TEMPO DA DOENÇA 2 L D A - Anos M - Meses D - Dias				29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0 - Adquire em doença relacionada ao trabalho 1 - Recente 2 - Outros			
30 - CID 10 PRINCIPAL S56		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)					

34 - DREJA												35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO												36 - DESCRIÇÃO												37 - Q.TDE. SOLIC.												38 - Q.TDE. AUTORIZ.											
1												30736056												RECONSTRUÇÃO REUMATológica ligamento												01																							
2												30726182												Lesão ligamentar aguda - HB ungue												01																							
3																																																											
4																																																											
5																																																											

39 - DREJA												40 - CÓDIGO DO DPM												41 - DESCRIÇÃO DPM												42 - Q.TDE.												43 - FABRICANTE												44 - VALOR UNITÁRIO R\$											
1																								Mini ancora 2,7 mm												0,2																																			
2																								montada																																															
3																								Mini ancora 2,5 mm												0,1																																			
4																																																																							
5																																																																							

45 - DATA PRÓXIMA ADMISSÃO HOJE												46 - Q.TDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS												47 - TIPO ACOPIAÇÃO AUTORIZADA												48 - OPERADORA (CNPJ)												49 - Q.TDE. DIÁRIAS SOLICITADAS											
																								Canferma												Unimed Seguros e Previdência S/A																							
50 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO																																																											
51 - OBSERVAÇÃO																																																											

16 JAN. 2018
PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE												53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL												54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO											
25/11/2016 Dra. Andrea H. NASTALA																																			

PACIENTE

Nome do Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Codigo Paciente: 00014000001007
Plano: Individual () Empresa (X) Qual Empresa: 7EPMARC INFORMATICA LTDA - ME
Filial Prestador: JOAO PESSOA Empresa Custo Operacional: 2 Sim () Não (X)
Prestador Solicitante: CLIN ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332508919
Medico Solicitante: LUCIANO JOSE LIMA MENDES Telefone: 8332251347

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Codigo AMB/CBREM: 30720182 Senha: C24054679 Tipo Liberacao Procedimento: NORMAL
Cirurgia ou procedimento: LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO (JOELHO)
Urgencia: () Eletivo: (X)
Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt. Autorizacao	Dt. Parecer Auditor	Dt. Parecer Especialista	Dt. Liberacao CENAP	Dt. Internacao
07/12/2016	07/12/2016	23/12/2016	23/12/2016	24/12/2016
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador CENAP	
DENEBEM	MANUE	JMARCEL2	PHATELE	
Dt. Informacao Paciente			Qdt Dias	Situacao
24/12/2016			17	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO

USUARIO COM COBERTURA OPMEs

Codigo	Descricao	Tip. Fornecedor	Qtd	VL DOU	VL Fornecedor	VL CENAP	Tx Coautoriz	Tip. Lin
99670356	ANCORA MONTADA	ME FORNECEDOR	1			700.00	35.00	SM NR
99870372	KIT ARTROSCOPIA C. LIGAMENTO	ME PRESTADOR			1.500.00			NAO
99202506	MNIANCORA	ME PRESTADOR						NAO

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

R_OPMEs 57636001

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

16 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

131903

36



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

11/07/2017 16:11:15

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13134703	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	M	03/05/1984	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2557340 SSP PB	6081544400		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA-PB CEP:58040040				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
99937-5602		MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
14/12/2016	13:23		
Médico Atendente			Clinica
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES			5-ORTOPEDICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES			8 DAYCLINIC INTERNACAO
Avaliação médica			

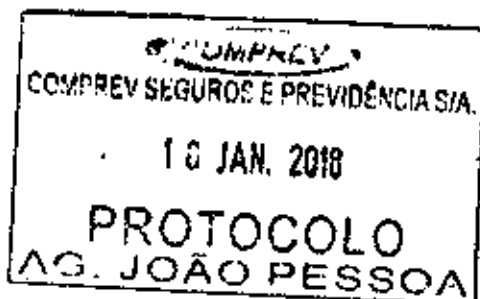
DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano EPMARC INFORMATICA LTDA -ME	
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
005L4000001007025		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1570719	99996666	C24054678	INTERNACAO
1570719	30736056	C24054678	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTOS
1570719	30726182	C24054679	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO



34- 112886



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: Washington Luiz do Silva Costa Idade: 44
Prontuário: 14 Data de admissão: 14 / 12 / 16
Médico: dr. Andressa
Acomodação:

DADOS DA ADMISSÃO

Data da cirurgia: 16. 12. 16 Horário:
Cirurgia:
Equipe cirúrgica:

Marque com um "X" as opções do checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente)				Setor: <u></u>			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Identidade do paciente.	☐	☐	☐	Exames de imagem.	☐	☐	☐
Avaliação pré-anestésica.	☐	☐	☐	Retirada de adornos/prótese e guarda adequada.	☐	☐	☐
Informação de lateralidade pelo MA.	☐	☐	☐	Termo de consentimento concedido - cirurgia.	☐	☐	☐
Confirmação de vaga em UTI.	☐	☐	☐	Termo de consentimento concedido - anestesia.	☐	☐	☐
Exames laboratoriais.	☐	☐	☐	Confirmação de reserva de sangue.	☐	☐	☐
Tricotomia até 2h antes.	☐	☐	☐	ASSINATURA: <u></u>			

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista do BO):							
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmar identidade do paciente.	☐	☐	☐	Confirmada reserva e disponibilidade de sangue se risco de perda sanguínea (> 500ml/adulto - 7ml/kg Criança).	☐	☐	☐
Prontuário ativo.	☐	☐	☐	Via aérea difícil / risco de aspiração.	☐	☐	☐
OPME checado.	☐	☐	☒	Confirmação de vaga em UTI.	☐	☐	☐
Chequeagem completa dos equipamentos.	☐	☐	☐	Chequeagem completa das medicações a serem utilizadas.	☐	☐	☐
Alergias conhecidas.	☐	☒	☒				
Especificar: <u>Dipirona</u>							

ESPECÍFICO:							
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):							
ITENS DE VERIFICAÇÃO		S	N	NSA			
Membros da equipe cirúrgica		☒	☐	☐			
Cirurgião, anestesiologista e enfermeira verbalmente confirmam:							
Lateralidade do procedimento.		☒	☐	☐	Direito ☐	Esquerdo ☒	
Paciente certo.		☒	☐	☐			
Sítio cirúrgico identificado.		☒	☐	☐			

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:							
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA				
Revisão do cirurgião	☒	☐	☐	IMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA. 16 JAN. 2018 PROTOCOLO AS. JOÃO PESSOA			
Há material/instrumental específico para o procedimento a ser realizado.	☒	☐	☐				
Checou equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento.	☒	☐	☐				
Antibióticoprofilaxia realizada nos últimos 60 min.	☒	☐	☐				
Revisão do anestesiologista	☒	☐	☐				
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada.	☒	☐	☐				
Revisão da enfermagem	☒	☐	☐				
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando.	☒	☐	☐				
Esterilização do material confirmada e validada.	☒	☐	☐				

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):							
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA				
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados.	☐	☐	☐				
Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura.	☐	☐	☐				
Identificação e acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica.	☐	☐	☐				
Preenchimento de guias e/ou relatórios pelo médico cirurgião.	☐	☐	☐				
Mantém cabeceira do leito elevado 30° a 45°.	☐	☐	☐				
Orientação de posicionamento de membros.	☐	☐	☐				
Orientação de cuidados com drenos e sondas.	☐	☐	☐				

Legenda: S = Sim / N = Não / NSA = Não se aplica.

DATA: 14 / 12 / 16
Ass. Técnico: Ass. Enfermagem / COREN: 151698 Ass. Anestesiologista / CRM: Ass. Cirurgião / CRM:

CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE JOÃO PESSOA LTDA
MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

Nome: Wilton Junior de S. Costa Registro: 394622/19 CONVÊNIO: Hapvida
 Tipo de Cirurgia: Artroscopia de joelho CIRURGIÃO: Dr. Rodrigo
 1º Auxiliar: Dr. Felipe Anestesiista: Dr. João Tipo de Anestesia: Sedação
 Instrumentador(s): _____ Infeção: _____ Término: _____ Duração: _____

