
Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272631

Vítima: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 690.040.304-25 4 - Nome completo da vítima: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos 6 - CPF: 690.040.304-25
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua Jurmino Jose Diniz 9 - Número: 332 10 - Complemento: ---
11 - Bairro: Portal Tiliari 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 99833-5088

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 61289 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou Beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jesus Nazareno Ferreira dos Santos
Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 052147.01.2020.0.00.704

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

Dados do(s) Fato(s):

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

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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

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



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Jesus Nazareno
Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

352C31D1704DB49B46F4AADF17590E3C

Código de Controle

Ferreiro dos Santos



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 690.040.304-25 4 - Nome completo da vítima: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jesus Nazareno Ferreira dos Santos 6 - CPF: 690.040.304-25
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua Jurmino Jose Diniz 9 - Número: 332 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Portal Tiliari 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (83) 99833-5088

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 61289 ☐ 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivo nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou Beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

Jesus Nazareno Ferreira dos Santos
Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000061284-1

Nr. da Autenticação A2310EE8730C5D78

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

CPF/CNPJ/RANI 690 040 304.25

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



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1756452-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017564527



VALOR DA FATURA

R\$ 149,66



VENCIMENTO

05/06/2020



REFERÊNCIA

Mai / 2020



CONSUMO

165kWh

5,50 kWh
MÉDIA DIÁRIA

ESPECIALIDADES

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



Jesus Nazareno Ferreira dos Santos
21/06

Paciente OUTRA DAS
CURSO T93.2 NO TRU-
ZELU ESQUECENDO, COM RE-
PERCUSSÃO ALGUA E WTRM,
SUA CÉLULA DE ESTAR-
DE FINAL DE DIA, CLÁSSICA-
DA INTERMITENTE, OUTRA-
NA AUTOCICLISTICO, INTER-
FERINDO DIRETAMENTE EM
SUA USABILIDADE.

DR. DJALMA BENTO JUNIOR
CRM - 3874
TRAUMATOLOGIA 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 persistente

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
Água Fria - CEP 58053-900
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

R\$

1 - Registro Anu

ANS Nº 0

3 - Nº Guia Precisa

41263517

4 - Nº Guia da Operadora

Prioridade Alta

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

57109000249034019

10 - Plano

PLANO EMPRESA APARTAMENTO

11 - Validade da Carteira

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

12 - Nome

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

13 - Número do Cartão Nacional de Saúde

2377989

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora CNPJ/CPF

12361267008844

15 - Nome do Contratado

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

16 - Nome do Profissional Solicitante

NILVAN LINHARES

17 - Data/Hora da Solicitação

U E - Eleva U - Urgência/Emergência

23 - CID 10

S903

24 - Indicação Clínica

5044

25 - Conselho Profissional

CRM

26 - UF

PB

27 - Código CHES

2377989

28 - Código CBO S

5044

29 - Data de Solic.

30 - Data Autor.

31 - Código na Operadora CNPJ/CPF

32 - Nome do Contratado

33 - T. Log

34 - 25-36 Legatário - Número

35 - UF

36 - Cidade

37 - Nome do Profissional

38 - UF

39 - Cidade

40 - Código CBO S

41 - UF

42 - Código CHES

43 - Tipo de Doença

44 - Aguda

45 - Crônica

46 - Data de Realização

47 - Remissão

48 - SAOT Internado

49 - Tipo de Doença

50 - Anos

51 - Meses

52 - Data de Realização

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Tipo

56 - Código do Procedimento

57 - Data

58 - Via

59 - Tec

60 - Local / Acrecimo

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e Assinatura de Procedimento em Série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$

66 - Total Taxas e Anúncios - R\$

67 - Total Medicamentos - R\$

68 - Total Diagnósticos - R\$

69 - Total Gases Medicinais - R\$

70 - Total Gases Medicinais - R\$

71 - Total Geral da Guia - R\$

72 - Data e Assinatura do Solicitante

73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Data e Assinatura do Prestador Executante

