

# 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 médico pericial:** AO EXAME HIPOTROFIA DE OMBRO LEVE COM LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO

**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

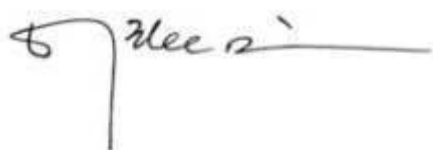
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**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 Nº 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 Nº 000066/15 registrada em 10/09/2015, que passo a transcrever na íntegra: 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, zi, 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 JABOATÃO - PE, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão NÃO CONSTADA Cédula de Identidade Nº, expedido pela SSP-PB, residindo à rua MANOEL ADELINO DE MELO, Nº 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 PRESIDIO DO MONTE SANTO, O NOTIFICANTE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA BIZ 125 KS, COR PRETA, PLACA OFG - 5150, QUANDO FOI ABALROADO POR UM VEICULO 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, excepo 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  
JOSÉ FERREIRA NUNES  
Escrivão







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

**RESUMO DE ALTA**  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: *Roberto Felipe Silva*

DN.:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA: *11/10/15*

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

*Trauma de cabeça por acidente de trânsito*

2. Resultado dos principais exames

*TC crânio: hemorragia*

3. Evolução e complicações

*Paciente foi submetido a cirurgia de craniotomia e  
exposição do trauma. Hemorragia  
intracerebral. Edema de massa do hemisfério*

4. Terapêutica realizada

*Hidroxocobalamina  
Hemoglobina 100%*

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

*Trauma de cabeça*

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

*Repouso em casa com acompanhamento de um parente  
e retorno para o trabalho em 10 dias*

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

DR. PEDRO LUIZ

MEDICO

CRM/PB 5981

CPF: 098.074.134-96

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

**Técnica:**

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

**Indicação**

- Trauma.

**Análise:**

- Fígado de volume e contornos normais, apresentando área amorfa, sem realce ao meio de contraste, localizada no segmento IV e VIII.
- Atenuação e volume normais do baço.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Alças delgadas e colônicas de calibre e distribuição habituais.
- 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

26 OUT. 2013

## ESPECIALIDADES

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

*Jesus Nazareno Ferreira dos Santos*  
21/06

Paciente OUTRA DAS  
 CID: T93.2 NO TRU-  
 ZELU ESQUERDO, COM LÉ-  
 SION CLUSIVA ALGUA E NUNCA,  
 SUA CÉLULA DE ESTAR-  
 DE FINAL DE DIA, CLUSIVA-  
 DA INTERMITENTE, OUTRA-  
 NA AUTOCICLISTICO, INTER-  
 FERINDO DIRETAMENTE EM  
 SUA USUALIDADE.

DR. DJALMA BENTOS JUNIOR  
 CRM - 3874  
 REUMATOLOGIA E MEDICO DO TRABALHO

24  
 07  
 20

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

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



754/0015-40  
Pessoa



LAVDO MÉDICO

Atesto para os devidos

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

Acidente automobilístico  
há QUARENTA E

sete dias teve uma  
fratura do pé direito:

(S 92.3), que ficou  
com dor intensa

limitar os seus  
movimentos de flexão-  
extensão do tornozelo

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

ESQUELETO DE VÍTIMA GATOS,  
hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br



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  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Setembro de 2019.