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.	Materiais	Cód.	Q.	Materiais (Fios)	Cód.	Q.
Adrenalina (amp)	32721		Nitroglicerina (amp)	148772		Compressa cirúrgica	26182		Fio de Algodão Agulhado 2-0	118367	
Água Destilada (amp) 10ML	34290		Oclotocina 500 (Oristina)	121737		Compressa de gaze	122903		Fio de Algodão Agulhado 3-0	118338	
Água Destilada 1000ml	34282		Panacem 2mg	42315		Conexão de Zvies	91200		Fio de Algodão Agulhado 4-0	118066	
Atropina (amp)	35181		Plavix (amp)	49581		Dreno de Penrose 2L	26903		Fio de Algodão S/Agulhado 0	25909	
Azul de Metileno	31783		Proctol	59609		Eletrodo Descartável	27910		Fio de Algodão S/Agulhado 2-0	25917	
Buscopan Composto (amp)	30064		Propofol (amp)	48542		Equipo Microscopos	27081		Fio de Algodão S/Agulhado 3-0	25925	
Buscopan simples (amp)	36161		Proxiglicina (amp)	43060		Equipo Microscopos	27065		Fio Cirúrgico Cromado 2-0	25992	
Benzocetil 1200 LI	30482		Quelidex	41150		Esparadrapo	50997		Fio Cirúrgico Cromado 3-0	26000	
Bupivacaína Isobárica (Neoc.)	48186		Ramitidina/Amak 25 mg (amp)	39144		Faixa de Smarth de 10cm	25534		Fio Cirúrgico Cromado 4-0	26026	
Bupivacaína Pesada (Neoc.)	48194		Sevoflurano/Sevoflurano 250ml	72893		Faixa de Smarth de 15cm	25763		Fio Cirúrgico Cromado 5-0	26016	
Ceftriaxona 1G (Keflin)	42095		Soro Ringer Clorado 500 ml	43290		Fita p/ Clotexia	134124		Fio Cirúrgico Simples 2-0	25944	
Ceftriaxona 1G (Kefzol)	42093		Soro Ringer 500ml	118240		Gorro Descartável	50857		Fio Cirúrgico Simples 3-0	25950	
Ceftriaxona 1G (Rocefin)	43400		Soro fisiológico 1000 ml	43758		Lamina de Bisturi Nº 11	24972		Fio Cirúrgico Simples 4-0	25968	
Complexo B (amp)	38490		Soro fisiológico 500 ml	43800		Lamina de Bisturi Nº 15	50954		Fio Cirúrgico Simples 5-0	25976	
Dexametona (amp) 4MG	30811		Soro fisiológico 250ml	43796		Lamina de Bisturi Nº 23	140629		Fio Ethibond 0	25760	
Dexametona (amp)	38075		Soro glicosado 250 ml	43860		Lamina de Bisturi Nº 24	118970		Fio Ethibond 2-0	25063	
Dexametona (amp)	118472		Soro glicosado 500 ml	43844		Lanceta p/ Clotexia	54680		Fio Ethibond 3-0	25073	
Diploona (amp)	38008		Taxil/Tenoxican 40mg (amp)	119783		Latex	105112		Fio Kirchner	21879	
Dolantina (amp)	39985		Tilatil/Tenoxican 20mg (amp)	44415		Lava de Procedimento	139206		Fio Monocryl Nº 0	31968	
Dormonid 5mg (amp)	40045		Tramal (amp) 100mg	39186		Lava Esteril Nº 2,0	30651		Fio Monocryl Nº 2	31975	
Dormonid 15mg (amp)	40037		Tramal (amp) 50mg	39765		Lava Esteril Nº 2,5	30650		Fio Monocryl Nº 3	31984	
Dramin B6 (amp) IM 2ml	40088		Urtiva 2mg	118970		Lava Esteril Nº 3,0	30678		Fio Monocryl Nº 4	31992	
Dramin B6 DL 10ml	126122		Vitamina C	45110		Lava Esteril Nº 3,5	30668		Fio Monocryl Nº 5	32000	
Efedrina	118185		Vitamina K	50644		Malha Tubular 10cm	30724		Fio Monocryl Nº 0	35697	
Efortil (amp)	40142		Vitamina K	50644		Mascara Descartável	50822		Fio Monocryl Nº 1	31747	
Emergan 10 mg (amp)	49263					Microscopio	51004		Fio Monocryl Nº 2	31760	
Fenergan 25 mg (amp)	49100					Propt Descartável	50849		Fio Monocryl Nº 4	31941	
Fentanil (amp) 2ML	119923					PVPJ Degermante	31179		Fio Prolene 0	32050	
Fentanil (amp) 5ML	143419					PVPJ Tintura	32360		Fio Prolene 2-0	32069	
Furosemida 20 mg/2ml	36722					Seringa Descartável 3ml	30848		Fio Prolene 3-0	146390	
Furosemida 40 mg/2ml	36730					Seringa Descartável 5ml	30856		Fio Vial Nº 0	32220	
Gentamicina (amp) 80mg/2ml	37400					Seringa Descartável 10ml	30864		Fio Vial Nº 1	34964	
Gentamicina (amp) 40mg/ml	75004					Seringa Descartável 20ml	30872		Fio Vial Nº 2-0	32239	
Glicose 50% (amp)	48593					Sonda de Aspiração Nº 06	30917		Fio Vial Nº 3-0	32247	
Glicose 25% (amp)	48585					Sonda de Aspiração Nº 08	30945		Fio Vial Nº 4-0	32253	
Glicose 10% (amp)	36790					Sonda de Aspiração Nº 10	30953		Fio Vial Nº 5-0	32263	
Glicose 500 mg (amp)	36412					Sonda de Aspiração Nº 08	30945		Fio Vial Nº 6-0	32271	
Hixidex	135144					Sonda de Aspiração Nº 10	30953		CLOREX ALCOOLICA	9000ml	
Insulina Regular	41602					Sonda de Aspiração Nº 12	30961		CLOREX DEGERMANTE	9000ml	
Insulina NPH (Inac)	41530					Sonda de Aspiração Nº 14	30970		Taxa/Equipamentos	Cód.	Q.
Levobupiv. 0,5% C/V(Norab.)	134164					Sonda de Aspiração Nº 16	30988		Artroscópio	05005073	
Levobupiv. 0,5% S/V(Norab.)	134165					Sonda de Aspiração Nº 18	30996		Bisturi Elétrico	05005074	
Lidocaína 2% C/Viao 30ml	45233					Sonda Foley 2V 12	31291		Bomba de Infusão	05005123	
Lidocaína 2% Geléia	45217					Sonda Foley 2V 14	31321		REC Anestesia	01001051	
Lidocaína 2% S/Viao 30ml	45250					Sonda Foley 2V 16	31330		Intensificador Imagem	05005041	
Lidocaína 2% SPRAY	45268					Sonda Foley 2V 18	30981		Monitor	05005128	
Midazolam 15mg/ml	40037					Tornozelo 2V	147256		Oscilômetro Pulso	05006004	
Midazolam 50mg/ml	40053					Tratador	37103		Oxido Nitroso	07007018	
Misoprostol Comp	103950					Tratador	30163		Oxigênio sob Máscara	07007004	
Nausecton (amp) 4mg	149848					Tratador	150392		Perfurador Elétrico	05005097	
Nimbren 10mg	118895					Tratador	27030				
Nitrofur 20mg	127562					Tratador	50768				

Data: 14/12/16

ENFERMEIRO(A)
Assinatura e Carimbo

CIRCULANTE
Assinatura e Carimbo

PROTOCOLO
DE JOÃO PESSOA

16 JAN. 2018

37

FICHA DE ANESTESIA



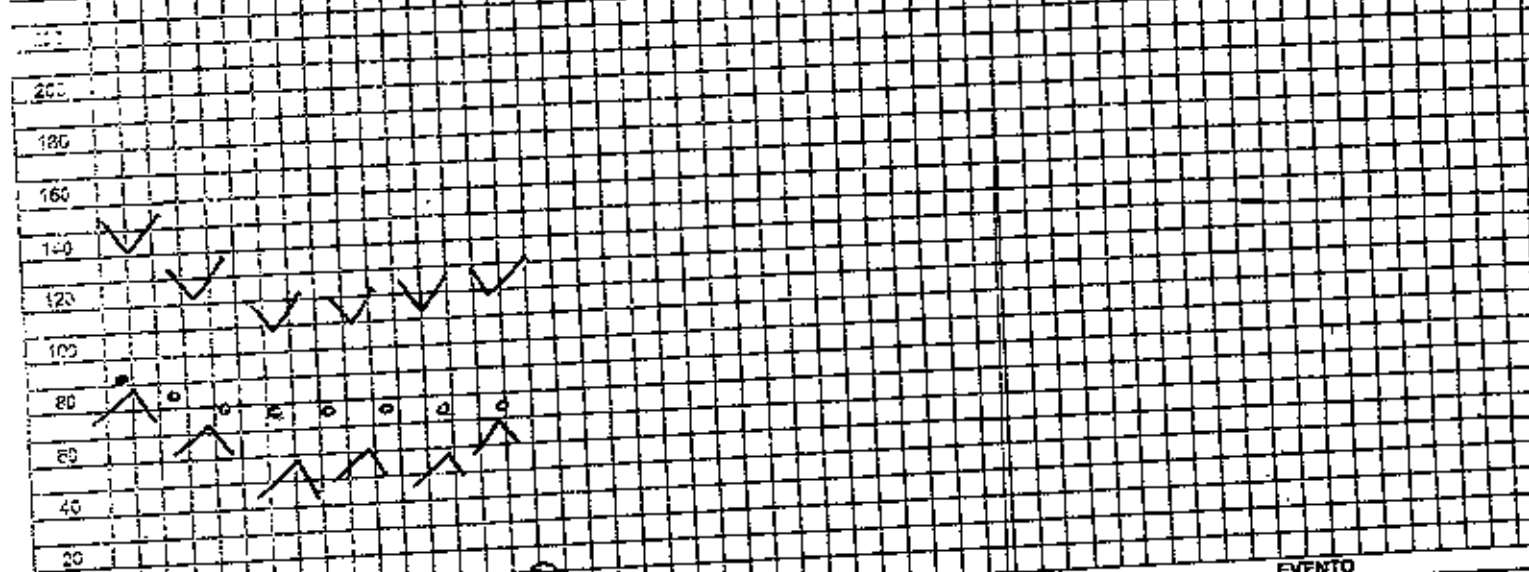
HOSPITAL
PADUA

Nome: WASHINGTON Luiz da Silva Costa Data: 14.1.18
 Idade: _____ Sexo: F () M (X)
 Prontuário: _____ Convênio: APVIA
 Diagnóstico: REPARO DE LIGAMENTOS (LETO DE STERIL)
 Cirúrgico: _____ Anestesiador: BLOO VIGOR + SEDATIVO
 Cirurgião: FELIPE + ANDREA ASA: I