75 - Data e Assinatura do Responsável

76 - Data e Assinatura do Responsável

77 - Data e Assinatura do Responsável

78 - Data e Assinatura do Responsável

79 - Data e Assinatura do Responsável

80 - Data e Assinatura do Responsável

81 - Data e Assinatura do Responsável

82 - Data e Assinatura do Responsável

83 - Data e Assinatura do Responsável

84 - Data e Assinatura do Responsável

85 - Data e Assinatura do Responsável

86 - Data e Assinatura do Responsável

87 - Data e Assinatura do Responsável

88 - Data e Assinatura do Responsável

89 - Data e Assinatura do Responsável

90 - Data e Assinatura do Responsável

91 - Data e Assinatura do Responsável

92 - Data e Assinatura do Responsável

93 - Data e Assinatura do Responsável

94 - Data e Assinatura do Responsável

95 - Data e Assinatura do Responsável

96 - Data e Assinatura do Responsável

97 - Data e Assinatura do Responsável

98 - Data e Assinatura do Responsável

99 - Data e Assinatura do Responsável

100 - Data e Assinatura do Responsável

101 - Data e Assinatura do Responsável

102 - Data e Assinatura do Responsável

103 - Data e Assinatura do Responsável

104 - Data e Assinatura do Responsável

105 - Data e Assinatura do Responsável

R3100ANS - 1.20

JOSE MARIA LINS JUNIOR

28/06/2020 14:34

10.1.32.206

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA SP/SADT Nº 41263513

1 - Registro Ans ANS nº 0		3 - Nº Guia Principal 41263513		4 - Nº Guia da Operadora Prioridade Alta		5 - Data de Autorização		6 - Sanha		7 - Data de Validação da Sanha		8 - Data de Emissão da Guia			
DADOS DO BENEFICIÁRIO				DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS							
9 - Número da Carteira 57109000249034019				10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO				11 - Validade da Carteira				12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS			
14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267008844				15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP				16 - Código CHES 2399989				17 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES			
22 - Data/Hora da Solicitação				23 - Caráter da Solicitação U - E - Elipse U - Urgência/Emergência				24 - CID 10 S903				25 - Indicação Clínica			
26 - Tabela				27 - Código do Procedimento				28 - Descrição				29 - Orde Solic			
1 02				00010071				CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				30 - Orde Autor			
2 -				-				-				1			
3 -				-				-				-			
4 -				-				-				-			
5 -				-				-				-			
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE				DADOS DO CONTRATADO				DADOS DO CONTRATADO				DADOS DO CONTRATADO			
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			
41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF de Exec. Complementar 69240574468				42 - Nome do Profissional Executante/Complementar NILVAN LINHARES				43 - Conselho Profissional CRM				44 - Número no Conselho 5044			
DADOS DO ATENDIMENTO				DADOS DO ATENDIMENTO				DADOS DO ATENDIMENTO				DADOS DO ATENDIMENTO			
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 Saúde 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito				41 - Código CHES			
50 - Tipo de Doença				51 - Tempo de Doença				52 - Valor Total - RS				53 - Grau de Participação			
A - Aguda C - Crônica				A - Anos M - Meses D - Dias				54 - Hora Inicial				55 - Hora Final			
53 - Hora Inicial				54 - Hora Final				55 - Tab				56 - Código do Procedimento			
57 - Data				58 - Data				59 - Data				60 - Data			
61 - Data				62 - Data				63 - Data				64 - Data			
65 - Data				66 - Data				67 - Data				68 - Data			
69 - Data				70 - Data				71 - Data				72 - Data			
73 - Data				74 - Data				75 - Data				76 - Data			
77 - Data				78 - Data				79 - Data				80 - Data			
81 - Data				82 - Data				83 - Data				84 - Data			
85 - Data				86 - Data				87 - Data				88 - Data			
89 - Data				90 - Data				91 - Data				92 - Data			
93 - Data				94 - Data				95 - Data				96 - Data			
97 - Data				98 - Data				99 - Data				100 - Data			
101 - Data				102 - Data				103 - Data				104 - Data			
105 - Data				106 - Data				107 - Data				108 - Data			
109 - Data				110 - Data				111 - Data				112 - Data			
113 - Data				114 - Data				115 - Data				116 - Data			
117 - Data				118 - Data				119 - Data				120 - Data			
121 - Data				122 - Data				123 - Data				124 - Data			
125 - Data				126 - Data				127 - Data				128 - Data			
129 - Data				130 - Data				131 - Data				132 - Data			
133 - Data				134 - Data				135 - Data				136 - Data			
137 - Data				138 - Data				139 - Data				140 - Data			
141 - Data				142 - Data				143 - Data				144 - Data			
145 - Data				146 - Data				147 - Data				148 - Data			
149 - Data				150 - Data				151 - Data				152 - Data			
153 - Data				154 - Data				155 - Data				156 - Data			
157 - Data				158 - Data				159 - Data				160 - Data			
161 - Data				162 - Data				163 - Data				164 - Data			
165 - Data				166 - Data				167 - Data				168 - Data			
169 - Data				170 - Data				171 - Data				172 - Data			
173 - Data				174 - Data				175 - Data				176 - Data			
177 - Data				178 - Data				179 - Data				180 - Data			
181 - Data				182 - Data				183 - Data				184 - Data			
185 - Data				186 - Data				187 - Data				188 - Data			
189 - Data				190 - Data				191 - Data				192 - Data			
193 - Data				194 - Data				195 - Data				196 - Data			
197 - Data				198 - Data				199 - Data				200 - Data			
201 - Data				202 - Data				203 - Data				204 - Data			
205 - Data				206 - Data				207 - Data				208 - Data			
209 - Data				210 - Data				211 - Data				212 - Data			
213 - Data				214 - Data				215 - Data				216 - Data			
217 - Data				218 - Data				219 - Data				220 - Data			
221 - Data				222 - Data				223 - Data				224 - Data			
225 - Data				226 - Data				227 - Data				228 - Data			
229 - Data				230 - Data				231 - Data				232 - Data			
233 - Data				234 - Data				235 - Data				236 - Data			
237 - Data				238 - Data				239 - Data				240 - Data			
241 - Data				242 - Data				243 - Data				244 - Data			
245 - Data				246 - Data				247 - Data				248 - Data			
249 - Data				250 - Data				251 - Data				252 - Data			
253 - Data				254 - Data				255 - Data				256 - Data			
257 - Data				258 - Data				259 - Data				260 - Data			
261 - Data				262 - Data				263 - Data				264 - Data			
265 - Data				266 - Data				267 - Data				268 - Data			
269 - Data				270 - Data				271 - Data				272 - Data			
