

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: 25/11/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL FELIPE DA SILVA

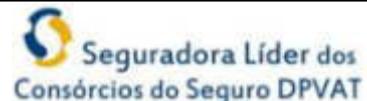
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000502021-8

Nr. da Autenticação 343FEFA1E96DACE6

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150916695 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2013 **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM CONTUSÃO HEPÁTICA

Descrição do exame AO EXAME HIPOTROFIA DE OMBRO LEVE COM LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: FRATURA DE CLAVÍCULA E CONTUSÃO HEPÁTICA SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/11/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Márcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

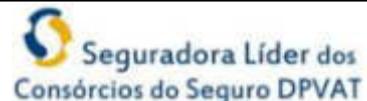
Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150916695 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2013 **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO, ABDOMINAL E EM OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTOS ENVIADOS INCONCLUSIVOS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	\$0.00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE CRIMES CONTRA A
Av. D. Pedro I, 760 - São José - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

OCORRÊNCIA N° 000066/15

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000066/15 registrada em 10/09/2015, que passo a transcrever na Integra: Aos dez dias do mês de setembro do ano de 2015, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE CRIMES CONTRA A PESSOA, quando encontrava-se presente o Bel. LUIZ CARLOS PEREIRA, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, zí, por volta das 17:17 horas, compareceu o Sr. RAFAEL FELIPE DA SILVA, com 20 anos de idade, filho de FABIO APARECIDO DA SILVA e MARIA LUCINEIA SILVA FELIPE, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JABOTÁO - PE, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão NÃO CONSTADA Cédula de Identidade N° , expedido pela SSP-PB, residindo à rua MANOEL ADELINO DE MELO, N° 335, bairro RAMADINHA, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

NOTIFICANDO QUE POR VOLTA DAS 23:52 HORAS DO DIA 06.10.2013 AO LADO DO PRESÍDIO DO MONTE SANTO, O NOTIFICANTE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA BIZ 125 KS, COR PRETA, PLACA OFG - 5150, QUANDO FOI ABALROADO POR UM VEÍCULO SAVEIRO DE COR BRANCA, COLIDINDO NA LATERAL DE SUA MOTO COM ISTO O NOTIFICANTE FOI ARREMESSADO AO SOLO, SOFRENDO VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeça a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

Campina Grande, Quinta-feira, 10 de Setembro de 2015

Rafael Felipe da Silva

RAFAEL FELIPE DA SILVA

Declarante

José Ferreira Nunes

Escrivão



DOCUMENTO 1 *T1%*

RESUMO DE ALTA

(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Robert F. J. S. de Souza

DN.: 1234567890

PRONT. N°:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA: 11/11/2015

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Trombose venosa profunda da coxa esquerda

Notas de alta
26 OUT. 2015

2. Resultado dos principais exames

TC. ventila hepato

3. Evolução e complicações

Ponto de infusão de cetozina

Progresso do processo hepato

No entanto, redução drástica da hemoglobina

4. Terapêutica realizada

Hidroxicloro

Hemofilia 100%

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Trombo hepato

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Ritmo em domicílio no quanto da com per
ir os banhos por cerca de duas

7. Condições de alta

Curado

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para:

DR. PEDRO LUIZ

MÉDICO

CRM/PB 3961

OPI: 098.074.134-90

Campina Grande, 12 de 11 de 13

Responsável pelo resumo

PACIENTE: RAFAEL FELIPE DA SILVA

Data do Exame: 11/10/13

Exame: Tomografia Computadorizada do Abdome Total

26 OUT. 2013

Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos antes, durante e após a infusão endovenosa de contraste iodata hidrossolúvel.

Indicação

- Trauma.

Análise:

- Fígado de volume e contornos normais, apresentando área amorfia, sem realce ao meio de contraste, localizada no segmento IV e VIII.
- Atenuação e volume normais do baço.
- Vesícula biliar de tomografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Alças delgadas e colônicas de calibre e distribuição habitualis.
- Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais. Excreção pronta e simétrica do contraste.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação conservados.
- Próstata tomograficamente normal.
- Planos musculares sem modificações patológicas identificáveis.
- Elementos ósseos sem alterações patológicas significativas perceptíveis ao método.

Conclusão:

- Sinais de contusão hepática.

Obs: pequeno derrame pleural bilateral, maior à direita.