HORA	→	→	→	→
0				
150				
30				

Equipamentos: _____

CANALIZADO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂	99%	99%	99%	
ETC O ₂				
PFC				



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fentanil	100mcg																		
Cetamina	50mg																		
Propofol	500mg																		
Cefazolina	2g																		
Isorhexom	10mg																		
Dexametasona	10mg																		
Dipirona	2g																		
Volume	1500ml																		
KL																			

Condição final op: Boas.
 Intercorrências per. op: _____
 Ass. Anestesiado - CRM: _____
 Dr. João Araújo de Almeida
 Médico Anestesiologista
 CRM-PB 7609 - CPF 057.325.900-05
 FICHA DE ANESTESIA REF: 74

BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito: _____	Atendimento: _____	Data: 14 / 12 / 16
Nome: _____	Idade: _____	Sexo: ☒ M ☐ F
Diagnóstico Clínico: <u>lesão ligamentar colateral ulnar</u>	Diagnóstico Cirúrgico: <u>ligamento colateral ulnar polgar</u>	

CIRURGIA PROPOSTA <u>lesão ligamentar e reconstrução ligamento colateral ulnar polgar</u>	PROCEDIMENTO REALIZADO <u>expor ligamento do LCU polgar</u>
TIPO DE ANESTESIA <u>Fluorid</u>	MATERIAL ESPECIAL LIBERADO

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO			
LESPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
X			
Início: _____ hs		Término: _____ hs	

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
posicionamento do paciente. Assupria e antissupria. Colocação de campos conforme habitual para MSE. Exatamento venoso e gametamino. Ação de Wagner. Demo-ulnar. Dissecção por plano. Ação da abertura do osso. Identificação do LCU. Acheado: infra por local e osteoporose metáfisária. Realizados 2 túneis intracósteos e realizado Kwik-modificado no LCU. Sutura manobrada. Obstrução posicionamento de 45° fixação e tensionamento do fio e ligamento. Realizada sutura da placa volar e repem capsular. Sutura da abertura do osso. Sutura um vaso um abertura e com stop Lavagem com SF 0,9%. Sutura de por plano. Sutura osso. Sutura de garoto com 1/145 de profundidade e obstrução de osso. Sutura distal. Radiografia controla. Sutura com polgar. Paciente encaminhado à SRA um dia e conduta.

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO <u>SIMPLEX</u> COMPREY SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 10 JAN. 2018 PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:			
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS		PEÇAS OPERATÓRIAS
NÃO ☒ SIM ☐ Especificar: _____	Quantidade no início: _____	Quantidade no término: _____	☐ Anátomo Patológico ☒ Não ☐ Sim ☐ Congelação Resultado: _____ Especificar: _____
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS		PEÇAS OPERATÓRIAS
NÃO ☒ SIM ☐ Especificar: _____	Quantidade no início: _____	Quantidade no término: _____	☐ Anátomo Patológico ☒ Não ☐ Sim ☐ Congelação Resultado: _____ Especificar: _____



Nome do paciente: Washington Luiz da Silva Costa
Idade: 32 Leito: 312-2 Dias de internação: _____
HD: _____ Unidade: Intensiva

NOME	DATA	EVOLUÇÃO
20820	34/12/16	Paciente em A.C. de recuperação, relacionamento de ligamento poligon (E), Mte. engrossado, afeto HVP, densas espessuras. Segui as cuidados da enfermagem.
		Márcia M. Marques Pereira ENFERMEIRA COMP. 2.000
21190	34/12/16	Paciente alta hospitalar.



[illegible]FORM 011 ASS ENF DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REV 02

Solicitacao de OPMES

PARCELAS - 0001 0001

DATA - 27/12/16

HORA - 10:29:21

PACIENTE

Nome do Paciente: WASHINGTON LUC DA SILVA COSTA

Codigo Paciente: 002400001097

Plano: Individual () Empresa (X) Qual Empresa: REPIMARC INFORMATICA LTDA - ME

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

Prestador Solicitante: CLIN ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332558919

Medico Solicitante: LUCIANO JOSE LPA MENDES Telefone: 8332251347

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Codigo AMS/CBHM: 30723182 Senha: C24054679 Tipo Liberacao Procedimento: NORMAL

Cirurgia ou procedimento: LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO (JOELHO)

Urgencia () Retivo (X)

Dados apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt. Autorizacao	Dt. Parecer Auditor	Dt. Parecer Especialista	Dt. Liberacao GNRAP	Dt. Internacao
07/12/2016	07/12/2016	23/12/2016	23/12/2016	24/12/2016
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador GNRAP	
DENISEBM	MEVANUS	MARCELO	THAIELE	
Dt. Informacao Paciente			Qtd Dias	Situacao
24/12/2016			17	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO		USUARIO COM COBERTURA OPMES							
Codigo	Descricao	Tip	Fornecedor	Qtd	VL DOU VL Fornecedor	VL GNRAP	Tx Co-Autoriz	Lib	
99670366	ANCORA MONTADA	ME	FORNECEDOR	1		700,00	35,00	SM	NR
99970379	KIT ARTROSCOPIA C/ LIGAMENTO	ME	PRESTADOR		1.500,00			NAO	
99902505	MINIANCORA	ME	PRESTADOR					NAO	

Dados apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

R_OPMES 57635001

DADOS DA AUTORIZAÇÃO		DADOS DO BENEFICIÁRIO	
1 - ANS - nº 36.825-3	2 - DATA DE AUTORIZAÇÃO 05/01/16	3 - DATA DE VALIDADE DA GUAR 05/01/16	4 - DATA DE EMISSÃO DA GUAR
5 - NOME DO CARTÃO 0052400000004047		6 - VALOR DA CARTÃO	
7 - NOME WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA		8 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
9 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CUF	10 - NOME DO CONTRATADO	11 - CÓDIGO CNES	
12 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ANDREA HATTON NASTALA	13 - CATEG. PROFISSIONAL CRM	14 - Nº DO CONSELHO 40582	15 - UF PB
16 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CUF		17 - NOME DO PRESTADOR	
18 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO E - Outros U - Urgência/Emergência	19 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínica 2 - Centro 3 - Observatório 4 - Policlínica 5 - Politélica	20 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domicílio	21 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS 08
22 - INDICAÇÃO CLÍNICA União ligamento colateral ulnar polgar (E)			

RESPOSTAS DIAGNÓSTICAS			
23 - TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica	24 - TEMPO DA DOENÇA 2 L D	25 - LOCALIZAÇÃO DE ACIDENTE D - Admite-se doença relacionada ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros	
26 - CID 10 (P) S56	27 - CID 10 (Q)	28 - CID 10 (R)	29 - CID 10 (S)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS				
30 - TABELA	31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	32 - DESCRIÇÃO	33 - QTD. SOLIC.	34 - QTD. AUTORIZ.
1	30736056	reconstrução / funcionamento / ligamento	0,4	
2	30726182	unión ligamentares aguda - Hb ungueal	0,1	
3				
4				
5				

ONF SOLICITADOS					
35 - TABELA	36 - CÓDIGO DO ONF	37 - DESCRIÇÃO ONF	38 - QTD.	39 - FABRICANTE	40 - VALOR UNITÁRIO R\$
1		Mini ancora 2,7 mm	0,2		
2		montada			
3		Mini ancora 2,5 mm	0,1		
4					
5					

DADOS DA AUTORIZAÇÃO		DADOS DA ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	
41 - DATA DE ADMISSÃO NO HOSP	42 - QTD. DIÁRIAS AUTORIZADAS	43 - TIPO DE AUTORIZAÇÃO Conferência	44 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ
45 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO	46 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS	47 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	
48 - OBSERVAÇÃO		49 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	
50 - OBSERVAÇÃO		51 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 JAN. 2016
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