273 - Data				274 - Data				275 - Data				276 - Data			
277 - Data				278 - Data				279 - Data				280 - Data			
281 - Data				282 - Data				283 - Data				284 - Data			
285 - Data				286 - Data				287 - Data				288 - Data			
289 - Data				290 - Data				291 - Data				292 - Data			
293 - Data				294 - Data				295 - Data				296 - Data			
297 - Data				298 - Data				299 - Data				300 - Data			
301 - Data				302 - Data				303 - Data				304 - Data			
305 - Data				306 - Data				307 - Data				308 - Data			
309 - Data				310 - Data				311 - Data				312 - Data			
313 - Data				314 - Data				315 - Data				316 - Data			
317 - Data				318 - Data				319 - Data				320 - Data			
321 - Data				322 - Data				323 - Data				324 - Data			
325 - Data				326 - Data				327 - Data				328 - Data			
329 - Data				330 - Data				331 - Data				332 - Data			
333 - Data				334 - Data				335 - Data				336 - Data			
337 - Data				338 - Data				339 - Data				340 - Data			
341 - Data				342 - Data				343 - Data				344 - Data			
345 - Data				346 - Data				347 - Data				348 - Data			
349 - Data				350 - Data				351 - Data				352 - Data			
353 - Data				354 - Data				355 - Data				356 - Data			
357 - Data				358 - Data				359 - Data				360 - Data			
361 - Data				362 - Data				363 - Data				364 - Data			
365 - Data				366 - Data				367 - Data				368 - Data			
369 - Data				370 - Data				371 - Data				372 - Data			
373 - Data				374 - Data				375 - Data				376 - Data			
377 - Data				378 - Data				379 - Data				380 - Data			
381 - Data				382 - Data				383 - Data				384 - Data			
385 - Data				386 - Data				387 - Data				388 - Data			
389 - Data				390 - Data				391 - Data				392 - Data			
393 - Data				394 - Data				395 - Data				396 - Data			
397 - Data				398 - Data				399 - Data				400 - Data			
401 - Data				402 - Data				403 - Data				404 - Data			
405 - Data				406 - Data				407 - Data				408 - Data			
409 - Data				410 - Data				411 - Data				412 - Data			
413 - Data				414 - Data				415 - Data				416 - Data			
417 - Data				418 - Data				419 - Data				420 - Data			
421 - Data				422 - Data				423 - Data				424 - Data			
425 - Data				426 - Data				427 - Data				428 - Data			
429 - Data				430 - Data				431 - Data				432 - Data			
433 - Data				434 - Data				435 - Data				436 - Data			
437 - Data				438 - Data				439 - Data				440 - Data			
441 - Data				442 - Data				443 - Data				444 - Data			
445 - Data				446 - Data				447 - Data				448 - Data			
449 - Data				450 - Data				451 - Data				452 - Data			
453 - Data				454 - Data				455 - Data				456 - Data			
457 - Data				458 - Data				459 - Data				460 - Data			
461 - Data				462 - Data				463 - Data				464 - Data			
465 - Data				466 - Data				467 - Data				468 - Data			
469 - Data				470 - Data				471 - Data				472 - Data			
473 - Data				474 - Data				475 - Data				476 - Data			
477 - Data				478 - Data				479 - Data				480 - Data			
481 - Data				482 - Data				483 - Data				484 - Data			
485 - Data				486 - Data				487 - Data				488 - Data			
489 - Data				490 - Data				491 - Data				492 - Data			
493 - Data				494 - Data				495 - Data				496 - Data			
497 - Data				498 - Data				499 - Data				500 - Data			
501 - Data				502 - Data				503 - Data				504 - Data			
505 - Data				506 - Data				507 - Data				508 - Data			
509 - Data				510 - Data				511 - Data				512 - Data			
513 - Data				514 - Data				515 - Data				516 - Data			
517 - Data				518 - Data				519 - Data				520 - Data			
521 - Data				522 - Data				523 - Data				524 - Data			
525 - Data				526 - Data				527 - Data				528 - Data			
529 - Data				530 - Data				531 - Data				532 - Data			
533 - Data				534 - Data				535 - Data				536 - Data			
537 - Data				538 - Data				539 - Data				540 - Data			
541 - Data				542 - Data				543 - Data				544 - Data			
545 - Data				546 - Data				547 - Data				548 - Data			
549 - Data				550 - Data				551 - Data				552 - Data			
553 - Data				554 - Data				555 - Data				556 - Data			
557 - Data				558 - Data				559 - Data				560 - Data			
561 - Data				562 - Data				563 - Data				564 - Data			
565 - Data				566 - Data				567 - Data				568 - Data			
569 - Data				570 - Data				571 - Data				572 - Data			
573 - Data				574 - Data				575 - Data				576 - Data			
577 - Data				578 - Data				579 - Data				580 - Data			
581 - Data				582 - Data				583 - Data				584 - Data			
585 - Data				586 - Data				587 - Data				588 - Data			
589 - Data				590 - Data				591 - Data				592 - Data			
593 - Data				594 - Data				595 - Data				596 - Data			
597 - Data				598 - Data				599 - Data				600 - Data			
601 - Data				602 - Data				603 - Data				604 - Data			
605 - Data				606 - Data				607 - Data				608 - Data			
609 - Data				610 - Data				611 - Data				612 - Data			
613 - Data				614 - Data				615 - Data				616 - Data			
617 - Data				618 - Data				619 - Data				620 - Data			
621 - Data				622 - Data				623 - Data				624 - Data			
625 - Data				626 - Data				627 - Data				628 - Data			
629 - Data				630 - Data				631 - Data				632 - Data			
633 - Data				634 - Data				635 - Data				636 - Data			
637 - Data				638 - Data				639 - Data				640 - Data			
641 - Data				642 - Data				643 - Data				644 - Data			
645 - Data				646 - Data				647 - Data				648 - Data			
649 - Data				650 - Data				651 - Data				652 - Data			
653 - Data				654 - Data				655 - Data				656 - Data			
657 - Data				658 - Data				659 - Data				660 - Data			
661 - Data				662 - Data				663 - Data				664 - Data			
665 - Data				666 - Data				667 - Data				668 - Data			
669 - Data				670 - Data				671 - Data				672 - Data			
673 - Data				674 - Data				675 - Data				676 - Data			
677 - Data				678 - Data				679 - Data				680 - Data			
681 - Data				682 - Data				683 - Data				684 - Data			
685 - Data				686 - Data				687 - Data				688 - Data			
689 - Data				690 - Data				691 - Data				692 - Data			
693 - Data				694 - Data				695 - Data				696 - Data			
697 - Data				698 - Data				699 - Data				700 - Data			
699 - Data				700 - Data				701 - Data				702 - Data			
703 - Data				704 - Data				705 - Data				706 - Data			
707 - Data				708 - Data				709 - Data				710 - Data			
711 - Data				712 - Data				713 - Data				714 - Data			
715 - Data				716 - Data				717 - Data				718 - Data			
719 - Data				720 - Data				721 - Data				722 - Data			
723 - Data				724 - Data				725 - Data				726 - Data			
727 - Data				728 - Data				729 - Data				73			