Alisson Monte  
SAME-SAMU 192  
Matr. 629235

*Alisson Monte*

ALISSON DA SILVA MONTE  
Matrícula: 62923-5  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
60550930

!\_Z,A"

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

29/08/2020 14:29:30

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16019781	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	M	05/08/1969	51
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	69004030425		1-CASADO	
Endereço				
R JOSE BONIFACIO,153 - NOVAES, JOAO PESSOA(PB)				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
98879 0020				

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:33

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

## SINAIS E SINTOMAS

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

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

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

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 EMERGÊNCIA ADULTO Leito: 118224/15

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

## ANAMNESE

Queixa Principal DOR NO TORNOZELO E APOS TRAUMA HA 2 HORAS AO EXAME FÍSICO ; PRESENÇA DE EDEMA DO TORNOZELO E . SOLICITO RX DO TORNOZELO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA [1]

CID10 S903 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E PARTES NÃO 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 FÍSICO ; PRESENÇA DE EDEMA DO TORNOZELO E . SOLICITO RX DO TORNOZELO [1]

## DIAGNÓSTICO

CID10 S903 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO PE [1]

CID10 S903 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO PE [1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 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 TORNOZELO E [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA [1]

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

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

## DIAGNÓSTICO

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

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

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



41263517

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

2ª  
Página

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

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira: 57109000249034019 10 - Plano: PLANO EMPRESA APARTAMENTO 11 - Validade da Carteira: 12 - Nome: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS 13 - Número do Cartão Nacional de Saúde

## DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/COF: 12361267006844 15 - Nome do Contratado: ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

## 17 - Nome do Profissional Solicitante

NILVAN LINHARES

18 - Conselho Profissional CRM

19 - Número no Conselho 5044

20 - UF PB

21 - Código CBO S

16 - Código CHES 2299989

## DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação: 23 - Carteira da Solicitação: U E - Eletiva U - Urgência/Emergência 24 - CID 10: S903 25 - Indicação Clínica:

## 26 - Tabela

27 - Código do Procedimento

28 - Descrição

29 - Data Solíc. 30 - Data Autor.

31 - Código na Operadora/CNPJ/COF

32 - Nome do Contratado

33 - T. Log

34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento

37 - Município

38 - UF

39 - Cad. IBGE

40 - CEP

41 - Código CNES

42 - Nome do Profissional Executante/Complementar

43 - Conselho Profissional CRM

44 - Número no Conselho 5044

45 - UF PB

46 - Código CBO S

47 - Grau de Participação

48 - Indicação de Acidente

49 - Tipo de Saída

50 - Tipo de Doença

51 - Tempo de Doença

52 - Data

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Tab

56 - Código do Procedimento

57 - Obs.

58 - Via

59 - Tec

60 - %Red / Acréscimo

61 - Valor Unitário - RS

62 - Valor Total - RS

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - RS

66 - Total Tais e Ausúda - RS

67 - Total Materiais - RS

68 - Total Medicamentos - RS

69 - Total Dúas - RS

70 - Total Gases Medicinais - RS

71 - Total Geral da Guia - RS

72 - Data e Assinatura do Prestador Executante

73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Data e Assinatura do Solicitante