CÓD. 88595 600 bls. 50x1 1.547.501 A 1.577.000 - 05/14

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:34

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40894365	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 116224/3	
Profissional(is): CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA CRM 6902 [1]	Nº: 08729837	02/02/2017	às 18:10

ANAMNESE

Queixa Principal	CIRURGIA MÃO ESQUERDA	[1]
------------------	-----------------------	-----

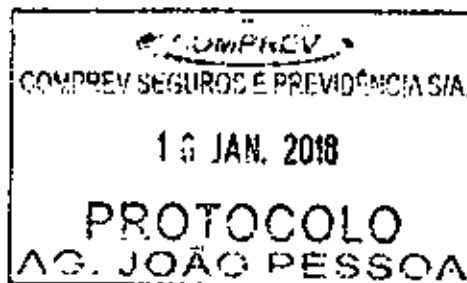
CID10	S63 LUXAC ENTORS DISTENS ARTIC LIG NIV PUNHO MA	[1]
-------	---	-----

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica		
----------------------	--	--

CID10	S63 LUXAC ENTORS DISTENS ARTIC LIG NIV PUNHO MA	[1]
-------	---	-----

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO



45

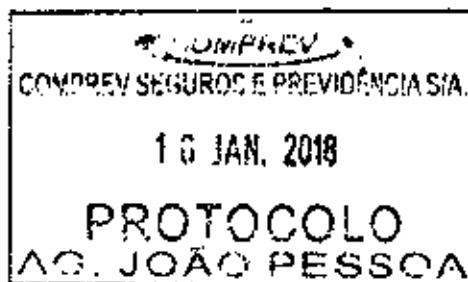
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

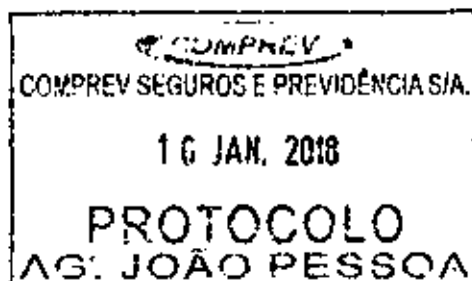
CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:27

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DT. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40179353	Prontuário: 13134703
Convênio: MAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/11	
Profissional(is): NATALYA DE SANTANA ROCHA COREN 361723 [1]		Nº: 08100402	28/12/2016 às 01:03
SINAIS E SINTOMAS			
Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem		Atendido pelo setor de imobilização	[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 JUSTIFICADO AS 01:12, EM 28/12/2016 RESP. NATALYA DE SANTANA ROCHA, COREN/PB 361723. MOTIVO: OK [1]	



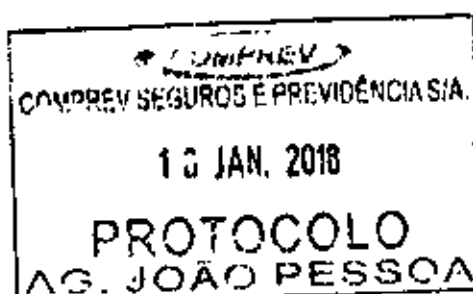
Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DT. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40179353	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/11	
Profissional(is): SANTINO DA ROCHA ARNAUD NETO CRM 2873 (1)		Nº: 08100085	27/12/2016 às 23:58
ANAMNESE			
Queixa Principal	PCTE DIZ QUE SOFREU QUEDA QUEIXA-SE DE DORES NO TORNUELO DIR. RELATA QUE ESTA REALIZANDO TRAT// P/ FRT DO CALCANEIO DIR		(1)
CID10	S920 FRAT DO CALCANEIO		(1)
Queixas e Sinais Gerais	DOR EDEMA NO TORNUELO DIR CONTUSÃO DO TORNUELO DIR FRT DO CALCANEIO DIR MANTIDA RX DO TORNUELO DIR APP RX DO CALCANEIO DIR AXP TALA BOTA BIOFLAC RETORNO MANTIDO		(1)
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S920 FRAT DO CALCANEIO		(1)
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	28/12/2016		(1)
Hora Da Alta	00:11		(1)



CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:29

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40179355	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): LUAN MARTINS DE SOUSA CRM 9282 [1]	Nº: 08099753	27/12/2016	As 23:21
ANAMNESE			
Queixa Principal	ACIDENTE DE MOTO HA 1 MES. RELATA DOR EM CALCANHAR. ORTOPEDISTA ESTA EM INTERCORRENCIA. SOLICITO RAO X PARA ADIANTAR.		[1]
CID10	Z000 EXAME MEDICO GERAL		[1]
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	Z000 EXAME MEDICO GERAL		[1]



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:26

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40104417	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES CRM 7654 [1]	Nº: 08021031	22/12/2016	às 13:25
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA HA APROX 54 DIA, EM TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CALCANEIO. CHEGA SEM IMOBILIZAÇÃO (REFERE TIRAR A IMOBILIZAÇÃO HA 8 DIAS)

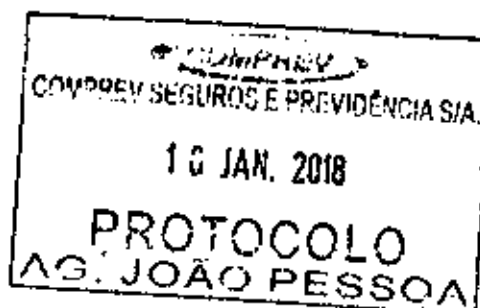
[1]

CD SOLICITO RADIOGRAFIAS

CID10

S920 FRAT DO CALCANEIO

[1]



CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:24

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40064224 Prontoário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118225/8

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA CRM 10582 [1] Nº: 07988613 20/12/2016 às 12:37

ANAMNESE

Queixa Principal

EF: Fo em cicatrização
Sem flogose ou saída de secreção

[1]

RX: manutenção da redução

CD: Mantenho tala
Retorno em 1 semana para retirada de pontos
Mantem tala por 4 semanas
Oriento mobilização da IF polegar

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

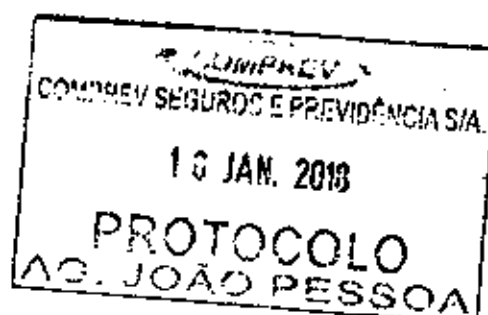
DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta 20/12/2016

[1]

Hora Da Alta 12:39

[1]



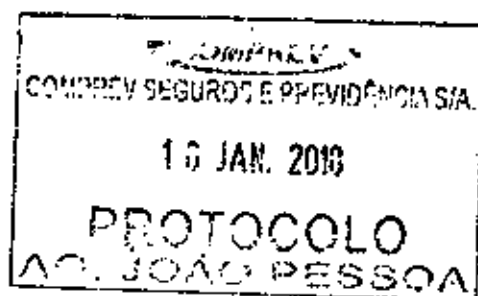
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

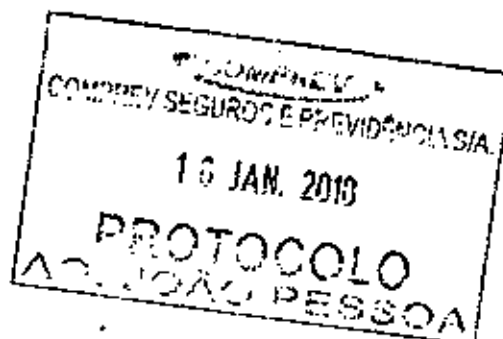
CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:52

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39498987	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/12	
Profissional(is): NATALYA DE SANTANA ROCHA COREN 361723 [1]		Nº: 07493984	18/11/2016 às 23:38
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 JUSTIFICADO AS 23:11, EM 18/11/2016 RESP. NATALYA DE SANTANA ROCHA, COREN/PB 361723. MOTIVO: OK [1]	



Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dr. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40064224	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118225/8	
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA CRM 10582 (1)	Nº: 07888027	20/12/2016	às 12:03
ANAMNESE			
Queixa Principal	Pós operatório de Lesão de Stenner		[1]
	CD: Retirada de tale e curativo + RX		
CID10	S63 LUXAC ENTORS DISTENS ARTIC LIG NIV PUNHO MA		[1]
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S63 LUXAC ENTORS DISTENS ARTIC LIG NIV PUNHO MA		[1]



CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:24

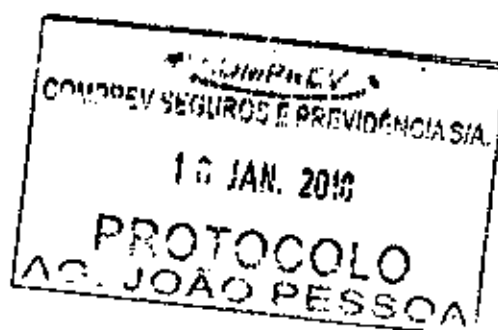
Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40064224	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118225/8	
Profissional(is): AGNES MEIR CALDAS SOUZA BERNADELI COREN 420966 (1)		Nº: 07989263	20/12/2016 às 13:19
CONTROLE VITAIS			
SINAIS VITAIS			
Dor			(1)
Estágio Da Hipertensão			(1)
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS 1 REALIZADO AS 13:19, EM 20/12/2016 RESP. AGNES MEIR CALDAS SOUZA BERNADELI, COREN/PB 420966. (1) CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 13:19, EM 20/12/2016 RESP. AGNES MEIR CALDAS SOUZA BERNADELI, COREN/PB 420966.	