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:30

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 60692029 Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO 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

1 - Registro Ans ANS nº 0	2 - Nº Guia Nacional 41358595	3 - Propriedade Programado	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Sembr	7 - Data de Validade da Sembr	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/COF 12361267006844	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP	16 - Código CHES 23777999	17 - UF PB	21 - Código CID 10 S
---	--	------------------------------	---------------	----------------------

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

18 - Nome do Profissional Solicitante NILVAN LINHARES	19 - Conselho Profissional CRM	20 - Número no Conselho 5044	25 - Indicação Clínica	24 - CID 10 S903
--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------	---------------------

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação U - E - Dia/U - U - Urgência/Emergência	23 - Caráter da Solicitação U - E - Dia/U - U - Urgência/Emergência	26 - Descrição CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	27 - Código do Procedimento 52230023	28 - Descrição CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	29 - Outras Solic.	30 - Outras Anotações
--	--	---	---	---	--------------------	-----------------------

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/COF	32 - Nome do Contratado	33 - T. Log.	34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-00
-----------------------------------	-------------------------	--------------	--

DADOS DO ATENDIMENTO

41 - Tipo de Atendimento 01 - Pequena Cirurgia 02 - Remoção 03 - SADT Incompleto 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Incompleto 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar NILVAN LINHARES	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 5044	45 - UF PB	46 - Código CID 10 S	47 - Grau de Participação	48 - Indicação de Atendimento U - Atendimento ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros	49 - Tipo de Saúde 1 - Raposo 2 - Raposo SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Outro
---	--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------	----------------------	---------------------------	---	--

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qte	58 - Via	59 - Tec	60 - %Dad / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				52230023 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0.00

CONSIDERAÇÕES

63 - Data e Assinatura do Procedimento em Saúde 1 - 1 2 - 1 3 - 1 4 - 1 5 - 1 6 - 1 7 - 1 8 - 1 9 - 1 10 - 1 11 - 1 12 - 1 13 - 1 14 - 1 15 - 1 16 - 1 17 - 1 18 - 1 19 - 1 20 - 1 21 - 1 22 - 1 23 - 1 24 - 1 25 - 1 26 - 1 27 - 1 28 - 1 29 - 1 30 - 1 31 - 1 32 - 1 33 - 1 34 - 1 35 - 1 36 - 1 37 - 1 38 - 1 39 - 1 40 - 1 41 - 1 42 - 1 43 - 1 44 - 1 45 - 1 46 - 1 47 - 1 48 - 1 49 - 1 50 - 1 51 - 1 52 - 1 53 - 1 54 - 1 55 - 1 56 - 1 57 - 1 58 - 1 59 - 1 60 - 1 61 - 1 62 - 1 63 - 1 64 - 1 65 - 1 66 - 1 67 - 1 68 - 1 69 - 1 70 - 1 71 - 1 72 - 1 73 - 1 74 - 1 75 - 1 76 - 1 77 - 1 78 - 1 79 - 1 80 - 1 81 - 1 82 - 1 83 - 1 84 - 1 85 - 1 86 - 1 87 - 1 88 - 1 89 - 1 90 - 1 91 - 1 92 - 1 93 - 1 94 - 1 95 - 1 96 - 1 97 - 1 98 - 1 99 - 1 00 - 1
--

ASSINATURAS E DATA

86 - Data e Assinatura do Solicitante 20/06/2020	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Específico	90 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	91 - Total Medicamentos - R\$	92 - Total Diagnósticos - R\$	93 - Total Geral da Guia - R\$
---	--	---	--	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