Dr. Phydias L. F. Carvalho
Rad. e Diag. Imagem
CRM 6933

ESPECIALIDADES

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

Jesus Vazquez Ferreira dos Santos
1106

Sintoma: Dor no pescoço e dor nas costas.
Avaliação: T93.2 com febre.
Exame: Exame físico é normal.
Diagnóstico: Dor estresse muscular cervical crônica, cronicamente intensa, ou dor thoracolumbar, ciclotírdia, intensificada diretamente em uso da calçada.



24
07
20

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

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

15A10015-40
-15A-10015-40
PROFESSOR

LAVDº MÉDICO

Atesto perante os devidos

fins que o paciente,
JESUS NAZARENO CORREIA
de Santos é filho deAuditor e notilice da
Itaquaremata

Sete Dígitos tem uma

fratrum do seu irmão:

(592-3), que é Filho
com dono presidente

Geraldo Viana de São

Silva Linhares
e Trajano Góes

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

ESQUERDA DE VIDA E GESTOS.

hapvida.saudewww.hapvida.com.br

30/08/13



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



CNPJ 08.806.754/0015-40
Av. Diógenes Chianca, 1777
Bairro: Água Fria - PB
CEP: 58053-900

DECLARAÇÃO

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Setembro de 2019.

Alisson Monte
SAME-SAMU 192
Matr. 629235

ALISSON DA SILVA MONTE

Matrícula: 62923-5
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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



HOSPITAL
GERAL
DA
PARAÍBA

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

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento

60550930

!_Z,A"

29/06/2020 14:29:30

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:33

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

SINAIS E SINTOMAS

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

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

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

AVALIAÇÃO DE RISCO

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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:35

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

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:36

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 60692029	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/14
Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1]	Nº: 41621097	19/07/2019 às 13:18
ANAMNESE		
Queixa Principal	DOR NO TORNOZELO E HA 06 DIAS APOS ACIDENTE DE MOTO QUE ESTA COM DOR E EDMA DO TORNOZELO E SOLICITO RX DO TONOZELO E [1]	
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA [1]	
CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE [1]	
Alergias	Não [1]	
Medicação Em Uso	Não [1]	
Antecedentes Patológicos Familiar	Não [1]	
DIAGNÓSTICO		
CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE [1]	
CID10	S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE [1]	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

41263517

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

nº

1 - Registro Ans ANS nº 0	2 - Nº Guia Principal 41263517	3 - Nº Guia da Operadora Próniude Alfa	4 - Nº Guia da Operadora Próniude Alfa	5 - Data da Autorização	6 - Sessão	7 - Data da Validade da Sessão	8 - Data da Emissão da Guia
DADOS DO BENEFICIÁRIO		10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO		11 - Validação da Carteira		13 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
9 - Número da Carteira 5710900249034019		15 - Nome do Consultado ULTRASOM SERV MED SA - HGP		12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS		18 - Código CNES 2399949	
16 - Código na Operadora CRM JCPF 12361267008844		17 - Nome do Profissional SocioSaúde NILVAN LINHARES		18 - Conselho Profissional CRM		21 - Código CBO'S PB	
22 - Data/Hora da Solicitação		23 - Carteira da SocioSaúde U - Eleva U - Urgência/Emergência		24 - CID 10 5903		20 - UF PB	
25 - Tabela 27 - Código do Procedimento 1 02 00010071 2 02 52230023		26 - Descricao CONSULTA EM PRONTO SOCORRO CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR		27 - Indicação Clínica		29 - Data Soc/IC 30 - Data Autor.	
28 - Data/Hora da Solicitação		29 - Nome do Consultado U - Eleva U - Urgência/Emergência		30 - T. Log		31 - Município	
31 - Código da Operadora CRM JCPF		32 - Nome do Consultado		33 - T. Log		38 - UF	
34 - Código na Operadora CRM JCPF se Exec. Consultor		42 - Nome do Profissional Executante/Correspondente NILVAN LINHARES S		43 - Conselho Profissional CRM		39 - Cód. INSS	
45 - Total Procedimentos - R\$ _____		46 - Indicação de Atendimento 01 - Pronto-Cuidado 02 - Pequena Cruxpa 03 - Terapêutica 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SAOT Inflamado 08 - Otorrinolaringologia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Reabilitativa Subsidiária		47 - Acidente ou Diferença relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Quase		48 - Tipo de Sessão 1 - Reclamo 2 - Recurso 3 - Referência 4 - Informação 5 - Alta 6 - Ótimo	
49 - Data e Assinatura do Responsável ou Responsável		50 - Tipo de Difesa		51 - Tempo de Duração		52 - Data	
53 - Hora Inicial		54 - Hora Final		55 - Tab		56 - Código do Procedimento	
57 - Odin.		58 - Via		59 - %Rud / Acréscimo		60 - Valor Unitário - R\$	
61 - Total Medicamentos - R\$ _____		62 - Total Materiais - R\$ _____		63 - Total Danos - R\$ _____		64 - Observação	
65 - Data e Assinatura do SocioSaúde 29/06/2020		66 - Data e Assinatura do Responsável ou Responsável 01/07/2020		67 - Data e Assinatura do Preditador Executivo 01/07/2020		68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/07/2020	
69 - Total Danos - R\$ _____		70 - Total Gastos Medicina - R\$ _____		71 - Total Geral da Guia - R\$ _____		72 - Data e Assinatura do Preditador Executivo 01/07/2020	
73 - Data e Assinatura do Preditador Executivo 01/07/2020		74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/07/2020		75 - Data e Assinatura do Responsável ou Responsável 01/07/2020		76 - Data e Assinatura do Preditador Executivo 01/07/2020	