COMPANHIA
CORREY SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
16 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:30

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DT. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40210838	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): ANDREA KATTORI NASRALA CRM 10582 [1]		Nº: 08123682 29/12/2016 às 11:54	
ANAMNESE			
Queixa Principal	Seguimento de Stenner		[1]
	Cd: refiro bala		
CID10	S625 FRAT DO POLEGAR		[1]
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S625 FRAT DO POLEGAR		[1]



CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:30

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40210838 Prontuário: 13134703
Convênio: MAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Leito: /

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA CRM 10582 (1) Nº: 08124190 29/12/2016 às 12:20

ANAMNESE

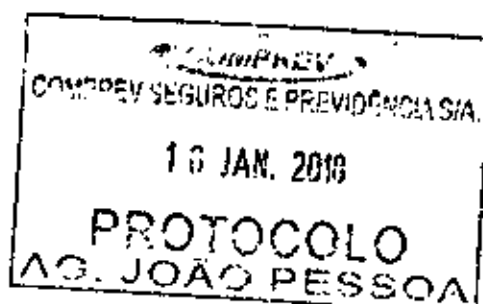
Queixa Principal

EF: ADM de IF polegar 45°
Ausência de flogose ou saída de secreção pela FO
ADM de MTCF 30°

(1)

CD: Retirada de pontos
Oriento mobilização da IF polegar
Retorno em 2 semanas para colocar órtese e iniciar fisioterapia
Orientações gerais

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:31

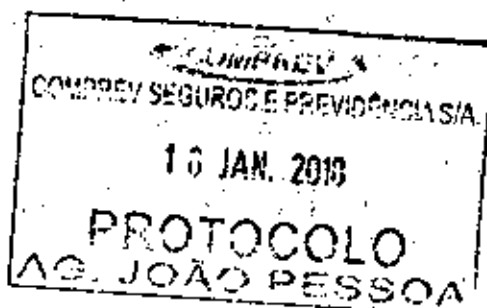
Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Ot. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40628214	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOÃO PESSOA	Posto:	Letto: /	

Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1]	Nº: 08489903	20/01/2017	às 16:28
--	--------------	------------	----------

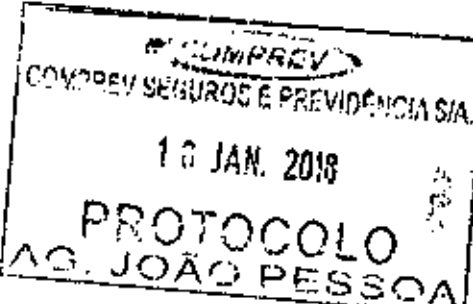
--	--	--	--

ANAMNESE			
Queixa Principal	DOR NO CALCANEIO D		[1]
CID10	S920 FRAT DO CALCANEIO		[1]

DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S920 FRAT DO CALCANEIO		[1]



Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39109501	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/12	
Profissional(is): JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO CRM 4518 [1]		Nº: 07156558	27/10/2016 às 22:14
ANAMNESE			
Queixa Principal	DOR NO TORNOZELO DIREITO		[1]
CID10	S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO		[1]
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	27/10/2016		[1]
Hora Da Alta	22:18		[1]


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 10 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:56

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Dt. Nasc.: 03/05/1984

Atendimento: 39840956

Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO EMERGÊNCIA ADULTO

Leito: 118224/2

Profissional(is): ORLANDO CAVALCANTI DE FARIAS FILHO CRM 4127 [1]

Nº: 07786302 07/12/2016 às 13:30

ANAMNESE

Queixa Principal

Velo para trocar tala MSE

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta

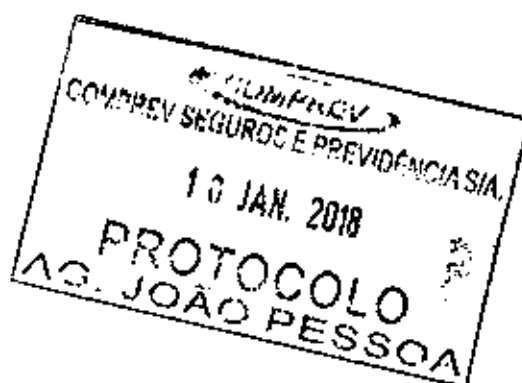
07/12/2016

[1]

Hora Da Alta

13:33

[1]



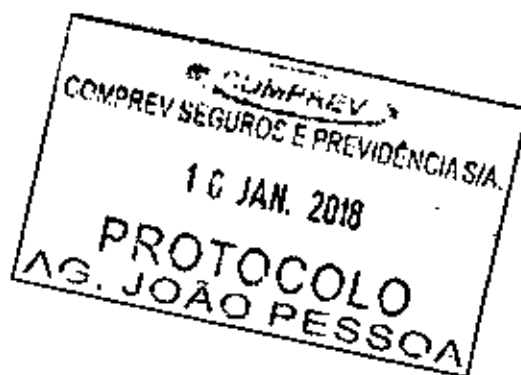
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:46

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39472085	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVÍDA JOÃO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/11	
Profissional(is): JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO CRM 4518 [1]		Nº: 07470294	17/11/2016 às 14:52
ANAMNESE			
Queixa Principal	FRATURA DE CALCANEIO		[1]
CID10	S920 FRAT DO ASTRAGALO		[1]
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S921 FRAT DO ASTRAGALO		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO			
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	17/11/2016		[1]
Hora Da Alta	14:58		[1]



Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39622104	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/14	
Profissional(is): ANDREA MATTORI NASRALA CRM 10582 [1]	Nº: 07595043	25/11/2016	às 11:51

ANAMNESE

Queixa Principal: Paciente com diagnóstico de lesão de Stenner [1]
 EF: tela polegar
 Neurovascular ok
 CD: Agendado procedimento cirúrgico para 4ª feira às 13h.
 Orientações gerais
 Analgesia se necessário

CID10: M242 TRANST DE LIGAMENTOS [1]

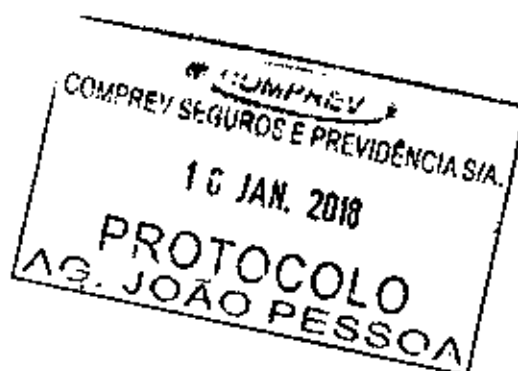
DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica: M242 TRANST DE LIGAMENTOS [1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta: 25/11/2016 [1]
 Hora Da Alta: 12:10 [1]



CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:51

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 39498987 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/12

Profissional(is): JOSE MARTINHO CLAUDINO DE PONTES CRM 4719 (1) Nº: 07492691 18/11/2016 às 21:20

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE VEIO TROCAR TALA (1)

CID10 S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO (1)

Complemento E Detalhes Do Diagnóstico REFERE VAT HA 4 ANOS (1)

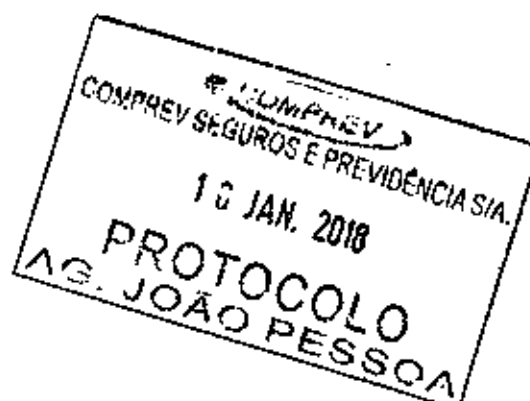
DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10 S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO (1)

Complemento E Detalhes Do Diagnóstico REFERE VAT HA 4 ANOS (1)

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO



67

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:56

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DT. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39840956	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/2	
Profissional(is): ORLANDO CAVALCANTI DE FARIAS FILHO CRM 4127 (1)		Nº: 07786302	07/12/2016 às 13:30
ANAMNESE			
Queixa Principal	Velo para trocar tala MSE		(1)
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO		(1)
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	07/12/2016		(1)
Hora Da Alta	13:33		(1)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