R3100ANS - 1.20 JOSE MARIA LINS JUNIOR 29/06/2020 15:31 10.132.200

☒

PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS. Nase. 05/06/1969 Atendimento: 60692029
Convênio:HAPVIDA JOAO PESSOA Nº Prescrição: 22892139 19/07/2019 às 13:23 Prontuário: 16019781
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/14 Peso: kg

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

Profissionais:

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:33

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 60857733 Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118215/5

Profissional(is): ALEXANDRE YUKIO NISHIMI CRM 10730 [1] Nº: 41926074 26/07/2019 às 12:51
NILVAN LINHARES CRM 5044 [2]

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

CID10	S890 TRAUMATISMOS MULTIPLOS DA PERNA	[1]
CID10	S890 TRAUMATISMOS MULTIPLOS DA PERNA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/06/2020 15:33

U. TRA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/05/1969 Atendimento: 60857733 Prontuário: 16019781
 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118215/5
 Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1] Nº: 41927785 26/07/2019 às 13:31

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE COM TRAUMA DA PERNA E TORNOZELO E APOS ACIDENTE DE MOTO HA 14 DIAS SOLICITO RX DO PE E TORNOZELO E [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA [1]

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

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

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

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Registro Ans
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
5710900249034019

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/CPPF
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 - Urgência 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

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPPF

32 - Nome do Contratado

33 - T. Log.

34-35- Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cod. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

41 - Código na Operadora/CNPJ/CPPF de Exec. Complementar

42 - Nome do Profissional Executante/Complementar

43 - Conselho Profissional

44 - Número no Conselho

45 - UF

46 - Grau de Participação

47 - Tipo de Doença

48 - Código CBO S

49 - Tipo de Saída

50 - Referência

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento

48 - Pequena Cirurgia

49 - Exame

50 - Atendimento Domiciliar

51 - SAOT Internado

52 - Quimioterapia

53 - Radioterapia

54 - Terapia

55 - Exame

56 - Exame

57 - Exame

58 - Exame

59 - Exame

60 - Exame

61 - Exame

62 - Exame

63 - Exame

64 - Exame

65 - Exame

66 - Exame

67 - Exame

68 - Exame

69 - Exame

70 - Exame

71 - Exame

72 - Exame

73 - Exame

74 - Exame

75 - Exame

76 - Exame

77 - Exame

78 - Exame

48 - Indicação da Ação/Intervenção ou Doença relacionada ao trabalho

49 - Tipo de Saída

50 - Referência

51 - Retorno

52 - Retorno SAOT

53 - Referência

54 - Referência

55 - Referência

56 - Referência

57 - Referência

58 - Referência

59 - Referência

60 - Referência

61 - Referência

62 - Referência

63 - Referência

64 - Referência

65 - Referência

66 - Referência

67 - Referência

68 - Referência

69 - Referência

70 - Referência

71 - Referência

72 - Referência

73 - Referência

74 - Referência

75 - Referência

76 - Referência

77 - Referência

78 - Referência

79 - Referência

80 - Referência

51 - Retorno

52 - Retorno SAOT

53 - Referência

54 - Referência

55 - Referência

56 - Referência

57 - Referência

58 - Referência

59 - Referência

60 - Referência

61 - Referência

62 - Referência

63 - Referência

64 - Referência

65 - Referência

66 - Referência

67 - Referência

68 - Referência

69 - Referência

70 - Referência

71 - Referência

72 - Referência

73 - Referência

74 - Referência

75 - Referência

76 - Referência

77 - Referência

78 - Referência

79 - Referência

80 - Referência

51 - Retorno

52 - Retorno SAOT

53 - Referência

54 - Referência

55 - Referência

56 - Referência

57 - Referência

58 - Referência

59 - Referência

60 - Referência

61 - Referência

62 - Referência

63 - Referência

64 - Referência

65 - Referência

66 - Referência

67 - Referência

68 - Referência

69 - Referência

70 - Referência

71 - Referência

72 - Referência

73 - Referência

74 - Referência

75 - Referência

76 - Referência

77 - Referência

78 - Referência

79 - Referência

80 - Referência

51 - Retorno

52 - Retorno SAOT

53 - Referência

54 - Referência

55 - Referência

56 - Referência

57 - Referência

58 - Referência

59 - Referência

60 - Referência

61 - Referência

62 - Referência

63 - Referência

64 - Referência

65 - Referência

66 - Referência

67 - Referência

68 - Referência

69 - Referência

70 - Referência

71 - Referência

72 - Referência

73 - Referência

74 - Referência

75 - Referência

76 - Referência

77 - Referência

78 - Referência

79 - Referência

80 - Referência

51 - Retorno

52 - Retorno SAOT

53 - Referência

54 - Referência

55 - Referência

56 - Referência

57 - Referência

58 - Referência

59 - Referência

60 - Referência

61 - Referência

62 - Referência

63 - Referência

64 - Referência

65 - Referência

66 - Referência

67 - Referência

68 - Referência

69 - Referência

70 - Referência

71 - Referência

72 - Referência

73 - Referência

74 - Referência

75 - Referência

76 - Referência

77 - Referência

78 - Referência

79 - Referência

80 - Referência

51 - Retorno

52 - Retorno SAOT

53 - Referência

54 - Referência

55 - Referência

56 - Referência

57 - Referência

58 - Referência

59 - Referência

60 - Referência

61 - Referência

62 - Referência

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:

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/06/2020 15:36

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente:	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Dt. Nasc.:	05/06/1969	Atendimento:	61186999	Prontuário:	16019781
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito:	118224/15		
Profissional(is):	NILVAN LINHARES CRM 5044 [1]			Nº:	42540613	09/08/2019	às 13:31
ANAMNESE							
Queixa Principal	dor no tornozelo e apos trauma ha 30 dias						[1]
Queixa Principal							
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA						[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL						[1]
Alergias	Não						[1]
Medicação Em Uso	Não						[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não						[1]
EXAME FÍSICO							
Aspecto Geral	dor no tornozelo e apos trauma ha 30 dias						[1]
DIAGNÓSTICO							
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL						[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL						[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							

41714809

SP/SADT Nº

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

20

8 - Data de Emissão da Guia

7 - Data da Validade da Guia

6 - Sessão

5 - Data da Autorização

4 - Nº Guia da Operadora

3 - Nº Guia Principal

2 - Nº Guia Principal

1 - Registro Ana

ANS nº 0

41714809

Programado

Prioridade

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira

57109000249034019

10 - Plano

PLANO EMPRESA APARTAMENTO

11 - Validade da Carteira

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

12 - Nome

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

13 - Número do Cartão Nacional de Saúde

2399989

18 - Código CHES

20 - UF

PB

21 - Código CBO S

19 - Número no Conselho

11134

18 - Conselho Profissional

CRM

25 - Indicação Clínica

24 - CID 10

15 - Nome do Contratado

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

17 - Nome do Profissional Solicitante

DANIEL CONSERVA ARRUDA

22 - Data/Hora da Solicitação

U E - Defesa U - Urgência/Emergência

23 - Carteira da Solicitação

28 - Descrição

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

26 - Tabela

27 - Código do Procedimento

29 - Ordem Solic

30 - Ordem Autor

31 - Código na Operadora/CHP/COFF

32 - Nome do Contratado

33 - T. Log

34-35-36 Logradouro - Número - Complemento

37 - Município

39-Cdd IBOE

40-CEP

41-Código CHES

42 - Nome do Profissional Excludente/Complementar

DANIEL CONSERVA ARRUDA

43 - Conselho Profissional

CRM

44 - Número no Conselho

11134

45 - UF

PB

46 - Código CBO S

48 - Grau de Participação

49 - Tipo de Saída

1 - Retorno

2 - Retorno SADT

3 - Referência

4 - Internação

5 - Alta

6 - Óbito

50 - Tipo de Doença

A - Aguda

C - Crônica

D - Outa

51 - Tempo de Doença

A - Anos

M - Meses

D - Dias

52 - Data

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Tab

56 - Código do Procedimento

57 - Qto

58 - Via

59 - Tec

60 - %Rad / Acréscimo

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$

66 - Total Taxas e Autôgrafos - R\$

67 - Total Materiais - R\$

68 - Total Medicamentos - R\$

69 - Total Diárias - R\$

70 - Total Gases Medicinais - R\$

71 - Total Geral da Guia - R\$

72 - Data e Assinatura do Solicitante

73 - Data e Assinatura do Prestador Essencial

74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

253 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

254 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

255 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

256 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

257 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

258 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

259 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Respons

1 - Registro Ans		3 - Nº Guia Principal		4 - Nº Guia da Operadora		5 - Data de Autorização		6 - Série		7 - Data de Validade da Série		8 - Data de Emissão da Guia	
ANS nº 0		41714207		Programado									

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira
57109000249034019

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora CHP/JCHF
12361267008944

10 - Plano
PLANO EMPRESA APARTAMENTO

11 - Validade da Carteira

12 - Nome
JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

13 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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

16 - Código CHES
2399989

17 - Nome do Profissional Solicitante
DANIEL CONSERVA ARRUDA

18 - Conselho Profissional
CRM

19 - Número no Conselho
11134

20 - UF
PB

21 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação

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

24 - CID 10

25 - Indicação Clínica

26 - Tabela

1	2	3	4	5
02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	28 - Descrição	29 - Data Solic
2	-	-	-	1
3	-	-	-	-
4	-	-	-	-
5	-	-	-	-

30 - Data Autor

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora CHP/JCHF
12361267008944

32 - Nome do Contratado
ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

33 - T. Log

34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento

37 - Município

38 - UF

39 - Cidade IBGE

40 - CEP

41 - Código CHES

42 - Nome do Profissional Executante/Complementar
DANIEL CONSERVA ARRUDA

43 - Conselho Profissional
CRM

44 - Número no Conselho
11134

45 - UF
PB

46 - Código CBO S

47 - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento
01 - Recepção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Insusado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TMS - Terapia Ritual Substitutiva

48 - Indicação de Atendimento
0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Tabela 2 - Outros

49 - Tipo de Saúde
1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Nulidade 4 - Inscrição 5 - Alta 6 - Óbito

50 - Tipo de Doença

A - Anos B - Meses C - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Obs	58 - Via	59 - Tec	60 - % Real / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S						0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Saúde

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$

66 - Total Materiais - R\$

67 - Total Taxas e Aluguéis - R\$

68 - Total Medicamentos - R\$

69 - Total Clínica - R\$

70 - Total Custos Médicos - R\$

71 - Total Geral da Guia - R\$

80 - Data e Assinatura do Solicitante
29/06/2020

81 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data e Assinatura do Prestador Executante

ALTA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:37

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 61186999 Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/15