76 - Data e Assinatura do Solicitante

77 - Data e Assinatura do Solicitante

78 - Data e Assinatura do Solicitante

79 - Data e Assinatura do Solicitante

80 - Data e Assinatura do Solicitante

81 - Data e Assinatura do Solicitante

82 - Data e Assinatura do Solicitante

83 - Data e Assinatura do Solicitante

84 - Data e Assinatura do Solicitante

85 - Data e Assinatura do Solicitante

86 - Data e Assinatura do Solicitante

87 - Data e Assinatura do Solicitante

88 - Data e Assinatura do Solicitante

89 - Data e Assinatura do Solicitante

90 - Data e Assinatura do Solicitante

91 - Data e Assinatura do Solicitante

92 - Data e Assinatura do Solicitante

93 - Data e Assinatura do Solicitante

94 - Data e Assinatura do Solicitante

95 - Data e Assinatura do Solicitante

96 - Data e Assinatura do Solicitante

97 - Data e Assinatura do Solicitante

98 - Data e Assinatura do Solicitante

99 - Data e Assinatura do Solicitante

100 - Data e Assinatura do Solicitante

101 - Data e Assinatura do Solicitante

102 - Data e Assinatura do Solicitante

103 - Data e Assinatura do Solicitante

104 - Data e Assinatura do Solicitante

105 - Data e Assinatura do Solicitante

106 - Data e Assinatura do Solicitante

107 - Data e Assinatura do Solicitante

108 - Data e Assinatura do Solicitante

109 - Data e Assinatura do Solicitante

110 - Data e Assinatura do Solicitante

111 - Data e Assinatura do Solicitante

112 - Data e Assinatura do Solicitante

113 - Data e Assinatura do Solicitante

114 - Data e Assinatura do Solicitante

115 - Data e Assinatura do Solicitante

116 - Data e Assinatura do Solicitante

117 - Data e Assinatura do Solicitante

118 - Data e Assinatura do Solicitante

119 - Data e Assinatura do Solicitante

120 - Data e Assinatura do Solicitante

121 - Data e Assinatura do Solicitante

122 - Data e Assinatura do Solicitante

123 - Data e Assinatura do Solicitante

124 - Data e Assinatura do Solicitante

125 - Data e Assinatura do Solicitante

126 - Data e Assinatura do Solicitante

127 - Data e Assinatura do Solicitante

128 - Data e Assinatura do Solicitante

129 - Data e Assinatura do Solicitante

130 - Data e Assinatura do Solicitante

131 - Data e Assinatura do Solicitante

132 - Data e Assinatura do Solicitante

133 - Data e Assinatura do Solicitante

134 - Data e Assinatura do Solicitante

135 - Data e Assinatura do Solicitante

136 - Data e Assinatura do Solicitante

137 - Data e Assinatura do Solicitante

138 - Data e Assinatura do Solicitante

139 - Data e Assinatura do Solicitante

140 - Data e Assinatura do Solicitante

141 - Data e Assinatura do Solicitante

142 - Data e Assinatura do Solicitante

143 - Data e Assinatura do Solicitante

144 - Data e Assinatura do Solicitante

145 - Data e Assinatura do Solicitante

146 - Data e Assinatura do Solicitante

147 - Data e Assinatura do Solicitante

148 - Data e Assinatura do Solicitante

149 - Data e Assinatura do Solicitante

150 - Data e Assinatura do Solicitante

151 - Data e Assinatura do Solicitante

152 - Data e Assinatura do Solicitante

153 - Data e Assinatura do Solicitante

154 - Data e Assinatura do Solicitante

155 - Data e Assinatura do Solicitante

156 - Data e Assinatura do Solicitante

157 - Data e Assinatura do Solicitante

158 - Data e Assinatura do Solicitante

159 - Data e Assinatura do Solicitante

160 - Data e Assinatura do Solicitante

161 - Data e Assinatura do Solicitante

162 - Data e Assinatura do Solicitante

163 - Data e Assinatura do Solicitante

164 - Data e Assinatura do Solicitante

165 - Data e Assinatura do Solicitante

166 - Data e Assinatura do Solicitante

167 - Data e Assinatura do Solicitante

168 - Data e Assinatura do Solicitante

169 - Data e Assinatura do Solicitante

170 - Data e Assinatura do Solicitante