26457848

1. Nome do Paciente ANDRÉ G. SILVA	2. Nº do Prontuário 25457848	3. Data de Autorização	4. Data de Validade da Autorização	5. Data de Validade da Guia	6. Data de Emissão da Guia
7. Endereços do Paciente 005400001007025	8. Nome do Paciente PLANO EMPRESA APARTAMENTO	9. Valor da Guia	10. Nome do Profissional WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	11. Número do Cartão Nacional de Saúde	12. Código CEE 2399989
13. Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA	14. Nome do Contratado CLINICA ORTO F TRAUMA DE JOAO PESSOA - HOSP	15. Nome do Profissional CRM	16. Número no Conselho 1725	17. UF PE	18. Código CBO E 2399989
DADOS DA SOLICITAÇÃO E PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS					
19. Descrição da Solicitação	20. Centro de Solicitação U - Prefeitura U - Unidade Emergência	21. CID 10 M600	22. Referência Clínica		
23. Tabela	24. Código da Procedência	25. Descrição	26. Data Início	27. Data Fim	28. Valor Autor
1	02	39220045 CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS			
2	02	32230015 CALHA DO TALA MEMBRO SUPERIOR			
3					
4					
5					
DADOS DO USUÁRIO E PRECATORIO					
29. Código de Orientação CBO E	30. Nome do Contratado ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA	31. UF	32. CBO E	33. CBO E	34. CBO E
35. Código de Orientação CBO E	36. Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA	37. CBO E	38. CBO E	39. CBO E	40. CBO E
DADOS DO ATENDIMENTO					
41. Tipo de Atendimento	42. Tipo de Atendimento	43. Tipo de Atendimento	44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Atendimento	46. Tipo de Atendimento
47. Tipo de Atendimento	48. Tipo de Atendimento	49. Tipo de Atendimento	50. Tipo de Atendimento	51. Tipo de Atendimento	52. Tipo de Atendimento
CONSULTA REFERENCIAL					
53. Tipo de Consulta	54. Tipo de Consulta	55. Tipo de Consulta	56. Tipo de Consulta	57. Tipo de Consulta	58. Tipo de Consulta
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS					
59. Data	60. Hora Inicial	61. Hora Final	62. Tipo	63. Código da Procedência	64. Valor
				39220045 CURATIVO DE EXTREMIDADES	0.00
				32230015 CALHA DO TALA MEMBRO SUPERIOR	0.00
65. Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento					
66. Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento					
67. Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento					
68. Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento					

R210048

LUIZ ALEXANDRE DE OLIVEIRA LIMA 13/01/2017 14:33

132.85 4.10

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

26112160

1 - Nome do Paciente WILSON LUIZ DA SILVA COSTA		2 - Data de Nascimento 26/12/60		3 - Data de Análise 13/01/2017		4 - Sexo M		5 - Data de Validade do Seguro 31/12/2017		6 - Tipo de Faturamento Ordem	
7 - Nome do Contratante FLAVIO EMPRESA APARTAMENTO		8 - Endereço do Contratante CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - INCLP		9 - Nome do Contratado WILSON LUIZ DA SILVA COSTA		10 - Número do Contrato 239925		11 - Código CBO 239925		12 - Código CBO 239925	
13 - Nome do Profissional LIAN MARTINS DE SOUSA		14 - Endereço do Profissional CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - INCLP		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número no Conselho 8292		17 - UF SP		18 - Código CBO 239925	
19 - Tipo de Serviço Consulta		20 - Código do Procedimento 00010071		21 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		22 - T. Sup. 2000		23 - Valor do Serviço 2000		24 - Valor do Serviço 2000	
25 - Código do Procedimento 00010071		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		27 - T. Sup. 2000		28 - Valor do Serviço 2000		29 - Valor do Serviço 2000		30 - Valor do Serviço 2000	
31 - Código do Procedimento 30040113		32 - Descrição RAXOX PE OU PODOCACT		33 - T. Sup. 2000		34 - Valor do Serviço 2000		35 - Valor do Serviço 2000		36 - Valor do Serviço 2000	
37 - Código do Procedimento 30040113		38 - Descrição RAXOX CALCANEO		39 - T. Sup. 2000		40 - Valor do Serviço 2000		41 - Valor do Serviço 2000		42 - Valor do Serviço 2000	
43 - Nome do Contratante FLAVIO EMPRESA APARTAMENTO		44 - Endereço do Contratante CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - INCLP		45 - Nome do Contratado WILSON LUIZ DA SILVA COSTA		46 - Número do Contrato 239925		47 - Código CBO 239925		48 - Código CBO 239925	
49 - Nome do Profissional LIAN MARTINS DE SOUSA		50 - Endereço do Profissional CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - INCLP		51 - Conselho Profissional CRM		52 - Número no Conselho 8292		53 - UF SP		54 - Código CBO 239925	
55 - Tipo de Serviço Consulta		56 - Código do Procedimento 00010071		57 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		58 - T. Sup. 2000		59 - Valor do Serviço 2000		60 - Valor do Serviço 2000	
61 - Código do Procedimento 30040113		62 - Descrição RAXOX PE OU PODOCACT		63 - T. Sup. 2000		64 - Valor do Serviço 2000		65 - Valor do Serviço 2000		66 - Valor do Serviço 2000	
67 - Código do Procedimento 30040113		68 - Descrição RAXOX CALCANEO		69 - T. Sup. 2000		70 - Valor do Serviço 2000		71 - Valor do Serviço 2000		72 - Valor do Serviço 2000	
73 - Nome do Contratante FLAVIO EMPRESA APARTAMENTO		74 - Endereço do Contratante CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - INCLP		75 - Nome do Contratado WILSON LUIZ DA SILVA COSTA		76 - Número do Contrato 239925		77 - Código CBO 239925		78 - Código CBO 239925	
79 - Nome do Profissional LIAN MARTINS DE SOUSA		80 - Endereço do Profissional CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - INCLP		81 - Conselho Profissional CRM		82 - Número no Conselho 8292		83 - UF SP		84 - Código CBO 239925	
85 - Tipo de Serviço Consulta		86 - Código do Procedimento 00010071		87 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		88 - T. Sup. 2000		89 - Valor do Serviço 2000		90 - Valor do Serviço 2000	
91 - Código do Procedimento 30040113		92 - Descrição RAXOX PE OU PODOCACT		93 - T. Sup. 2000		94 - Valor do Serviço 2000		95 - Valor do Serviço 2000		96 - Valor do Serviço 2000	
97 - Código do Procedimento 30040113		98 - Descrição RAXOX CALCANEO		99 - T. Sup. 2000		100 - Valor do Serviço 2000		101 - Valor do Serviço 2000		102 - Valor do Serviço 2000	

REVISÃO

1. LUIZ ALEXANDRO DE OLIVEIRA LMA 13/07/2017 14:29

102.95.4.101

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

64

26023861

RESULTS

LAKZ ALEXANDRO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2017 14:25

192 314 105

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

65

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SAOT N°

25359048

1 - Endereço Atual ANS nº 0		2 - Nº Cad. Profissional 25359048		3 - Fronteiras Programado		4 - Data de Atualização		5 - Status		6 - Data de Validade do Bônus		7 - Data de Fim do Ciclo	
8 - Nome do Contratado 000140000010101017		9 - Nome PLANO EMPRESA APARTAMENTO		10 - Endereço do Contratado		11 - Nome WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA		12 - Número do Contrato Regional de Saúde		13 - Código SNEB 23999229		14 - Código CBO S	
15 - Endereço do Contratado 9114070000101		16 - Nome do Contratado CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HOSP		17 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		18 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		19 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		20 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		21 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
22 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		23 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		24 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		25 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		26 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		27 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		28 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
29 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		30 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		31 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		32 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		33 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		34 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		35 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
36 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		37 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		38 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		39 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		40 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		41 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		42 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
43 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		44 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		45 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		46 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		47 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		48 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		49 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
50 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		51 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		52 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		53 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		54 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		55 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		56 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
57 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		58 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		59 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		60 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		61 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		62 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		63 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
64 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		65 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		66 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		67 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		68 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		69 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		70 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
71 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		72 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		73 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		74 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		75 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		76 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		77 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
78 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		79 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		80 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		81 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		82 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		83 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		84 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
85 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		86 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		87 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		88 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		89 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		90 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		91 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
92 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		93 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		94 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		95 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		96 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		97 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		98 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	
99 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		100 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		101 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		102 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		103 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		104 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		105 - Nome do Contratado JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	