Profissional(is): DANIEL CONSERVA ARRUDA CRM 11134 [1] Nº: 42556221 09/08/2019 às 19:40

CONDIÇÕES DE ALTA

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

DATA/HORA DA ALTA

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

☒

PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

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

Profissionais:

1 - Registro ANS ANS nº 0		2 - Nº Guia Principal 42083795		3 - Função Programador		4 - Nº Guia da Operadora		5 - Data da Autorização		6 - Escala		7 - Data de Validade da Sanha		8 - Data de Emissão da																																	
DADOS DO BENEFICIÁRIO																																															
9 - Número da Carteira 57109000243034019				10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO				11 - Validade da Carteira				12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS				13 - Número do Centro 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 - Conselho Profissional CRM				17 - Número no Conselho 9456				18 - Código CHES 23999693																															
17 - Nome do Profissional Solicitante MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOQUIADES																																															
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS																																															
22 - Data/Hora da Solicitação U E - Entrega U - Urgência/Emergência				23 - Caráter da Solicitação U E - Entrega U - Urgência/Emergência				24 - CID 10 S900				25 - Indicação Clínica				26 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros																															
20 - Taboia				27 - Código do Procedimento 00010071				28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				29 - Ordem Solic.				30 - Data Autor.																															
1				02								1																																			
2																																															
3																																															
4																																															
5																																															
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE																																															
31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267008844				32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP				33 - T. Log				34 - 35- Logradouro - Número - Complemento				36 - Município				37 - UF				38 - Cód. IBGE				39 - Cód. CEP				40 - Cód. CHES															
41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 8763954427				42 - Nome do Profissional Executante/Complementar MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOQUIADES				43 - Conselho Profissional CRM				44 - Número no Conselho 9456				45 - UF PB				46 - Código CBO S.				47 - Grau de Participação																							
DADOS DO ATENDIMENTO																																															
47 - Tipo de Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Outpatient 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva				48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros				49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Rastreamento SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Outros																																							
CONSULTA REFERÊNCIA																																															
50 - Tipo de Doença				51 - Tempo de Doença				A - Anos M - Meses D - Dias																																							
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS																																															
52 - Data				53 - Hora Inicial				54 - Hora Final				55 - Tab				56 - Código do Procedimento				57 - Qds				58 - Via				59 - Tec				60 - %Red / Acrescimo				61 - Valor Unitário - R\$				62 - Valor Total - R\$							
																00010071 CONSULTA EM PRONTO S																								0.00							

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/06/2020 15:39

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 61690825 Prontuário: 16019781
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Letto: /

Profissional(is): MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOQUIADES CRM 9456 [1] Nº: 43500107 30/08/2019 às 13:11

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE DE DR NILVAN	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S900 CONTUSAO DO TORNOZELO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

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

ANAMNESE

Queixa Principal MT: QUEDA [1]
DT: 04/11/19
TRAUMA NO JOELHO DIR E E ESQ
REFERE DOR + LIMITAÇÃO
EF: AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO
MOBILIZA ATIVAMENTE
HD: CONTUSÃO ? FRATURA?
CD: ORIENTAÇÃO + PRESCRIÇÃO RX

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CID10 S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

1 - Registro Ans ANS nº 0		3 - Nº Guia Principal 42691795		Prioridade		4 - Nº Guia da Operadora		5 - Data da Autorização		6 - Sentença		7 - Data de Validade da Sentença		8 - Data de Emissão da Guia					
DADOS DO BENEFICIÁRIO				10 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO				11 - Validade da Carteira				12 - Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS				13 - Número da Cartão Nacional de Saúde			
9 - Número da Carteira 57109000243034019				15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP				16 - Código CHES 2399989				20 - UF PB				21 - Código CBO S			
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				14 - Código na Operadora/CPF 12361267006844				17 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LARA DE FREITAS				18 - Conselho Profissional CRM				19 - Número no Conselho 8784			
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS				22 - Data/Hora da Solicitação U E - Defesa U - Urgência/Emergência				23 - Carteira da Solicitação U E - Defesa U - Urgência/Emergência				24 - CID 10 S800				25 - Indicação Clínica			
26 - Tabela				27 - Código do Procedimento				28 - Descrição				29 - Data Solic.				30 - Chave Autor			
1 02				00010071				CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				1				1			
2 02				32040067				RAIOX JOELHO: A.P. - LATERAL											
3																			
4																			
5																			
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE				31 - Código na Operadora/CPF 12361267006844				32 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HGP				33 - T. Log				34 - 35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-00			
41 - Código na Operadora/CPF 96325143604				42 - Nome do Profissional Executante/Complementar RAFAEL LARA DE FREITAS				43 - Conselho Profissional CRM				44 - Número no Conselho 8784				45 - UF PB			
DADOS DO ATENDIMENTO				47 - Tipo de Atendimento 01 - Pequena Cirurgia 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Insatisfeito 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva				48 - Indicação de Atendimento 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros				49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito							
50 - Tipo de Doença				51 - Tempo de Doença				A - Anos M - Meses D - Dias											
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS				53 - Hora Inicial				54 - Hora Final				55 - Tido				56 - Código do Procedimento			
1 02				1				1				1				00010071 CONSULTA EM PRONTO S			
2 02				1				1				1				32040067 RAOX JOELHO: A.P. -			
3				1				1				1							
4				1				1				1							
5				1				1				1							
6				1				1				1							
7				1				1				1							
8				1				1				1							
9				1				1				1							
10				1				1				1							
11				1				1				1							
12				1				1				1							
13				1				1				1							
14				1				1				1							
15				1				1				1							
16				1				1				1							
17				1				1				1							
18				1				1				1							
19				1				1				1							
20				1				1				1							
21				1				1				1							
22				1				1				1							
23				1				1				1							
24				1				1				1							
25				1				1				1							
26				1				1				1							
27				1				1				1							
28				1				1				1							
29				1				1				1							
30				1				1				1							
31				1				1				1							
32				1				1				1							
33				1				1				1							
34				1				1				1							
35				1				1				1							
36				1				1				1							
37				1				1				1							
38				1				1				1							
39				1				1				1							
40				1				1				1							
41				1				1				1							
42				1				1				1							
43				1				1				1							
44				1				1				1							
45				1				1				1							
46				1				1				1							
47				1				1				1							
48				1				1				1							
49				1				1				1							
50				1				1				1							
51				1				1				1							
52				1				1				1							
53				1				1				1							
54				1				1				1							
55				1				1				1							
56				1				1				1							
57				1				1				1							
58				1				1				1							
59				1				1				1							
60				1				1				1							
61				1				1				1							
62				1				1				1							
63				1				1				1							
64				1				1				1							
65				1				1				1							
66				1				1				1							
67				1				1				1							
68				1				1				1							
69				1				1				1							
70				1				1				1							
71				1				1				1							
72				1				1				1							
73				1				1				1							
74				1				1				1							
75				1				1				1							
76				1				1				1							
77				1				1				1							
78				1				1				1							
79				1				1				1							
80				1				1				1							
81				1				1				1							
82				1				1				1							
83				1				1				1							
84				1				1				1							
85				1				1				1							
86				1				1				1							
87				1				1				1							
88				1				1				1							
89				1				1				1							
90				1				1				1							
91				1				1				1							
92				1				1				1							
93				1				1				1							
94				1				1				1							
95				1				1				1							
96				1				1				1							
97				1				1				1							
98				1				1				1							
99				1				1				1							
00				1				1				1							