GUÍA DE SERVICIOS PROFESIONALES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TERAPIA - SP/SADT N°

41263517

GUIA DE SERVICO PROFESSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA SP/SDT Nº

卷之三

卷之三

41263513

41476148
GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA /SP/SADT Nº

四

ÓSTICO E TERAPIA SP/SADT Nº

41476148

1 - Registro Ato ANS n° 0	5 - Nº Guia Principal 4-1476148	Programado	Procedente	4 - Nº Guia da Operação	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia	
DADOS DO BENEFICIÁRIO									
9 - Número da Carteira 57109002490340119	10 - Plano		11 - Validado da Carteira		12 - Nome				
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		13 - Nome do Consultado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP		14 - Código na Operadora CHAPIFF		15 - Código CNES 2399389		16 - Código CNES 2399389	
17 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES		18 - Conselho Profissional CRM		19 - Número no Conselho 5044		20 - UF PB		21 - Código CBO S	
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS		22 - Data/Hora da Solicitação U - Eleva U - Urgência/Emergência		23 - Carteria da Solicitação U - Eleva U - Urgência/Emergência		24 - Cid 10 5903		25 - Indicação Clínica	
26 - Tabela 27 - Código do Procedimento		28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDAMENTO		29 - Município		30 - UF		31 - Cidade Socie.	
1 02	00010071	2 02	52230023	3 02	54010233	4 02	-	5 02	54010233
32 - Nome do Contratado		33 - T. Log.		34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento		37 - Município		38 - UF	
31 - Código na Operadora CHAPIFF		32 - Nome do Consultado		33 - Cidade Profissional CRM		39 - Cod. INGÉ		40-CEP	
41 - Código na Operadora CHAPIFF - ou Exec. Complementar		42 - Nome do Profissional Executar/Complementar NILVAN LINHARES		43 - Conselho Profissional CRM		44 - Número no Conselho 5044		45 - UF PB	
46 - Código CBO S		47 - Código na Operadora CHAPIFF - ou Exec. Complementar		48 - Indicação da Admínistrador 0 - Acadêmico ou Docente relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outras		49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SAOT 3 - Preferência 4 - Intemidiação 5 - Alca 6 - Outro		50 - Tipo de Doença	
CONSULTA REFERENCIAL		51 - Tempo de Doença		52 - Data		53 - Hora Inicial		54 - Hora Final	
55 - Código do Procedimento		56 - Código do Procedimento		57 - Oco		58 - Via		59 - Tec	
50010071 CONSULTA EM PRONTOS		50010071 CONSULTA EM PRONTOS		1		1		1	
52230023 CALHA OU TALA MEMBRO		52230023 CALHA OU TALA MEMBRO		1		1		1	
54010233 SUTURA DE PEQUENOS F		54010233 SUTURA DE PEQUENOS F		1		1		1	
63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série		64 - Total Medicamentos - R\$		65 - Total Manutenção - R\$		66 - Total Diárias - R\$		67 - Total Fazenda e Aluguel - R\$	
1 - L_ L_ V_ V_ J_ J_		1 - L_ L_ V_ V_ J_ J_		1 - L_ L_ V_ V_ J_ J_		1 - L_ L_ V_ V_ J_ J_		1 - L_ L_ V_ V_ J_ J_	
2 - L_ L_ V_ V_ J_ J_		2 - L_ L_ V_ V_ J_ J_		2 - L_ L_ V_ V_ J_ J_		2 - L_ L_ V_ V_ J_ J_		2 - L_ L_ V_ V_ J_ J_	
68 - Observação		69 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Data e Assinatura do Responsável		71 - Total Gastos Medicinas - R\$		72 - Data e Assinatura do Responsável	
R3100ANS -1.20		JOSE MARIA LINS JUNIOR		29/06/2020 15:31		10.1.32.206		29/06/2020	

Evolução de Enfermagem

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:34

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

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118215/5

Profissional(is): MAYRA CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA COREN 1403604 [1] Nº: 41929720 26/07/2019 às 14:16

Sinais e Sintomas

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

Cuidados de Enfermagem

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

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 14:17, EM 26/07/2019 POR MAYRA CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA, COREN/PB 1403604.

Avaliação de Risco

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clínico [1]



PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc. 05/06/1969

Convênio:HAPVIDA JOAO PESSOA N° Prescrição: 22994136

Poso: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118215/5

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

2.CALHA OUTALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h

Atendimento: 60857733

Prontuário: 16019781

Peso: kg

Profissionais:

Evolução de Enfermagem

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:40

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

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

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

SINAIS E SINTOMAS

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

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

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

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

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal - [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) - [1]

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

Queda Adulto (Morse) - [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) - [1]

Flebite - [1]

Tromboembolismo Venoso Clínico - [1]

x

PREScrição MÉDICA

E

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc. 05/06/1969

Atendimento: 62527716

Convênio:HAPVIDA JOAO PESSOA

Nº Prescrição: 24052730 04/10/2019 às 20:39

Prontuário: 16019781

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 198215/9

Peso: kg

1.DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000 mg 2 ML (AMPL C/ 500MG/ORA EV
Agua Destilada 18 ml

2.CETOPROFENO IV (100.00mg) 100 mg 1 FRAP(FRAP C/ 100MG/ORA EV
Soro Fisiologico 0,9% 100 ml

Profissionais: CRM-8784 RAFAEL LARA DE FREITAS

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:47

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

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM QUEIXA DE FEBRE, DIARREIA, DISPNEIA, TOSSE E INAPETÊNCIA HA +/- 07 DIAS NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA COMORBIDADES BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO AR: MV+ EM AHT SEM SINAIS DE DESCONFORTO RESPIRATORIO. SAT O2 96%	[1]
CD:	<ul style="list-style-type: none"> - PRESCREVO SINTOMATICOS + IVERMECTINA - ORIENTO ISOLAMENTO - ATESTADO 07 DIAS - ORIENTO RETORNO SE PIORA 	

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	9 IVAS / COVID 19	[1]
---------------------	-------------------	-----

CID10	J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	--	-----

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

Comorbidades	Não	[1]
--------------	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	--	-----

CID10	J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	--	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo:
H009: IVAS / COVID 19 v105

Passos Executados:

1) Auxilio Conduta: Síndrome respiratória aguda grave?
 Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
 Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
 Data de criação: 01/06/2020 14:36
 Data de execução: 01/06/2020 14:36
 Última modificação: 01/06/2020 14:36
 Executado: True
 Re-executado: Não

2) Receita: [Entre 30 e 60 anos e sem comorbidades] Receita
 Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
 Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
 Data de criação: 01/06/2020 14:36
 Data de execução: 01/06/2020 14:37
 Última modificação: 01/06/2020 14:37
 Executado: True
 Re-executado: Não

3) Auxilio Conduta: [Identificar idade do paciente]
 Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
 Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES
 Data de criação: 01/06/2020 14:36
 Data de execução: 01/06/2020 14:36
 Última modificação: 01/06/2020 14:36
 Executado: True
 Re-executado: Não

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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

4) Auxílio Conduta: [Entre 30 e 60 anos] COVID sem gravidade 1

Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Data de criação: 01/06/2020 14:36

Data de execução: 01/06/2020 14:36

Última modificação: 01/06/2020 14:36

Executado: True

Re-executado: Não

5) Tratamento: [Entre 30 e 60 anos e sem comorbidades] Conduta

Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Data de criação: 01/06/2020 14:36

Data de execução: 01/06/2020 14:36

Última modificação: 01/06/2020 14:36

Executado: True

Re-executado: Não

6) Informação: [Entre 30 e 60 anos e sem comorbidades] IMPRIMIR

PARA O PACIENTE ==>

Criado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Executado por: DANIL CABRAL DOMINGUES

Data de criação: 01/06/2020 14:37

Data de execução: 01/06/2020 14:37

Última modificação: 01/06/2020 14:37

Executado: True

Re-executado: Não

ALTA

Pagina 1 de 1

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

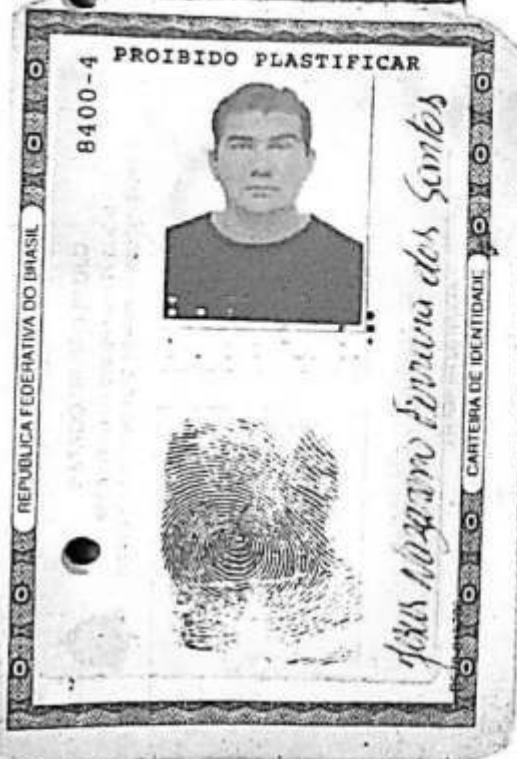
Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Nasc.: 05/06/1969	Atendimento: 67032924	Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /
Profissional(is): DANIL CABRAL DOMINGUES CRM 12782 [1]	Nº: 54917410	01/06/2020 às 11:45

CONDIÇÕES DE ALTA

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

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	01/06/2020	[1]
Hora Da Alta	11:45	[1]



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RAFAEL FELIPE DA SILVA** Sinistro: **3150916695** Data: **06/10/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Cônego João Borges, 390 - Quarenta - Campina Grande - PB - CEP 58416-250**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **4209260**

Data local do exame: [**09/11/2015**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM CONTUSÃO HEPÁTICA. AO EXAME HIPOTROFIA DE OMBRO LEVE COM LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
FRATURA DE CLAVÍCULA E CONTUSÃO HEPÁTICA SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR

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

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

Limitação funcional do ombro direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

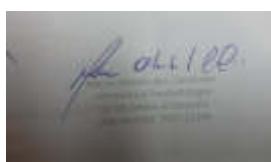
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

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



Márcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leonardo Leopoldino,
RG nº 3434684 data de expedição / /
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 100.432.454-55, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
nº _____,
complemento _____, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Rafael Felipe da Silva, cujo o condutor era
o mesmo.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda Biz 125 X5
Ano: 2012
Placa: OFG 5150
Chassi:

Data do Acidente:

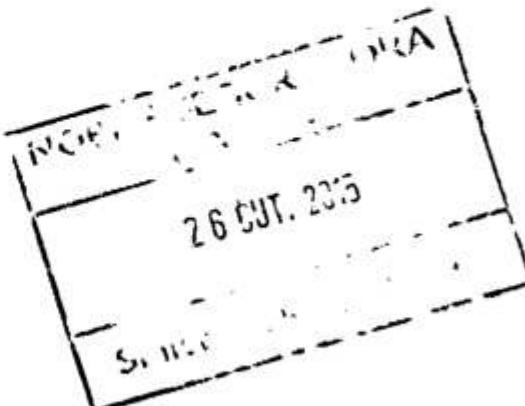
Local e Data Campina Grande, PB

Assinatura do Declarante

Rafael Felipe da Silva

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

DOCUMENTO 4 "T4%"

7º TABELIONATO DE NOTAS
Drª Valtertuciana Almeida de Moraes
Tabelião Interina
Data digital: A3P10042-C2019
Consulta a documentação em
<https://s1.tabelionato7.com.br>

7º Ofício de Notas - Serviços Notarial
Rua Major Manoel Juvêdo do O, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7caritocodnotas@gmail.com

Reconheço a(s) firma(s) de Leonardo Leopoldino
dos documentos assinados
como Autentica Semelhança 2 | SAI 2015
Dou fé, Campina Grande.

Caritoc

Tabelião / Interina (Valtertuciana Almeida de Moraes)