RS100ANS

LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LUIZ 1207/2017 1550

192.85.4.101

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

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

25615303

1 - Registro em ANEXO 2	2 - Nº Data Provisória 25615303	3 - Data de Autenticação	4 - Data	5 - Data de Validade da Nota	6 - Data de Emissão de Guia
7 - Nome do Paciente JOÃO DA SILVA PESSOA	8 - Nome do Médico 0001400001007017	9 - Plano PLANO EMPRESARIAL APARTAMENTO	10 - Nome do Médico WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	11 - Nome do Médico WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	12 - Nome do Médico WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
13 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	14 - Nome do Contratado/Assinante CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HQM	15 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	16 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	17 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	18 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
19 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	20 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	21 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	22 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	23 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	24 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
25 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	26 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	27 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	28 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	29 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	30 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
31 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	32 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	33 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	34 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	35 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	36 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
37 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	38 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	39 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	40 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	41 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	42 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
43 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	44 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	45 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	46 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	47 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	48 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
49 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	50 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	51 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	52 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	53 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	54 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
55 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	56 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	57 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	58 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	59 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	60 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
61 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	62 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	63 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	64 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	65 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	66 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
67 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	68 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	69 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	70 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	71 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	72 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
73 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	74 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	75 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	76 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	77 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	78 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
79 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	80 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	81 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	82 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	83 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	84 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
85 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	86 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	87 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	88 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	89 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	90 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
91 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	92 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	93 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	94 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	95 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	96 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA
97 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	98 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	99 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	100 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	101 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA	102 - Nome do Contratado/Assinante JOÃO DA SILVA PESSOA

R3100ANS

1102 AL EXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/01/2017 13:47

192.854.101

COMPANHIA
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

26598998

1 - Registro Profissional SUS nº 0	2 - Nome do Profissional 26598998	3 - Data de Nascimento Programado	4 - Sexo Masculino	5 - Grau de Validade do Serviço	6 - Data de Emissão da Guia
7 - Número da Guia 0054200001107005	8 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	9 - Validade da Guia 10 - Nome WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Código CBO 2320803	13 - Código CBO 2320803
14 - Nome do Contratado/Responsável JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO	15 - Nome do Contratado/Responsável CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HQM	16 - Código Profissional CRM	17 - Número do Contrato 4518	18 - UF PB	19 - Código CBO 2320803
20 - Data de Nascimento 21 - Data de Nascimento 22 - Data de Nascimento 23 - Data de Nascimento	24 - Data de Nascimento 25 - Data de Nascimento 26 - Data de Nascimento 27 - Data de Nascimento	28 - Data de Nascimento 29 - Data de Nascimento 30 - Data de Nascimento 31 - Data de Nascimento	32 - Data de Nascimento 33 - Data de Nascimento 34 - Data de Nascimento 35 - Data de Nascimento	36 - Data de Nascimento 37 - Data de Nascimento 38 - Data de Nascimento 39 - Data de Nascimento	40 - Data de Nascimento 41 - Data de Nascimento 42 - Data de Nascimento 43 - Data de Nascimento
44 - Data de Nascimento 45 - Data de Nascimento 46 - Data de Nascimento 47 - Data de Nascimento	48 - Data de Nascimento 49 - Data de Nascimento 50 - Data de Nascimento 51 - Data de Nascimento	52 - Data de Nascimento 53 - Data de Nascimento 54 - Data de Nascimento 55 - Data de Nascimento	56 - Data de Nascimento 57 - Data de Nascimento 58 - Data de Nascimento 59 - Data de Nascimento	60 - Data de Nascimento 61 - Data de Nascimento 62 - Data de Nascimento 63 - Data de Nascimento	64 - Data de Nascimento 65 - Data de Nascimento 66 - Data de Nascimento 67 - Data de Nascimento
68 - Data de Nascimento 69 - Data de Nascimento 70 - Data de Nascimento 71 - Data de Nascimento	72 - Data de Nascimento 73 - Data de Nascimento 74 - Data de Nascimento 75 - Data de Nascimento	76 - Data de Nascimento 77 - Data de Nascimento 78 - Data de Nascimento 79 - Data de Nascimento	80 - Data de Nascimento 81 - Data de Nascimento 82 - Data de Nascimento 83 - Data de Nascimento	84 - Data de Nascimento 85 - Data de Nascimento 86 - Data de Nascimento 87 - Data de Nascimento	88 - Data de Nascimento 89 - Data de Nascimento 90 - Data de Nascimento 91 - Data de Nascimento
92 - Data de Nascimento 93 - Data de Nascimento 94 - Data de Nascimento 95 - Data de Nascimento	96 - Data de Nascimento 97 - Data de Nascimento 98 - Data de Nascimento 99 - Data de Nascimento	100 - Data de Nascimento 101 - Data de Nascimento 102 - Data de Nascimento 103 - Data de Nascimento	104 - Data de Nascimento 105 - Data de Nascimento 106 - Data de Nascimento 107 - Data de Nascimento	108 - Data de Nascimento 109 - Data de Nascimento 110 - Data de Nascimento 111 - Data de Nascimento	112 - Data de Nascimento 113 - Data de Nascimento 114 - Data de Nascimento 115 - Data de Nascimento

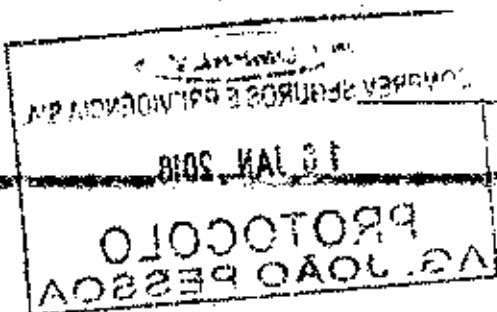
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN, 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



João Pessoa, 30 Janeiro de 2017

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Washington Luis da Silva Costa, Masculino. Realiza atendimento fisioterapêutico no Centro de Fisioterapia Gilberto França e Equipe em torno de 4 sessões por Fratura de calcâneo direito, segundo o laudo médico. No exame de Ressonância Magnética do Tomozelo apresenta Fratura cominutiva completa e não consolidada do calcâneo, com traços de fratura estendendo-se para facetas articulares médias e posteriores com o talus. Sem sinais de desvio significativos dos fragmentos ósseos. Na avaliação fisioterapêutica o paciente relata dores de média intensidade na região, relatando Eritor de Tomozelo direito posteriormente a fratura, suas dores são torçedões - no calcâneo como também no tomozelo direito, com limitação para parte medial do pé, diminuição de força, dor ao toque e sobrecarga de peso. Sendo assim, foi realizado tratamento anti-inflamatório e analgésico através de TENS, Ultra-som, laser e com a diminuição dos sintomas está executando exercícios de alongamento, fortalecimento e relaxamento. Na evolução, a paciente apresenta alívio no quadro clínico, há a grau de esforço mínimo, porém ainda possui dificuldades de deambulação e apoio do calcâneo, fazendo uso de muleta. Contudo, o mesmo ainda apresenta tais limitações funcionais e ocupacionais, sugerindo continuidade do tratamento fisioterapêutico por tempo indeterminado, sem previsão de alta.



Fisioterapia
CRISTO F. F. F. F.
Fisioterapia
Lésion Patológica

11. 250508

52

27

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT Nº 25807718

3 - Nº Guia Principal 25807718 4 - Data de Autenticação 14.11.16 5 - Série C22462724 6 - Data de Validade da Série 12.01.17

7 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

8 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 13 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

9 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 14 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

15 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 16 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

17 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 18 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

19 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 20 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

21 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 22 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

23 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 24 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

25 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 26 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

27 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 28 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

29 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 30 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

31 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 32 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

33 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 34 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

35 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 36 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

37 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 38 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

39 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 40 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

41 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 42 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

43 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 44 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

45 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 46 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

47 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 48 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

49 - Nome do Contratado NOSSO PLANO XII - 700370996 50 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA

João Pessoa, 20 janeiro de 2017.

LAUDO FISIOTERAPEUTICO

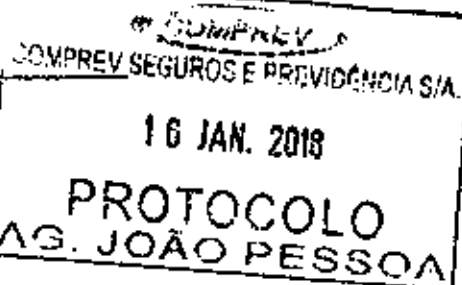
Washington Luiz da Silva Costa, Masculino. Realiza atendimento fisioterapêutico no Centro de Fisioterapia Gilberto França e Equipe em torno de 4 sessões por Fratura de calcâneo direito, segundo o laudo médico. No exame de Ressonância Magnética do Tornozelo apresentou Fratura cominutiva completa e não consolidada do calcâneo, com traços de fratura estendendo-se para facetas articulares média e posterior com o tálus, sem sinais de desvio significativos dos fragmentos ósseos. Na avaliação fisioterapêutica o paciente relatou dores de média intensidade na região, relatando Entorse do Tornozelo direito posteriormente a fratura, suas dores são localizadas no calcanhar como também no tornozelo direito, com irradiação para parte medial do pé, diminuição de força, dor ao toque e a sobrecarga de peso. Sendo assim, foi realizado tratamento anti-inflamatório e analgésico através de TENS, Ultra-som, laser e com a diminuição dos sintomas está executando exercícios de alongamento, fortalecimento e relaxamento. Na evolução, a paciente apresentou alívio no quadro algico, há a grau de esforço mínimo, porém ainda possui dificuldades de deambulação e apoio do calcanhar, fazendo uso de muleta. Contudo, o mesmo ainda apresenta tais limitações funcionais e ocupacionais, sugerindo continuidade do tratamento fisioterapêutico por tempo indeterminado, sem previsão de alta.

Jéssica Falcão Farias

Fisioterapeuta

CREITO 1 / 174819 - F

Fisioterapeuta



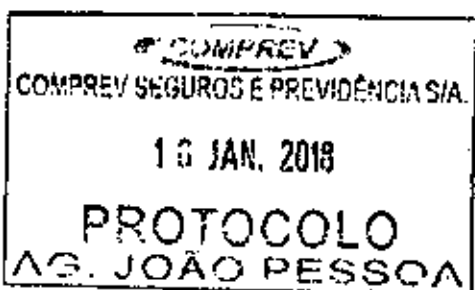
21

x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 13/07/2017 14:27:12

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Id. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40064224	Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11519311	20/12/2016 às 12:05	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 11825/8	Peso: kg	
1. CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORAI	24/24h		
2. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h	
10 Alta em: 20/12/2016 a partir de 12:39	ALTA AMBULATORIAL NORMAL		
Alta dada por: ANDREA HATTORI NASRAIA			



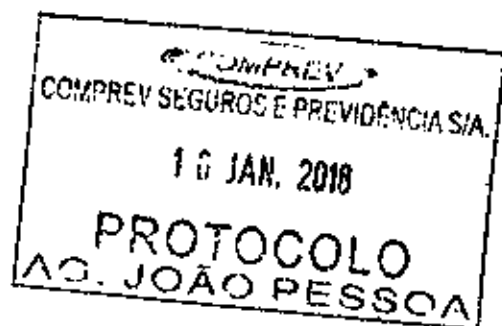
x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/07/2017 14:31:34

Página 1 de 1

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40179355	Prontuário: 131347071
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11581573	28/12/2016 às 00:08	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/11	Peso: kg	
1 CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h	
9. Alta em: 28/12/2016 a partir de 00:11	ALTA AMBULATORIAL NORMAL		
Alta dada por: SANTINO DA ROCHA ARNAUD NETO			

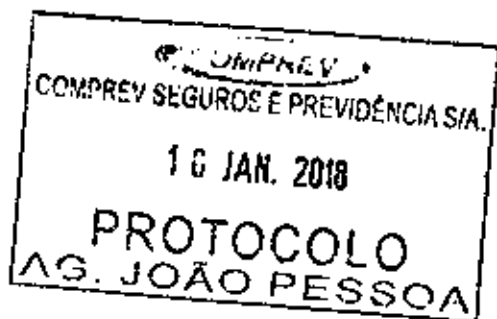


X:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 13/07/2017 14:34:03

Paciente:	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DI. Nasc.:	03/05/1984	Atendimento:	40699079	Prontuário:	13134703
Convenio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição:	11836100	24/01/2017 às 15:39			
Posto:	POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito:	118224/6	Peso:	kg		
1. CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORAI		24/24h					
2. CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	1	24/24h					
7. Alta em: 24/01/2017 a partir de 16:02	ALTA AMBULATORIAL NORMAL						
Alta dada por:	ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA						

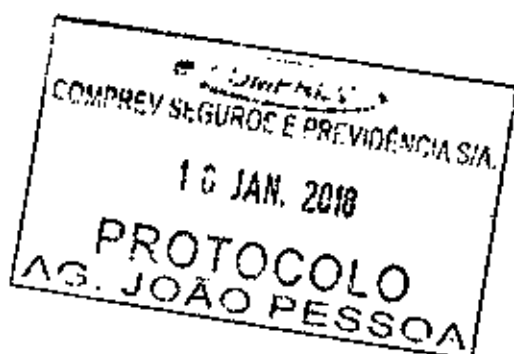


x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 13/07/2017 13:54:54

Paciente:	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DI. Nasc.:	03/05/1984	Atendimento:	39622104	Prontuário:	13134703
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição:	11299980	25/11/2016 às 12:09			
Posto:	POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito:	118224/14	Peso:	kg		
1. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h					
2. CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	1	24/24h					
7. Alta em: 25/11/2016	apartir de 12:10	ALTA AMBULATORIAL NORMAL					
Alta dada por:	ANDREA HATTORI NASRALA						

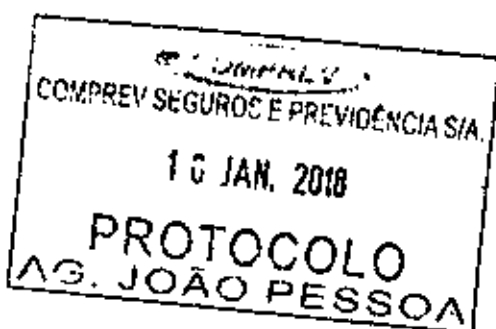


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/07/2017 13:48:05

Página 1 de 1

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DI. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39472085	Promitório: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11229333	17/11/2016 às 14:56	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/11	Peso: kg	
1 CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h	
7. Alta em: 17/11/2016 a partir de 14:58 ALTA AMBULATORIAL NORMAL			
Alta dada por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			



x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 12/07/2017 16:51:42

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39109501	Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11049577	27/10/2016 às 22:16	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/12	Peso: kg	
1. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h	
7. Alta em: 27/10/2016 a partir de 22:18 ALTA AMBULATORIAL NORMAL			
Alta dada por: JOAO BARTOLOMEU PINTO KABELLO			

77



LAUDO MÉDICO

Documentação médica - hospital

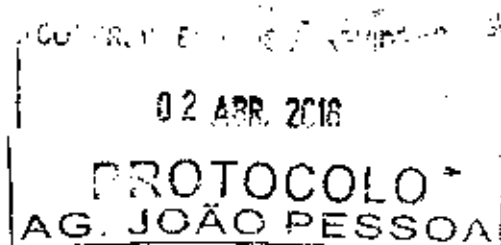
Declaro, para fins DPVAT, que o paciente Washington Luiz da Silva Costa apresentou lesão de Stenner do polegar esquerdo após acidente de moto e foi submetido à tratamento cirúrgico no dia 14/12/16 para reconstrução do ligamento colateral ulnar do polegar. Está de alta e exercendo funções laborais.

CID: S63

João Pessoa, 22 de março de 2018

Dr. André H. Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.123/16

Carimbo e Assinatura do Médico



Documentos de Identificacao
JANUÁRIO DE 2018

WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. CATEG. 1ª
2557340 CPF: 060.015.444-00 DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1964

RENÇÃO
LUIZ GONZAGA DA COSTA
MARIA ANANIAS DA SILVA
COSTA

PERMANÊNCIA: 10/02/2019 18/12/2009

04844016479

JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO: 13/05/2015

55666181111
PBO30674441

1095937233

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
- MINISTÉRIO DAS CIDADANIAIS -

DETRAN - PB

Nº 012507145180
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
R - VA - COD RENAVAM - RANTRO - EXERCÍCIO
1 00216845661 2016

DORIVAL TAVARES FORTES

9281150745661
NOVO/PB 92CNC4810AR077054

PAS/MOTOCICLETA/NO APPLIC
ABSOLINA

HONDA/CB 300 R 2010

2 R/291/CI
PACIFIC AMERICA

1 IPVA PAGO EM 24/05/2016

V - COTA UNICA
A - PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 11.000,00
PRÊMIO TOTAL (R\$) 11.000,00
DATA DE PAGAMENTO 24/05/2016

SEN. REGISTRO DE HONDA

JOÃO PESSOA - PB

25/05/2016

204381

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012507145180 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

1 92811507434
HONDA/CB 300 R 2010

00216845661
92CNC4810AR077054

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DATA DE EMISSÃO 25/05/2016

DATA DE QUOTACÃO

DATA DE QUOTACÃO

DATA DE QUOTACÃO

DATA DE QUOTACÃO

DATA DE QUOTACÃO

DATA DE QUOTACÃO

DATA DE QUOTACÃO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180041695 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 27/10/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
COSTA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE CALCANHAR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO POLEGAR ESQUERDO.
CICATRIZ INTERDIGITAL DE 03 CM ENTRE O POLEGAR E O 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E FLEXÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRAUMA EM POLEGAR ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR TRATADO COM RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR, SUTURA LOCAL E FISIOTERAPIA. CICATRIZ INTERDIGITAL DE 03 CM ENTRE O POLEGAR E O 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E FLEXÃO DO POLEGAR ESQUERDO.
FRATURA DE CALCANHAR DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO E REPOUSO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS. ALTA EM 14/12/2016.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODACTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/04/2018

Conduta mantida:

Observações: TORNOZELO DIREITO SEM SEQUELAS.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