171 - Data e Assinatura do Solicitante

172 - Data e Assinatura do Solicitante

173 - Data e Assinatura do Solicitante

174 - Data e Assinatura do Solicitante

175 - Data e Assinatura do Solicitante

176 - Data e Assinatura do Solicitante

177 - Data e Assinatura do Solicitante

178 - Data e Assinatura do Solicitante

179 - Data e Assinatura do Solicitante

180 - Data e Assinatura do Solicitante

181 - Data e Assinatura do Solicitante

182 - Data e Assinatura do Solicitante

183 - Data e Assinatura do Solicitante

184 - Data e Assinatura do Solicitante

185 - Data e Assinatura do Solicitante

186 - Data e Assinatura do Solicitante

187 - Data e Assinatura do Solicitante

188 - Data e Assinatura do Solicitante

189 - Data e Assinatura do Solicitante

190 - Data e Assinatura do Solicitante

191 - Data e Assinatura do Solicitante

192 - Data e Assinatura do Solicitante

193 - Data e Assinatura do Solicitante

194 - Data e Assinatura do Solicitante

195 - Data e Assinatura do Solicitante

196 - Data e Assinatura do Solicitante

197 - Data e Assinatura do Solicitante

198 - Data e Assinatura do Solicitante

199 - Data e Assinatura do Solicitante

200 - Data e Assinatura do Solicitante

201 - Data e Assinatura do Solicitante

202 - Data e Assinatura do Solicitante

203 - Data e Assinatura do Solicitante

204 - Data e Assinatura do Solicitante

205 - Data e Assinatura do Solicitante

206 - Data e Assinatura do Solicitante

207 - Data e Assinatura do Solicitante

208 - Data e Assinatura do Solicitante

209 - Data e Assinatura do Solicitante

210 - Data e Assinatura do Solicitante

211 - Data e Assinatura do Solicitante

212 - Data e Assinatura do Solicitante

213 - Data e Assinatura do Solicitante

214 - Data e Assinatura do Solicitante

215 - Data e Assinatura do Solicitante

216 - Data e Assinatura do Solicitante

217 - Data e Assinatura do Solicitante

218 - Data e Assinatura do Solicitante

219 - Data e Assinatura do Solicitante

220 - Data e Assinatura do Solicitante

221 - Data e Assinatura do Solicitante

222 - Data e Assinatura do Solicitante

223 - Data e Assinatura do Solicitante

224 - Data e Assinatura do Solicitante

225 - Data e Assinatura do Solicitante

226 - Data e Assinatura do Solicitante

227 - Data e Assinatura do Solicitante

228 - Data e Assinatura do Solicitante

229 - Data e Assinatura do Solicitante

230 - Data e Assinatura do Solicitante

231 - Data e Assinatura do Solicitante

232 - Data e Assinatura do Solicitante

233 - Data e Assinatura do Solicitante

234 - Data e Assinatura do Solicitante

235 - Data e Assinatura do Solicitante

236 - Data e Assinatura do Solicitante

237 - Data e Assinatura do Solicitante

238 - Data e Assinatura do Solicitante

239 - Data e Assinatura do Solicitante

240 - Data e Assinatura do Solicitante

241 - Data e Assinatura do Solicitante

242 - Data e Assinatura do Solicitante

243 - Data e Assinatura do Solicitante

244 - Data e Assinatura do Solicitante

245 - Data e Assinatura do Solicitante

246 - Data e Assinatura do Solicitante

247 - Data e Assinatura do Solicitante

248 - Data e Assinatura do Solicitante

249 - Data e Assinatura do Solicitante

250 - Data e Assinatura do Solicitante

251 - Data e Assinatura do Solicitante

252 - Data e Assinatura do Solicitante

253 - Data e Assinatura do Solicitante

254 - Data e Assinatura do Solicitante

255 - Data e Assinatura do Solicitante

256 - Data e Assinatura do Solicitante

257 - Data e Assinatura do Solicitante

258 - Data e Assinatura do Solicitante

259 - Data e Assinatura do Solicitante

260 - Data e Assinatura do Solicitante

261 - Data e Assinatura do Solicitante

262 - Data e Assinatura do Solicitante

263 - Data e Assinatura do Solicitante

264 - Data e Assinatura do Solicitante

265 - Data e Assinatura do Solicitante

266 - Data e Assinatura do Solicitante

267 - Data e Assinatura do Solicitante

268 - Data e Assinatura do Solicitante

269 - Data e Assinatura do Solicitante

270 - Data e Assinatura do Solicitante

271 - Data e Assinatura do Solicitante

272 - Data e Assinatura do Solicitante

273 - Data e Assinatura do Solicitante

274 - Data e Assinatura do Solicitante

275 - Data e Assinatura do Solicitante

276 - Data e Assinatura do Solicitante

277 - Data e Assinatura do Solicitante

278 - Data e Assinatura do Solicitante

279 - Data e Assinatura do Solicitante

280 - Data e Assinatura do Solicitante

281 - Data e Assinatura do Solicitante

282 - Data e Assinatura do Solicitante

283 - Data e Assinatura do Solicitante

284 - Data e Assinatura do Solicitante

285 - Data e Assinatura do Solicitante

286 - Data e Assinatura do Solicitante

287 - Data e Assinatura do Solicitante

288 - Data e Assinatura do Solicitante

289 - Data e Assinatura do Solicitante

290 - Data e Assinatura do Solicitante

291 - Data e Assinatura do Solicitante

292 - Data e Assinatura do Solicitante

293 - Data e Assinatura do Solicitante

294 - Data e Assinatura do Solicitante

295 - Data e Assinatura do Solicitante

296 - Data e Assinatura do Solicitante

297 - Data e Assinatura do Solicitante

298 - Data e Assinatura do Solicitante

299 - Data e Assinatura do Solicitante

300 - Data e Assinatura do Solicitante

41263517

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

1 - Registro Ans 41263517 2 - Nº Guia Precoz 41263517 3 - Nº Guia da Autorização 4 - Nº Guia da Operadora 5 - Data da Autorização 6 - Senha 7 - Data de Validade da Senha 8 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO 9 - Nome da Carteira 57109000249034019 10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO 11 - Validade da Carteira 12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS 13 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE 14 - Código na Operadora CNPJ/CPF 12361267008844 15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP 16 - Código CHES 2377989 17 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES 18 - Conselho Profissional CRM 19 - Número na Carteira 5044 20 - UF PB 21 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS 22 - Data/Hora da Solicitação 23 - Carteira da Solicitação U E - Eleva U - Urgência/Emergência 24 - CID 10 S903 25 - Indicação Clínica 26 - Tabela 27 - Código do Procedimento 28 - Descrição 29 - Data Solic. 30 - Outr. Autor.

31 - Código na Operadora CNPJ/CPF 32 - Nome do Contratado 33 - T. Log 34-35-36 - Legatário - Número - Complemento 37 - Município 38 - UF 39 - Cód. IRGE 40 - CEP 41 - Código CHES

42 - Nome do Profissional Executante/Complementar NILVAN LINHARES 43 - Conselho Profissional CRM 44 - Número na Carteira 5044 45 - UF PB 46 - Código CBO S 47 - Tipo de Atendimento 48 - Indicação de Atividade 49 - Tipo de Saúde 50 - Tipo de Doença 51 - Tempo de Doença

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TMS - Terapia Renal Substitutiva 48 - Indicação de Atividade 49 - Tipo de Saúde 50 - Tipo de Doença 51 - Tempo de Doença

52 - Data 53 - Hora Inicial 54 - Hora Final 55 - Tipo 56 - Código do Procedimento 57 - Data 58 - Via 59 - Tec 60 - Sulfad / Acrebromo 61 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$

63 - Data e Assinatura de Procedimento em Sane 64 - Observação 65 - Total Procedimentos - R\$ 66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$ 67 - Total Materiais - R\$ 68 - Total Medicamentos - R\$ 69 - Total Outros - R\$ 70 - Total Gases Medicinais - R\$ 71 - Total Geral da Guia - R\$

65 - Data e Assinatura do Solicitante 29/06/2020 66 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Data e Assinatura do Prestador Executante

R3100ANS - 1.20 JOSE MARIA LINS JUNIOR 29/06/2020 10.1.32.206

41263513

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

2ª  
Página

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 41263513	Prioridade Prioridade Alta	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data de Autorização	6 - Sanha	7 - Data de Vistoria da Serva	8 - Data de Emissão da Guia
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>							
9 - Número da Carteira 57109000249034019	10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	11 - Validade da Carteira	12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde	16 - Código CHES 2399989	20 - UF PB	21 - Código CBO S
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>							
14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267008844	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 5044				
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</b>							
22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U - E - B - U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S903	25 - Indicação Clínica				
26 - Tabela 1 - 02	27 - Código do Procedimento 00010071	28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	29 - Orde Solic 1	30 - Orde Autor			
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>							
31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267008844	32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP	33 - T. Log	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. BGE	40 - CEP
41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF ou Exec. Complementar 63240574468	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar NILVAN LINHARES	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 5044	45 - UF PB	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação	41 - Código CHES
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>							
47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitua	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Roteiro SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito					
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>							
52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S	57 - Orde	58 - Via	59 - Tec
					60 - NRed / Acredito	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
							0.00
<b>63 - Data e Assinatura do Procedimento em Sê</b>							
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -
<b>64 - Observação</b>							
<b>65 - Total Procedimentos - R\$</b>							
<b>66 - Data e Assinatura do Solicitante</b> 29/06/2020							
<b>67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</b>							
<b>68 - Data e Assinatura do Prestador Executante</b>							
<b>69 - Total Medicamentos - R\$</b>							
<b>70 - Total Gases Medicinais - R\$</b>							
<b>71 - Total Geral da Guia - R\$</b>							

R3100ANS - 1 20

JOSE MARIA LINS JUNIOR

29/06/2020 14:35

10.1.32.206

1 - Registro Anual  
ANS Nº 0

3 - Nº Guia Principal  
41476148

4 - Nº Guia da Operadora  
Programado

5 - Data da Autorização

6 - Sentença

7 - Data de Validade da Sentença

8 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira  
57109000249034019

10 - Plano  
PLANO EMPRESA APARTAMENTO

11 - Validade da Carteira

12 - Nome  
JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

13 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF  
12361267008844

15 - Nome do Contratado  
ULTRA SOM SERV MED SA - HQP

16 - Código CNES  
2399989

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

23 - Caracter da Solicitação  
U - Eletiva U - Urgência/Emergência

24 - CID 10  
S903

25 - Indicação Clínica

26 - Tabela

27 - Código do Procedimento

28 - Descrição

29 - Onde Solic.

30 - Onde Autor.

1 02

2 02

3 02

4 02

5 02

6 02

7 02

8 02

9 02

10 02

11 02

12 02

13 02

14 02

15 02

16 02

17 02

18 02

19 02

20 02

21 02

22 02

23 02

24 02

25 02

26 02

27 02

28 02

29 02

30 02

31 02

32 02

33 02

34 02

35 02

36 02

37 02

38 02

39 02

40 02

41 02

42 02

43 02

44 02

45 02

46 02

47 02

48 02

49 02

50 02

51 02

52 02

53 02

54 02

55 02

56 02

57 02

58 02

59 02

60 02

61 02

62 02

63 02

64 02

65 02

66 02

67 02

68 02

69 02

70 02

71 02

72 02

73 02

74 02

75 02

76 02

77 02

78 02

79 02

80 02

81 02

82 02

43 - Nome do Profissional Solicitante  
NILVAN LINHARES

44 - Nome do Profissional Executante/Complementar

45 - UF  
PB

46 - Grau de Participação

47 - Tipo de Doença

48 - Código CBO S

49 - Tipo de Saída

50 - Tipo de Doença

51 - Tempo de Doença

52 - Data

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Título

56 - Código do Procedimento

57 - Onde

58 - Via

59 - Tec

60 - %Retid / Acréscimo

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Valor Total - R\$

64 - Valor Total - R\$

65 - Valor Total - R\$

66 - Valor Total - R\$

67 - Valor Total - R\$

68 - Valor Total - R\$

69 - Valor Total - R\$

70 - Valor Total - R\$

71 - Valor Total - R\$

72 - Valor Total - R\$

73 - Valor Total - R\$

74 - Valor Total - R\$

75 - Valor Total - R\$

76 - Valor Total - R\$

77 - Valor Total - R\$

78 - Valor Total - R\$

79 - Valor Total - R\$

80 - Valor Total - R\$

81 - Valor Total - R\$

82 - Valor Total - R\$

83 - Valor Total - R\$

84 - Valor Total - R\$

85 - Valor Total - R\$

86 - Valor Total - R\$

87 - Valor Total - R\$

88 - Valor Total - R\$

41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF  
6824057468

42 - Nome do Profissional Executante/Complementar  
NILVAN LINHARES

43 - Nome do Profissional Solicitante  
NILVAN LINHARES

44 - Nome do Profissional Executante/Complementar  
NILVAN LINHARES

45 - UF  
PB

46 - Grau de Participação

47 - Tipo de Doença

48 - Código CBO S

49 - Tipo de Saída

50 - Tipo de Doença

51 - Tempo de Doença

52 - Data

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Título

56 - Código do Procedimento

57 - Onde

58 - Via

59 - Tec

60 - %Retid / Acréscimo

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Valor Total - R\$

64 - Valor Total - R\$

65 - Valor Total - R\$

66 - Valor Total - R\$

67 - Valor Total - R\$

68 - Valor Total - R\$

69 - Valor Total - R\$

70 - Valor Total - R\$

71 - Valor Total - R\$

72 - Valor Total - R\$

73 - Valor Total - R\$

74 - Valor Total - R\$

75 - Valor Total - R\$

76 - Valor Total - R\$

77 - Valor Total - R\$

78 - Valor Total - R\$

79 - Valor Total - R\$

80 - Valor Total - R\$

81 - Valor Total - R\$

82 - Valor Total - R\$

83 - Valor Total - R\$

84 - Valor Total - R\$

85 - Valor Total - R\$

86 - Valor Total - R\$

41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF  
6824057468

42 - Nome do Profissional Executante/Complementar  
NILVAN LINHARES

43 - Nome do Profissional Solicitante  
NILVAN LINHARES

44 - Nome do Profissional Executante/Complementar  
NILVAN LINHARES

45 - UF  
PB

46 - Grau de Participação

47 - Tipo de Doença

48 - Código CBO S

49 - Tipo de Saída

50 - Tipo de Doença

51 - Tempo de Doença

52 - Data

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Título

56 - Código do Procedimento

57 - Onde

58 - Via

59 - Tec

60 - %Retid / Acréscimo

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Valor Total - R\$

64 - Valor Total - R\$

65 - Valor Total - R\$

66 - Valor Total - R\$

67 - Valor Total - R\$

68 - Valor Total - R\$

69 - Valor Total - R\$

70 - Valor Total - R\$

71 - Valor Total - R\$

72 - Valor Total - R\$

73 - Valor Total - R\$

74 - Valor Total - R\$

75 - Valor Total - R\$

76 - Valor Total - R\$

77 - Valor Total - R\$

78 - Valor Total - R\$

79 - Valor Total - R\$

80 - Valor Total - R\$

81 - Valor Total - R\$

82 - Valor Total - R\$

83 - Valor Total - R\$

84 - Valor Total - R\$

85 - Valor Total - R\$

86 - Valor Total - R\$

41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF  
6824057468

42 - Nome do Profissional Executante/Complementar  
NILVAN LINHARES

43 - Nome do Profissional Solicitante  
NILVAN LINHARES

44 - Nome do Profissional Executante/Complementar  
NILVAN LINHARES

45 - UF  
PB

46 - Grau de Participação

47 - Tipo de Doença

48 - Código CBO S

49 - Tipo de Saída

50 - Tipo de Doença

51 - Tempo de Doença

52 - Data

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Título

56 - Código do Procedimento

57 - Onde

58 - Via

59 - Tec

60 - %Retid / Acréscimo

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Valor Total - R\$

64 - Valor Total - R\$

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:34

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTO Dt. 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]



X

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

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

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

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

Profissionais:



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:40

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS DL 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]

IP: 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]

×

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
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/9	Prontuário: 16019781
		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 CLÍNICA

Página 1 de 2

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

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

## ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE COM QUEIXA DE FEBRE, DIARREIA, DISPNEIA, TOSSE E INAPETÊNCIA HA +- 07 DIAS [1]  
 NEGA OUTRAS QUEIXAS  
 NEGA COMORBIDADES  
 BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO  
 AR: MV+ EM AHT SEM SINAIS DE DESCONFORTO RESPIRATORIO, SAT O2 96%  
 CD:  
 - PRESCREVO SINTOMATICOS + IVERMECTINA  
 - ORIENTO ISOLAMENTO  
 - ATESTADO 07 DIAS  
 - ORIENTO RETORNO SE PIORA

Queixa Principal  
 Diagnóstico Inicial 9 IVAS / COVID 19 [1]  
 CID10 J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AERIAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA [1]  
 Alergias Não [1]  
 Medicação Em Uso Não [1]  
 Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]  
 Comorbidades Não [1]

## DIAGNÓSTICO

CID10 J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AERIAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA [1]  
 CID10 J069 INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AERIAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA [1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

## RESUMO DO PROTOCOLO

### Resumo de Protocolo

Protocolo:  
 H009: IVAS / COVID 19 v105

### Passos Executados:

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

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

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

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 2 de 2

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

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

Atendimento: 67032924

Prontuário: 16019781

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto:

Leito: /

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

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

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

## ALTA

Página 1 de 1

29/06/2020 15:47

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

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

## CONDIÇÕES DE ALTA

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

## DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	01/06/2020	[1]
--------------	------------	-----

Hora Da Alta	11:45	[1]
--------------	-------	-----

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

35.711.281-7 25/FEV/2013

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS

E IVONETE FERREIRA DOS SANTOS

POMBAL - PB 05/JUN/1969

SANTA RITA PB

SANTA RITA

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

690040304/25 PIS 18087453234

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

8400-4 PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTERA DE IDENTIDADE

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INTERMEDIÇÃO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

AUTORIDADE NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

DOC. EXISTENTE / OUT. EXISTENTE Nº: 357112817 SSP SP

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

FUNÇÃO: JOSE ABILIO FERREIRA DOS SANTOS IVONETE FERREIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACC CASAB: AB

Nº PROTESTO: 00660863022 VALIDEZ: 09/09/2024 1ª EMISSÃO: 07/10/1992

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1838629816

PROIBIDO PLASTIFICAR 1838629816

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

ASSINATURA DO DETENTOR: 47522687125 47522687125 47522687125

PARAÍBA

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 690.040.304-25

Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento 05/06/1969

CAIXA

POUPANÇA

6277 8014 9477 6242

1033 013 00061284-1 11/20

JESUS NAZARENO F SANT

elo





**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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):  
**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

Região Corporal (Sequela):

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

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

( ) Total = "100% da IS"

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



Márcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leonardo Leopoldino  
RG nº 3434684 data de expedição   /  /    
Órgão SSDPB 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  
mencionado 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: DFG 5150  
Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data Campina Grande, PB

Leonardo Leopoldino  
Assinatura do Declarante

Rafael Felipe da Silva

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

DOCUMENTO 4 "14%"



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

☒ Tabelião Interina - Valtérciana Almeida De Moraes



RECONHECIMENTO  
Reconheço a(s) firma(s) de Leonardo Leopoldino  
como ☒ Autêntica ☐ Semelhante  
Dou fé, Campina Grande,  
21 SET 2015  
Tabelião Interina (Valtérciana Almeida de Moraes)