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]

NP: 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: 108215/9 Peso: kg

1. DAPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000 mg 2 ML (AMPL C/ 500MG)ora EV
Água Destilada 18 ml

2. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100 mg 1 FRAP(FRAP C/ 100MG)ora EV
Soro Fisiológico 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 DL 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]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:50

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

Profissional(is): PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA CRM 13132 [1] Nº: 55260319 12/06/2020 às 08:50

ANAMNESE

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

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 80 ADMINISTRATIVO GERAL [1]

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

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

EXAME FÍSICO

Nível De Consciência 0 [1]

Resposta Motora 6 [1]

Resposta Verbal 5 [1]

DIAGNÓSTICO

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

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo:
H079: [Administrativo Geral] v8

Passos Executados:

1) Auxílio Conduta: Seleção do protocolo
Criado por: PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA
Executado por: PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA
Data de criação: 12/06/2020 11:54
Data de execução: 12/06/2020 11:54
Última modificação: 12/06/2020 11:54
Executado: True
Re-executado: Não

2) Informação: Atestado médico
Criado por: PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA
Executado por: PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA
Data de criação: 12/06/2020 11:54
Data de execução: 12/06/2020 11:54
Última modificação: 12/06/2020 11:54
Executado: True
Re-executado: Não

ALTA

Página 1 de 1

29/06/2020 15:50

ALTA SOM SERV MED SA - HGP

Paciente:	JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS	Di. Nasc.:	05/06/1969	Atendimento:	67170092	Prontuário:	16019781
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:		Leito:	/		
Profissional(is):	PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA CRM 13132 [1]	Nº:	55260502	12/06/2020	às	08:56	
CONDIÇÕES DE ALTA							
Alta do Paciente	Sim						[1]
DATA/HORA DA ALTA							
Data Da Alta	12/06/2020						[1]
Hora Da Alta	08:56						[1]

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 INTERIOREZA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

AUTORIA NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

DOC. EXISTENTE / OUT. EXISTENTE: 357112817 SSP SP

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

PLACAS: 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

ASSINATURA DO DETENTOR: Jesus Nazareno F Santos

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

ASSINATURA DO EMISSOR: 47522687125, PBO39635163

PARAIBA

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

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 INTERIOREZA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

AUTORIA NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

DOC. EXISTENTE / OUT. EXISTENTE: 357112817 SSP SP

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

PLACAS: 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

ASSINATURA DO DETENTOR: Jesus Nazareno F Santos

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

ASSINATURA DO EMISSOR: 47522687125, PBO39635163

PARAIBA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013748031334

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 0105938145-5 ENTRC 00/000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ
20619898453

PLACA
QFG6788/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C6KG0570G0001790

ESPÉCIE/TIPO
PAS/MOTOCICLETA MAG APPLIC

COMBUSTÍVEL
ALCOOL

FAIXA/KM250 TENERE

NOVEMB 2015 2016

CAR / POT / CIL
2 P/249 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

00/00/0000

1º
2º
3º

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

06/09/2017

OBSERVAÇÕES

A.F BCO PANAMERICANO SA BRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL

DATA

JOAO PESSOA

06/09/2017

31623

1858

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214069/20

Vítima: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTO

CPF: 690.040.304-25

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: JESUS NAZARENO
FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS : 690.040.304-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA