Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

27/09/2021

Número: **0845309-04.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **17/08/2018**
Valor da causa: **R$ 13.162,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA (AUTOR)	JOSE RUBENS DE MOURA FILHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
49116592	27/09/2021 12:14	Petição	Petição
49116594	27/09/2021 12:14	2773463_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
49116597	27/09/2021 12:14	2773463_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

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

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

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00911/00912 - carta_01 - INVALIDEZ

00020456

Carta nº 12288948

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

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

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00471/00472 - carta_03 - INVALIDEZ

00060236

Carta nº 12342140

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

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

Sinistro: **3180041695**
Vítima: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**
Data do Acidente: **27/10/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00671/00672 - carta_02 - INVALIDEZ

00070336

Carta nº 12653931

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2018

Carta n°: 12755949

A/C: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**
Valor: **R$ 337,50**
Banco: **104**
Agência: **000001010**
Conta: **0000030660-5**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**337,50**
Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%		
Graduação: Em grau residual 10%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%		
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R$	**337,50**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01799/01800 - carta_15R - INVALIDEZ

00010900

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3180041695***

Nome do(a) Examinado(a): ***WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA MAGNO LOPES nº 103 - VARJÃO - JOAO PESSOA/PB***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 2557340 - SSP***

Data e local do acidente: ***27/10/2016 JOAO PESSOA/PB***

Data e local do exame: ***20/04/2018 JOAO PESSOA/PB***

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA NA MÃO ESQUERDA
FRATURA DE CALCANHAR DIREITO

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

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

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

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

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO POLEGAR ESQUERDO.

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

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

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

[ ] Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

[ ] Sem sequela permanente

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

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

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

[X] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

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

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

Autorizacao de pagamento

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA / REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	060.815.444-00	Washington Luiz da S. Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA		CPF titular da conta: 060.815.444-00	Profissão: Recuso
Endereço: RUA MAGNO LOPES		Número: 103	Complemento:
Bairro: VARJÃO	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PARAÍBA	CEP: 58070-140
Email: WASHINGTONCOSTAINF@GMAIL.COM			Telefone (DDD): 83-99937-5602

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
1010		00030660	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa 16 de Janeiro de 2018
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN 2018

Washington Luiz da Silva Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO
JOÃO PES

FAPPF.001 V001/2017

86

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

87

Boletim de ocorrencia

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 02088.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02088.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:50 horas do dia 20 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Washington Luiz da Silva Costa**, CPF nº 060.815.444-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Tec Informatica, filho(a) de Maria Ananias da Silva Costa e Luiz Conzaga da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/05/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Magno Lopes, Nº 103, complemento 103 B, bairro Rangel, tendo como ponto de referência Mercearia São José, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99937-5602.

Dados do(s) Fatos:

Local: Quatorze de Julho, Rio Jaguaribe, João Pessoa/PB, bairro Rangel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/16 08:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 27/10/2016, por volta das 8:20 horas, conduzia sua motocicleta na rua Quatorze de Julho, bairro do Rangel,motocicleta esta HONDA /CB 300 R, ano e modelo:2010/2010 de cor, amarela,placa:NPZ 8416/PB,chassi nº 9C2NC4310AR077054, estando em nome de Dorgival Tavares Pontes;QUE,segundo o notificante ao conduzir a sua moto na rua citado acima, a mesma caiu em um buraco na pista ali existente onde o mesmo veio a derrapar,que devido ao fato veio a se lesionar, conforme declaração do Samur, datado de 06/11/2017,assinado por Jefferson da Rocha Augusto, matriculas: 67.155-6, E LAUDO MÉDICO do hospital de Traumas Senador Humberto Lucena,expedido pelo médico;Dr. Juan Jaime Alcoba Arce - CRM 3323/PB; E CONFORME DECLARAÇÃO: do Hospital Geral da Paraíba onde o mesmo também foi atendido conforme prontuario de nº 13134703 , razão pela qual veio registrar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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.

João Pessoa/PB, 20 de novembro de 2017.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Noticiante

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

Procedimento Policial: 02088.01.2017.1.00.420

1/1

Declaracao de inexistencia de IML

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
WASHINGTON LUIZ DA S. COSTA	060.815.444-00	27.10.16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

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

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2018

Local e Data

Washington Luiz da Silva Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

3

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

Comprovacao de ato declaratorio

DECLARAÇÃO

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

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

João Pessoa, 06 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREJ 1ª Região: 10171

SAMU 192 JP

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

2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 337,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01010
CONTA: 000000030660-5

Nr. da Autenticação F1E1E4FB8A094085

Comprovante de residencia

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 316113
REFERENCIA: OUT/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

WASHINGTON S COSTA
RUA MAGNO LOPES NUM. 103 - B
VARJAO - 58070- 140
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Público)				Responsável
- 001.18.045.0268	0	1	0	0	0	316113

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
2019875	23/05/1985	2	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1120	1130	10	30	06/11/2017

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.			QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS			
ABR/2017	10	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2017	10	4	COL.TOTAIS	294	294	294
JUN/2017	10	32	TURBIDEZ	294	280*	278
JUL/2017	10	32	COL.TERMOT	0	0	0
AGO/2017	10	32	CLORO	294	280	280
SET/2017	10	4	COR	77 *	103	102
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A:AGO/2017			

DATA DA LEITURA: 09/10/2017 HORA DA LEITURA: 09:14:50

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	29,47	R$66,31

fim. 11 (9).

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R$6,13 PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 22/10/2017

Total a Pagar: R$66,31

V.16.13 0 7.0

CONDICAO DE LEITURA:NAO REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:MEDIA TIPO DE TARIFA:NORMAL
ANORMALIDADE DE LEITURA: 4-
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

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

Declaracao do proprietario do veiculo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dorgival Tavares Pontes,

RG nº 1711527, data de expedição __/__/__,

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 928.115.074.34, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Magno Lopes, nº 103 B

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Washington Luiz da Costa, cujo o condutor era Washington Luiz da Silva Costa.

Veiculo: Motocicleta
Modelo: HONDA / CB 300R
Ano: 2010
Placa: NPZ 8416
Chassi: 9C2NC4310AR077054
Data do Acidente: 27/10/2016
Local e Data: João Pessoa - PB

Dorgival Tavares Pontes
Assinatura do Declarante

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

SOUTO
Serviços Notariais e Registrais
Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:
DORGIVAL TAVARES PONTES
Em test.da verdade. Joao Pessoa-PB 01/12/2017 14:53:27
Dario dos Santos Lima - Escrevente
[2017-034038]ERGL:R$ 19,23 FAMPEN:R$ 0,27 FEPJ:R$ 1,
SELO DIGITAL: AFZ88048-EYLX
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

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

4

Documentacao medico-hospitalar

GOVERNO DO ESTADO DA P

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	Washington Luis da Silva Costa
DATA DE NASCIMENTO	03/05/84
NOME DA MÃE	Maria Ananias da Silva Costa
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	957286
DATA DO ATENDIMENTO	27/10/16
HORA DO ATENDIMENTO	10:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Politraumatismo
CID 10	T06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RX cervical,tórax Bacia,pé e tornozelo D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC:normal.

RX:normal.

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

TRATAMENTO:

1º atendimento

ALTA HOSPITALAR: 27/10/16

DATA DA EMISSÃO: 17/04/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
Vida & Imagem
NºPedido: 18591373

Data 02/02/2017
Pag 1 de 1

Paciente...: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Nascimento.:03/05/1994 Sexo:M RG.: 2557340 CPF.: 6081544400
Endereço ..: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040
Convenio ..: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel.: 99937-5602
Matrícula ..: 0000420000010067025
Solicitante: Dr(a) CARLOS ALBERTO MARQ

Exame:
RX MAO OU QUIRODACTILOS

!K|Ne

4089436622

LAUDO :

Textura óssea reduzida.

Linha radiolucente em falange distal do primeiro dedo.

Demais aspectos preservados.

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

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

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

R7944 Impresso por: SILNUNES Em 23/02/2017 17:19:33

6

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

Vida & Imagem

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
NºPedido: 18591373

Data 02/02/2017
Pag 1 de 1

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

Exame:
RX CALCANEO

!K|Ne8
4089436621

LAUDO :

Aparente calo ósseo em calcâneo.

Demais aspectos preservados.

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

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

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

7

Impresso por: SILNUNES Em: 23/02/2017 17:19:30

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

MAGNETOM
• Ressonância Magnética
• Tomografia Multislice
• Ultrassonografia

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

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO POLEGAR

Técnicas

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

Comentários:

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

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

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

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

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

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

Não há desvios apreciáveis das estruturas ósseas do polegar.

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

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

João Pessoa, 18 de Novembro de 2016

Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues
CRM - 7884 PB

: Carlos Ferreira Neto II • CRM 5962-PB
: Henrique Queiroga Cartaxo • CRM 4146-PB
: Ítalo Miranda Pereira • CRM 5606-PB
: Marcílio Mendes Cartaxo • CRM 2044-PB
: Murilo Augusto de Almeida Rodrigues • CRM 7884-PB
: Otélio Queiroga Cartaxo Filho • CRM 5056-PB
: Pedro Guedes Pereira • CRM 5033-PB

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

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

MAGNETOM
• Ressonância Magnética
• Tomografia Multislice
• Ultrassonografia

Nome: Washington Luiz Da Silva Costa
Data:03/11/2016
Convênio:
Médico Solicitante:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO

TÉCNICA DE EXAME:

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

ANÁLISE:

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

Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade habituais.

Ausência de lesões ósseas focais de aspecto agressivo.

Grupamentos musculares preservados.

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

Ausência de derrame articular significativo ao método.

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

DR. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues
CRM - 7884 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II • CRM 5962-PB
Dr. Henrique Queiroga Cartaxo • CRM 4146-PB
Dr. Ítalo Miranda Pereira • CRM 5806-PB
Dr. Marcílio Mendes Cartaxo • CRM 2044-PB
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues • CRM 7884-PB
Dr. Océlio Queiroga Cartaxo Filho • CRM 5056-PB
Dr. Pedro Guedes Pereira • CRM 5033-PB

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

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

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
Vida & Imagem
NºPedido: 18101431

Data 27/12/2016
Pag 1 de 1

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

Exame:
RX CALCANEO

!K4ÅZ8

4017935521

LAUDO

Presença de fratura em calcâneo.

Demais aspectos preservados.

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

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

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

hapvida
Faz bem pra você

Washington Luiz da Silva Costa

Relatório médico.

Declaro, para fins trabalhistas que o paciente supracitado apresentou lesão de sitnner do polegar (E) após acidente de moto e foi submetido à reparo cirúrgico no dia 14/12/16. Está em seguimento ambulatorial e reabilitação. Permanecerá com imobilização durante 6 semanas.

CID S63

14/12/16

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
/hapvidasaude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

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

77

HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA

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

D E C L A R A Ç Ã O

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

João Pessoa, 20 de Julho de 2017

EVERTON PEREIRA DE CARVALHO
Faturista

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

252

10

Hapvida Assistência Médica

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº 1570719

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

ANS - nº36.825-3 | 3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 07/12/16 | 4 - SENHA: X | 5 - DATA VALIDADE DA SENHA: 06/02/17 | 6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - NÚMERO DA CARTEIRA: 01015164101010101310170107 | 8 - PLANO: | 9 - VALIDADE DA CARTEIRA:

10 - NOME: Washington luiz da Silva Costa | 11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF: | 13 - NOME DO CONTRATADO: | 14 - CÓDIGO CNES:

15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luciano José lira mendes | 16 - CONS. PROFISSIONAL: CRM | 17 - Nº DO CONSELHO: 4290 | 18 - UF: PB | 19 - CÓDIGO CBOS:

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF: | 21 - NOME DO PRESTADOR:

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: E - Eletiva U - Urgência/Emergência | 23 - TIPO DE INTERNAÇÃO: 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstetrícia 4 - Pediatria 5 - Psiquiatria | 24 - REGIME DE INTERNAÇÃO: 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | 25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS: 01

26 - INDICAÇÃO CLÍNICA: lesão ligamento colateral ulnar polegar (E)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica: A | 28 - TEMPO DA DOENÇA: 21 A 1D A - Anos M - Meses D - Dias | 29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID 10 PRINCIPAL: S1516 | 31 - CID 10 (2) | 32 - CID 10 (3) | 33 - CID 10 (4)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	36 - DESCRIÇÃO	37 - QTDE. SOLIC.	38 - QTDE. AUTORIZ.
1				
2	31017316015161	Reconstrução, Reconstrutor ou ref. de ligam	01	
3	31017121611821	lesões ligamentares aguda - ext. cirurgia	01	
4				
5				

OPM SOLICITADOS

39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO OPM	41 - DESCRIÇÃO OPM	42 - QTDE.	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R$
1		mini âncora 2,7 mm	012		
2		montada			
3		mini âncora 2,5 mm	013		
4					
5					

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP.: | 46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS: | 47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA: Enfermaria | 48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ: | 50 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS:

49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO: Hospital geral PB

51 - OBSERVAÇÃO:

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

Dr. Luciano Jose Lira Mendes
Ortopedista e Traumatologista
CRM PB 4290

52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE | 53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL | 54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

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

13

HOSPITAL PARAIBA

ATESTADO MÉDICO

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

S920 .

Código da Doença

03/11/16

Local e Data

Assinatura do Médico

Rodolfo Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM6819 TEOT 13403

RODOLFO COIMBRA BATISTA
CRM 6819

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BXNWD16J9P9I6
Solicitacao da Senha : 03/11/2016 19:36:19
Inicio do Atendimento : 03/11/2016 19:41:38
Final do Atendimento : 03/11/2016 22:39:23

R3002 RODOLFO COIMBRA BATISTA 03/11/2016 22:39 192.85.4.102

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

14

Hapvida Assistência Médica

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº 1627890

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

ANS - nº36.625-3 | 3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 25/01/16 | 4 - SENHA: | 5 - DATA VALIDADE DA SENHA: 25/01/17 | 6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - NÚMERO DA CARTEIRA: 00521000010070017 | 8 - PLANO: | 9 - VALIDADE DA CARTEIRA:

10 - NOME: washington luiz da silva costa | 11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF: | 13 - NOME DO CONTRATADO: | 14 - CÓDIGO CNES:

15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Andrea Halton Nastula | 16 - CONS. PROFISSIONAL: CRM | 17 - Nº DO CONSELHO: 10582 | 18 - UF: PB | 19 - CÓDIGO CBOS:

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF: | 21 - NOME DO PRESTADOR:

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: E - Eletivo U - Urgência/Emergência | 23 - TIPO DE INTERNAÇÃO: 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstetrícia 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica | 24 - REGIME DE INTERNAÇÃO: 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | 25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS: 01.

26 - INDICAÇÃO CLÍNICA: lesão ligamento colateral ulnar polegar (E)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica | 28 - TEMPO DA DOENÇA: 2 L D - A - Anos M - Meses D - Dias | 29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID 10 PRINCIPAL: S56 | 31 - CID 10 (2): | 32 - CID 10 (3): | 33 - CID 10 (4):

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

	34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	36 - DESCRIÇÃO	37 - QTDE. SOLIC.	38 - QTDE. AUTORIZ.
1		30736056	reconstrução reinstalamento ligamento	01	
2		30726182	lesões ligamentares aguda - MS cirurgia	01	
3					
4					
5					

OPM SOLICITADOS

	39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO OPM	41 - DESCRIÇÃO OPM	42 - QTDE.	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R$
1			Mini âncora 2,7 mm	02		
2			montada			
3			Mini âncora 2,6 mm	01		
4						
5						

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP. | 46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS | 47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA: Enfermaria | 48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ: | 49 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS

49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO:

51 - OBSERVAÇÃO:

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

52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: 15/12/16 | 53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL: | 54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:

CÓD. 88595 500 bls. 50x1 - 1.607.001 A 1.632.000 - 11/14

15

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

TRAUMED

TRAUMED COMERCIO LTDA. - TRAUMED LTDA

RUA NOSSA SENHORA DA SAUDE, 310 - CORDEIRO
50731-020 RECIFE - PE
FONE: (81) 3366-3754
cobranca@traumedltda.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

000.033.287
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
2616 1204 6961 0500 0188 5500 1000 0332 8714 5680 4294

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: 6102-VENDAS FORA DA UF

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 126160067254112 15/12/2016 12:53:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0.287.714-78

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.:

CNPJ: 04.696.105/0001-88

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

CNPJ / CPF: 63.554.067/0001-98

DATA DE EMISSÃO: 15/12/2016

ENDEREÇO: AV HERACLITO GRACA, 406 - 2 ANDAR

BAIRRO / DISTRITO: CENTRO

CEP: 60140-061

DATA DA SAÍDA: 15/12/2016

MUNICÍPIO: FORTALEZA

UF: CE

FONE / FAX: (85) 3255-3691

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 06.894.353-9

HORA DA SAÍDA: 12:52:41

FATURA / DUPLICATA
033287/01 29/01/2017 700,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC. ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	700,00

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIB	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	700,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL:

FRETE POR CONTA: 0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT:

PLACA DO VEÍC.:

UF:

CNPJ / CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
0	Nenhuma	Generica	0		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	VALOR IPI
12866	ANCORA 2.0 MONTADA TRA ANV: 80057410025 FAB: TRAUMEDICA	90211020	040	6102	PC	1	700,00	700,00	0,00	0,00	0	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PACIENTE WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA - DT CIRURGIA 14/12/2016 - MEDICO ANDREA HATTORI NASRALA - HOSPITAL COT JOP - CONVENIO HAPVIDA - PEDIDO 03-1095

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE TRAUMED COMERCIO LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 15.12.2016 VALOR TOTAL: 700,00 DESTINATÁRIO: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA - AV HERACLITO GRACA, 406, CENTRO, 60140-061-FORTALEZA-CE

NF-e
000.033.287
SÉRIE 1

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

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

16

HOSPITAL DA PARAÍBA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
39962719

11/07/2017 16:11:15

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13134703	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	M	03/05/1984	33

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2557340 SSP PB	6081544400		2-SOLTEIRO

Endereço
R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA-PB CEP:58040040

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
99937-5602		MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
14/12/2016	13:23		

Médico Atendente	Clinica
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES	5-ORTOPEDICA
Médico Acompanhante	**Tipo Atendimento**
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES	8 DAYCLINIC INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

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

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

3M- 112886

3431ORI - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO

17

PREVIDÊNCIA SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1658472248-5

Número do Benefício: 616617969 **Espécie:** 01

Número do Requerimento: [illegible]

Segurado: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

Endereço: MAGNO LOPES 107 VARJÃO

CEP: 58070140 **Município:** JOAO PESSOA **UF:** PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 548 de 11/08/2006, artigo 202, da IN 20 INSS/PRES de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/11/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício pedido por [illegible]

O período de carência [illegible]

[illegible]

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

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

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

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com o § 6º do art. 60 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pela Lei nº 13.135/15.

João Pessoa, 20 de dezembro de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA **SUL** **Endereço:** RUA PAULINO DOS SANTOS COSTINO, 30 , JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA

CEP: [illegible] **Município:** JOAO PESSOA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas da lei, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

João Pessoa, em 20 de dezembro de 2016

Assinatura do Requerente/ Representante Legal

PROTOCOLO
AC JOAO PESSOA
12 JAN. 2010
CAMPINA GRANDE - PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional do Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16584782485

Número do Benefício: 6166179069 **Espécie:** 91

Número do Requerimento: 177334848

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

Endereço: MAGNO LOPES 103, VARJAO

CEP: 58070140 **Município:** JOAO PESSOA **UF:** PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/11/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.
O benefício foi concedido até 31/01/2017.
Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/01/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.
A partir de 31/01/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.
O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.
Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.
A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 26 de dezembro de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

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

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

Assinatura do Requerente / Representante Legal

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

78

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
Vida e Imagem
NºPedido: 18869933

Data 22/02/2017
Pag 1 de 1

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

Exame:
RX CALCANEO - DIREITO

!LC5D/

4132183312

Queixa Principal:
EXAME SOLICITADO

LAUDO :

Textura óssea reduzida.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Aumento de partes moles.

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

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

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

19

R7944 Impresso por: SILNUNES Em: 23/02/2017 17:19:16

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HOSP JOÃO PESSOA
Vida & Imagem
Nº Pedido: 18869933

Data 22/02/2017
Pag 1 de 1

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

!LC5D.

Exame:
RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

41321833

Queixa Principal:
EXAME SOLICITADO

LAUDO :

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Aumento de partes moles.

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

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

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

R7944 Impresso por: SILNUNES Em: 23/02/2017 17:19:13

20

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, en - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 957286

Identificação do paciente

ID 1098581	Nome WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/05/1984	Idade 32 anos 5 meses 24 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA			Pai LUIZ GONZAGA DA COSTA	
Escolaridade MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) ANDREA DA SILVA COSTA TAVARES - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988147204		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 2557340		Nº Cns	
Local de procedência RANGEL			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R Técnico em manutenção de equipamentos de informática	

Endereço

CEP 58070140	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MAGNO LOPES
Número 103	Complemento		Bairro VARJÃO

Admissão

Data e Hora 27/10/2016 10:08:23	Número da pulseira **1000005451325**	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veiculo de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou AMB BOMBEIROS	

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

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

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo

Imprimir

TOMOGRAFIA
Gramo
DATA 27/10/16

26/12

21

27/10/2016 10:11

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

BE.: 857286
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
DT. NASC.: 23/05/1984
MAE: MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA
END.: MARIO LOPES
N. 183 - VARJAO
JOAO PESSOA
FONE: ( )
CELULAR: (83) 88814728
IDADE: 32
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: WASHIGTON LUIZ DO SILVA | IDADE: 30

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO REFERINDO DOR EM MEMBRO E EM HIPOCÔNDRIO DIREITO. PILOTO ESTA EM VELOCIDADE DE 40km/h.

EXAME PRIMARIO

VIAS AÉREAS: (X) Pérvias ( ) Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: (X) Sim ( ) Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA (X) Sem dificuldade ( ) Com dificuldade
( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA
( ) APNÉNIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ( ) Presente e normal ( ) Rude (X) Diminuído ( ) Ausente
HTE: ( ) Presente e normal (X) Diminuído ( ) Ausente
2 - RUIDOS
( ) sim: HTD – Roncos, Sibilos, Estertores; HTE – Roncos, Sibilos, Estertores
(X) Não
FR: _____ Imp SaO2 _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: (X) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pletórica ( ) Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: (X) Normal ( ) Quente ( ) Fria
PULSO: (X) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RITMO: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente
BULHAS: ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas
SOPRO: ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente
TAQUIPNÉIA: ( ) Presente ( ) Ausente
BE OU B4: ( ) Sim ( ) Não
FC: 80 bmp PA: ____ X ____ mmHg T: ____ °C
ECG:
ABDOMEN: DOR EM HIPOCÔNDRIO DIREITO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
16 JAN. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: (X) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1

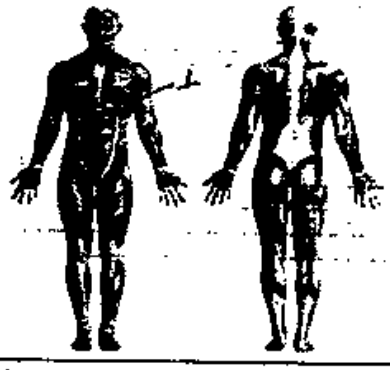
22

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não (X) Sim: AAS + DIPIRONA
MEDICAMENTOS: (X) Não ( ) Sim:
IMUNIZAÇÃO: ( ) Não (X) Sim:
PATOLOGIA: (X) Não ( ) Sim:
ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não (X) Sim: CAPPUCCINO 02:30

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

(X) Radiografias
(X) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computadorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguínea

ALDÊNIO AMORIM DE LIMA
CIRURGIÃO DOS CORPOS DE BOMBEIROS
CRM-PB 5815

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	CARIMBO
1	1º ATENDIMENTO ÁREA VERMELHA		
2	SRL 500 mL EV EM 3 Hs		
3	CLOROPIROMIN 400 mg + 100 mL SF 0,9% EV 12/12 Hs		
4	NAUSEDYON 8 mg + 100 mL SF 0,9% EV 8/8 Hs SIN		AV 200
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NEUROCIRURGIA / ORTOPEDIA às 10:30 do dia ___/___/___
Solicito parecer da _____ às ___:___ do dia ___/___/___

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA: 27/10/16
HORAS: 12:30

( ) Centro cirúrgico
( ) Tranferencia (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
(X) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) IML ( ) SVO

_____ ASSIN
NOME/CARIMBO

_____ ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).C

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONTUÁRIO

SE.: 957286
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
DT. NASC.: 03/05/1964
MÃE: MARIA ANNIAS DA SILVA COSTA
END.: NADHO LOPES
N. 103 - VARJÃO
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 88614720
IDADE: 32
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE: IDADE:

PROCEDÊNCIA: ( ) Domicílio ( ) Ambulância do resgate ( ) Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: ( ) Moto ( ) Automóvel ( ) Ônibus ( ) Bicicleta ( ) Envenenamento ( ) Incêndio ( ) Explosão ( ) Arma de Fogo ( ) Arma branca ( ) Outros

TIPO DE LESÃO: ( ) Fratura fechada ( ) Ferimento aberto ( ) Esmagamento ( ) Laceração ( ) Queimadu ( ) Mordedura ( ) Objeto encravado ( ) Ferimento contínuo ( ) Amputação membro ( ) Outros

LOCAL DA LESÃO: ( ) Membro sup. ( ) Membro inf. ( ) Tronco ( ) Cabeça e pescoço ( ) Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas) _____

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS:

EXAME FÍSICO PA: 120/80 mmHg P: 87 bpm SpO2: 98 Tax: _____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente (X) Orientado ( ) Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas Tamanho: ( ) Midríase ( ) Miose

Sistema Respiratório: ( ) Ventilação invasiva (X) Ventilação espontânea ( ) Vias aéreas pervias ( ) Tranquestomia ( ) Respiração rápida ( ) Obstrução parcial das vias aéreas ( ) Respiração ruidosa ( ) Suporte ventilatório não invasivo ( ) Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ( ) Pulso ausente ( ) Pele fria e úmida ( ) Perfusão tissular satisfatória ( ) Taquicardia ( ) Bradicardia ( ) Perfusão tissular comprometida ( ) Palidez ( ) Outros:

Sistema Digestório: ( ) HDA ( ) Uso de SNG ( ) Vômitos ( ) Dor à palpação superficial ( ) HDB ( ) Corpo estranho ( ) Dor à palpação profunda ( ) Rigidez abdom ( ) Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) SVD ( ) Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Câncer ( ) Alergias ( ) Cirurgias ( ) Internações ( ) Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? ( ) Sim ( ) Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ( ) Sim ( ) Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Paciente 60a, consciente, orientado, colaborativo, pálido sem taquipneia, sup MSD, s/ alto dos exames.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JAN. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO: **ENFERMEIRO:** Enfermeiro COREN-PB **COREN:**

(FONG) ENF 022-

24

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE.: 957285
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
DT. NASC.: 03/05/1994
MAE: MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA
END.: PROMO LOPES
N. 103 - VARIJAPO
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 988147284
IDADE: 32
DT. ENTRADA:

BE/PRO

NOME DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		ORTOPEDIA
		Na ausência do paciente
		Nota de atendimento

Dr. Antonio Nanes de Azevedo
Traumato - Ortopedia
CRM-PB 3039 TEOT 1213

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

25

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
Vida & Imagem
NºPedido: 18101431

Data 27/12/2016
Pag 1 de 1

Paciente...: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Nascimento.: 03/05/1984 Sexo: M RG.: 2557340 CPF.: 6081544400
Endereco...: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040
Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel.: 99937-5602
Matricula..: 005L4000001007026
Solicitante: Dr(a) LUAN MARTINS DE SOU

Exame:
RX PE OU PODODACTILOS

!K4ÅZ!

4017935522

LAUDO :

Presença de fratura em calcâneo.

Demais aspectos preservados.

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

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

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

R7944 Impresso por: JLISBOAS Em: 20/01/2017 16:36:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
Vida & Imagem
Nº Pedido: 18025574

Data 20/12/2016
Pag 1 de 1

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

Exame:
RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

!K)M;8
4006422421

Queixa Principal:

ANÁLISE:

Presença de esclerose em falange distal do primeiro dedo.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Demais aspectos inalterados.

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

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN

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

R7944 Impresso por: JLISBOAS Em: 20/01/2017 16:40:09

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

hapvida

Registro ANS
36.825-3

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

Conforme solicitado, segue detalhamento do protocolo

Protocolo: 36825320161125257940
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO PARA WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA NO DIA 25/11/2016 ÀS 13:21 EM HOSP GERAL PARAIBA SOLICITADO POR ANDREA HATTORI NASRALA

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

28

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

39

hapvida

Registro ANS
36.825-3

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

Conforme solicitado, segue detalhamento do protocolo

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

VIS. PROTOCOLO
13 JAN. 2017
COMPRESS. SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A
JOÃO PESSOA

HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
39109501

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

11/07/2017 16:03:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13134703	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	M	03/05/1984	33

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2557340 SSP PB	6081544400		2-SOLTEIRO

Endereço
R JULIA FREIRE,492 - TORRE, JOAO PESSOA(PB) CEP 58040040

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
99937-5602	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
1822 HAPVIDA JOAO PESSOA	1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO	
Carteira	Validade	
005L4000001007017		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
27/10/2016	22:10		2 CONSULTA CLINICA

Médico Atendente	Clinica
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO

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

30

HOSPITAL GERAL PARAÍBA

ATESTADO MÉDICO

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

S920

Código da Doença

Local e Data

Dr. Nilvan da Silva Linhares
CRM: 5044 - 033.00-995044-4
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Médico

NILVAN LINHARES
CRM 5044

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BJGQU17J9I418
Solicitacao da Senha : 20/01/2017 16:26:05
Início do Atendimento : 20/01/2017 16:28:42
Final do Atendimento : 20/01/2017 16:32:36

R3002 NILVAN DA SILVA LINHARES 20/01/2017 16:35 192.85.4.192

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

32

HOSPITAL PARAÍBA

ATESTADO MÉDICO

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

S934

Código da Doença

J. Pessoa, 27/10/16

Local e Data

Assinatura do Médico

JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO
CRM 4518

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BIRWB06J9Q2IB
Solicitacao da Senha : 27/10/2016 22:09:23
Inicio do Atendimento : 27/10/2016 22:14:04
Final do Atendimento : 27/10/2016 22:17:34

H3002 JOAO BARTOLOMEU TINTO RABELO 27/10/2016 22:17 192.85.4.102

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

32

Hapvida Assistência Médica

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº 1627890

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

ANS - nº36.825-3 | 3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 25/01/16 | 4 - SENHA: | 5 - DATA VALIDADE DA SENHA: 25/01/17 | 6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - NÚMERO DA CARTEIRA: 00521000010076017 | 8 - PLANO: | 9 - VALIDADE DA CARTEIRA:

10 - NOME: Washington Luiz da Silva Costa | 11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF: | 13 - NOME DO CONTRATADO: | 14 - CÓDIGO CNES:

15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Andrea Hatton Nascimento | 16 - CONS. PROFISSIONAL: CRM | 17 - Nº DO CONSELHO: 10582 | 18 - UF: PB | 19 - CÓDIGO CBOS:

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF: | 21 - NOME DO PRESTADOR:

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: E - Eletivo U - Urgência/Emergência | 23 - TIPO DE INTERNAÇÃO: 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstetrícia 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica | 24 - REGIME DE INTERNAÇÃO: 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | 25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS: 01.

26 - INDICAÇÃO CLÍNICA: lesão ligamento colateral ulnar polegar (E)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica | 28 - TEMPO DA DOENÇA: 21 D - Anos M - Meses D - Dias | 29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID 10 PRINCIPAL: S560 | 31 - CID 10 (2): | 32 - CID 10 (3): | 33 - CID 10 (4):

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	36 - DESCRIÇÃO	37 - QTDE. SOLIC.	38 - QTDE. AUTORIZ.
1	30730556	reconstrução reinstalamento ligamento	01	
2	30726182	lesões ligamentares aguda - HD cirurgia	01	
3				
4				
5				

OPME SOLICITADOS

39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO OPME	41 - DESCRIÇÃO OPME	42 - QTDE.	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R$
1		Mini âncora 2,7 mm	02		
2		montada			
3		Mini âncora 2,5 mm	01		
4					
5					

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP. | 46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS | 47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA: Enfermaria | 48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ:

49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO | 50 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS

51 - OBSERVAÇÃO

GEAP SEGURIDADE SOCIAL
10 JAN. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: 25/11/2016 | Dra. Andrea H. Nascimento CRM-PB 10582 | 53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL | 54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

CÓD. 88595 500 bls. 50x1 - 1.607.001 A 1.632.000 - 11/14

33

FAMILIA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Solicitacao de OPMES

PAGINA - 0001 0001
DATA - 27/12/16
HORA - 10:29:21

PACIENTE

Nome do Paciente: WASHINGTON HUE DA SILVA COSTA
Codigo Paciente 0051400000007
Plano: Individual ( ) Empresa (X) Qual Empresa 7EPMARC INFORMATICA LTDA - ME
Filial Prestador JOAO PESSOA Empresa Custo Operacional ? Sim ( ) Nao (X)
Prestador Solicitante CLIN ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332508919
Medico Solicitante: LUCIANO JOSE LIRA MENDES Telefone: 8332251347

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Codigo AMB/CBHPM: 30726182 Senha: C24054679 Tipo Liberacao Procedimento NORMAL
Cirurgia ou procedimento LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO (JOELHO)
Urgencia ( ) Eletiva (X)

Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt Autorizacao	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacao GNHAP	Dt Internacao
07/12/2016	07/12/2016	23/12/2016	23/12/2016	24/12/2016
Autorizador	Auditor	Especialist.	Operador GNHAP	
DENISBRM	MMANUS	JMARCEL2	FHATIELE	
Dt Informacao Paciente			Qdt Dias	Situacao
24/12/2016			17	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO USUARIO COM COBERTURA OPMES

Codigo	Descricao	Tipo	Fornecedor	Qtd	VL DOU	VL Fornec	VL GNHAP	Tx Comutoria	Ap	Lib
99670356	ANCORA MONTADA	ME	FORNECEDOR	1			700,00	35,00	SIM	NR
99670378	KIT ARTROSCOPIA C/ LIGAMENTO	ME	PRESTADOR			1,500,00			NAO	
99902508	MINI ANCORA	ME	PRESTADOR						NAO	

131903

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

R_OPMES 57636001

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

36

HOSPITAL GERAL PARAÍBA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
39962719

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

11/07/2017 16:11:15

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13134703	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	M	03/05/1984	33

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2557340 SSP PB	6081544400		2-SOLTEIRO

Endereço
R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA-PB CEP:58040040

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
99937-5602		MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
14/12/2016	13:23		

Médico Atendente	Clinica
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES	5-ORTOPEDICA
Médico Acompanhante	**Tipo Atendimento**
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES	8 DAYCLINIC INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

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

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

3M- 112886

R4310RI - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO

35

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL PARAÍBA

Nome: Washington Luiz da Silva Costa Idade:
Prontuário: Data de admissão: 14 / 12 / 16
Médico: Dr Andrea
Acomodação:

DADOS DA ADMISSÃO

Data da cirurgia: 14. 12. 16 Horário:

Cirurgia:

Equipe cirúrgica:

Marque com um "X" as opções do *checklist*:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente) Setor:

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Identidade do paciente.	☐	☐	☐	Exames de Imagem.	☐	☐	☐
Avaliação pré-anestésica.	☐	☐	☐	Retirada de adornos/prótese e guarda adequada.	☐	☐	☐
Informação de lateralidade pelo MA.	☐	☐	☐	Termo de consentimento concedido - cirurgia.	☐	☐	☐
Confirmação de vaga em UTI.	☐	☐	☐	Termo de consentimento concedido - anestesia.	☐	☐	☐
Exames laboratoriais.	☐	☐	☐	Confirmação de reserva de sangue.	☐	☐	☐
Tricotomia até 2h antes.	☐	☐	☐	ASSINATURA:			

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista do BO):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmar identidade do paciente.	☐	☐	☐	Confirmada reserva e disponibilidade de sangue se risco de perda sanguínea (>500ml/adulto - 7ml/kg Criança).	☐	☐	☐
Prontuário ativo.	☒	☐	☐	Via aérea difícil / risco de aspiração.	☐	☐	☐
OPME checado.	☐	☐	☒	Confirmação de vaga em UTI.	☐	☐	☐
Checagem completa dos equipamentos.	☒	☐	☐	Checagem completa das medicações a serem utilizadas.	☐	☐	☐
Alergias conhecidas.	☐	☒	☐				

Especificar: Dipirona

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Membros da equipe cirúrgica	☒	☐	☐

Cirurgião, anestesista e enfermeira verbalmente confirmam:

Lateralidade do procedimento.	☒	☐	☐	Direito ☐ Esquerdo ☒
Paciente certo.	☒	☐	☐	
Sítio cirúrgico identificado.	☒	☐	☐	

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Revisão do cirurgião			
Há material/instrumental específico para o procedimento a ser realizado.	☐	☒	☐
Checou equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento.	☒	☐	☐
Antibioticoprofilaxia realizada nos últimos 60 min.	☐	☒	☐
Revisão do anestesista			
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada.	☒	☐	☐
Revisão da enfermagem			
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando.	☒	☐	☐
Esterilização do material confirmada e validada.	☒	☐	☐

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

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):

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

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

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

FORM 015 ASS ENF MÉDICA CHECK LISTE DE CIRURGIA SEGURA REV 03

36

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE JOÃO PESSOA LTDA

MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

Nome: Wilkinston Bruno de J. Costa Registro: 3998 2719 CONVÊNIO: Independente

Tipo de Cirurgia: Fratura de Tornozelo CIRURGIÃO: Dr. Bonfim

1ºAuxiliar: Dr. Felipe Anestesista: Dr. Pedro Tipo de Anestesia: Raqui

Instrumentador(a) _____ Início: ___:___ Término: ___:___ Duração: _____

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.	Materiais	Cód.	Q.	Materiais (Fios)	Cód.	Q.
Adrenalina (amp)	32727		Haldol (amp)	148772		Compressa cirurgica	26182		Fio de Algodão Agulhado 2-0	118367	
Agua Destilada (amp) 10ML	34290		Celocina 5UI (Questina)	121737		Compressa de gaze	133905		Fio de Algodão Agulhado 3-0	118338	
Agua Destilada 1000ml	34282		Pancuronio 2mg	42315		Conexão de 2vias	91200		Fio de Algodão Agulhado 4-0	118066	
Atropina (amp)	35181		Plasil (amp)	49581		Dreno de Penrose n2	26905		Fio de Algodão S/Agulhado 0	25909	
Azul de Metileno	31763		Profenid	59609		Eletrodo Descartavel	27910		Fio de Algodão S/Agulhado 2-0	25917	
Buscopan Composto (amp)	36004		Propofol (amp)	48542		Equipo Macrogotas	27081		Fio de Algodão S/Agulhado 3-0	25925	
Buscopan simples (amp)	36161		Prostigmine (amp)	43060		Equipo Microgotas	27065		Fio Catgut Cromado 2-0	25992	
Benzetacil 1200 UI	30482		Quelicin	41150		Esparadrapo	30997		Fio Catgut Cromado 3-0	26000	
Bupivacaina Isobárica (Neoc.)	48186		Ranitidina/Amak 25 mg (amp)	39144		Faixa de Smarth de 10cm	25534		Fio Catgut Cromado 4-0	26026	
Bupivacaina Pesada (Neoc.)	48194		Sevocris/Sevoflurano 250ml	77593		Faixa de Smarth de 15cm	25763		Fio Catgut Cromado 5-0	26018	
Cefalotina 1G (Keflin)	42099		Soro Ringer c/lactado 500 ml	43290		Fita p/ Glicemia	134124		Fio Catgut Simples 2-0	55344	
Cefazolina 1G (Kefazol)	42013		Soro Ringer 500ml	118240		Gorro Descartavel	50857		Fio Catgut Simples 3-0	25950	
Ceftriaxona 1G (Rocefim)	43400		Soro fisiológico 1000 ml	43788		Lamina de Bisturi Nº 11	26972		Fio Catgut Simples 4-0	25968	
Complexo B (amp)	38490		Soro fisiológico 500 ml	43800		Lamina de Bisturi Nº 15	50954		Fio Catgut Simples 5-0	25976	
Decadron (amp) 4MG	36811		Soro fisiológico 250ml	43796		Lamina de Bisturi Nº 23	140629		Fio Ethibond 0	75760	
[illegible] (amp)	38075		Soro glicosado 250 ml	48860		Lamina de Bisturi Nº 24	118979		Fio Ethibond 2-0	85065	
Dexgel (amp)	118477		Soro glicosado 500 ml	48844		Lanceta p/ Glicemia	54640		Fio Ethibond 3-0	85073	
Dipirona (amp)	38008		Tilatil/Tenoxicam 40mg (amp)	119785		Latex	105112		Fio Kirschner	21879	
Dolantina (amp)	39985		Tilatil/Tenoxicam 20mg (amp)	44415		Luva de Procedimento	139206		Fio Monoryion Nº 0	31968	
Dormonid 5mg (amp)	40045		Tramal (amp) 100mg	39586		Luva Estéril Nº 7,0	30651		Fio Monoryion Nº 2	31975	
Dormonid 15mg (amp)	40037		Tramal (amp) 50mg	59765		Luva Estéril Nº 7,5	30660		Fio Monoryion Nº 3	31984	
Dramin B6 (amp) IM 2ml	40088		Ultiva 2mg	118970		Luva Estéril Nº 8,0	30678		Fio Monoryion Nº 4	31992	
Dramin B6 DL 10ml	126122		Vitamina C	45110		Luva Estéril Nº 8,5	30668		Fio Monoryion Nº 5	32000	
Efedrina	119185		Vitamina K	50644		Malha Tubular 10cm	30724		Fio Monocryl Nº 0	55697	
Efortil (amp)	40142		Vitamina K	50644		Mascara Descartavel	50822		Fio Monocryl Nº 1	83747	
Fenergan 50 mg (amp)	49263					Microporo	51004		Fio Monocryl Nº 2	37460	
Fenergan 25 mg (amp)	49100		**Materiais**	**Cód.**	**Q.**	Propé Descartavel	50849		Fio Monocryl Nº 4	31941	
Fentanil (amp) 2ML	139923		Abocath Jelco N 24	30224		PVPI Degermante	32379		Fio Prolene 0	32050	
Fentanil (amp) 5ML	143419		Abocath Jelco N 22	30210		PVPI Tintura	32360		Fio Prolene 2-0	32069	
Furosemida 20 mg/ 2ml	36722		Abocath Jelco N 20	30201		Seringa Descartável 3ml	30848		Fio Prolene 3-0	146390	
Furosemida 40 mg/ 2ml	36730		Abocath Jelco N 18	30193		Seringa Descartável 5ml	30856		Fio Vicryl Nº 0	32220	
Gentamicina (amp) 80mg/2ml	37400		Abocath Jelco N 16	30180		Seringa Descartável 10ml	30864		Fio Vicryl Nº 1	84964	
Gentamicina (amp) 40mg/ml	75004		Agulha de Raque Nº 25	118455		Seringa Descartavel 20ml	30872		Fio Vicryl Nº 2-0	32239	
Glicose 50% (amp)	48593		Agulha de Raque Nº 26	118456		Sonda de Aspiração Nº 06	30937		Fio Vicryl Nº 3-0	32247	
Glicose 25% (amp)	48585		Agulha de Raque Nº 27	153335		Sonda de Aspiração Nº 08	30945		Fio Vicryl Nº 4-0	32255	
[illegible] 100 mg (amp)	36790		Agulha 13x4,5	27847		Sonda de Aspiração Nº 10	30953		Fio Vicryl Nº 5-0	32263	
[illegible] 500 mg (amp)	36412		Agulha 40x12	32450		Sonda de Aspiração Nº 08	30945		Fio Vicryl Nº 6-0	32271	
Hirudine	135144		Alcool 70%	31739		Sonda de Aspiração Nº 10	30953		CLOREX ALCOOLICA		
Insulina Regular	41602		Alcool Iodado	31747		Sonda de Aspiração Nº 12	30961		CLOREX DEGERMANTE		
Insulina NPH (frasco)	41530		Algodão	51063		Sonda de Aspiração Nº 14	30970		**Taxa/Equipamentos**	**Cód.**	**Q.**
Levobupiv. 0,5% C/V(Novab.)	134164		Algodão ortopedico 13	120191		Sonda de Aspiração Nº 16	30988		Artroscopio	05005073	
Levobupiv. 0,5% S/V(Novab.)	134165		Algodão ortopedico 20	119250		Sonda de Aspiração Nº 18	30996		Bisturi Elétrico	05005074	
Lidocaína 2% C/Vaso 20ml	45233		Atadura Crepom de 10cm	27936		Sonda Foley 2V 12	31291		Bomba de Infusão	05005127	
Lidocaina 2% Geleia	45217		Atadura Crepom de 15cm	27944		Sonda Foley 2V 14	31321		REC Anestesia	01001051	
Lidocaina 2% S/Vaso 20ml	45250		Atadura gessada 10 cm	30074		Sonda Foley 2V 16	31330		Intensificador Imagem	05005041	
Lidocaina 2% SPRAY	45268		Atadura gessada 15 cm	30082		Sonda Foley 2V 18	30881		Monitor	05005128	
Midazolam 15mg/ml	40037		Atadura gessada 20 cm	30090		Torneirinha 2V	147256		Oximetro Pulso	06006004	
Midazolam 50mg/ml	40053		Capa VDL	27103		Transdutor			Oxido Nitroso	07007018	
Misoprostol Comp	103950		Cateter p/ oxigenio	30163		Placa de bisturi descartavel			Oxigênio sob Máscara	07007004	
Nausedron (amp) 4mg	149848		Clamp Umbilical	150392					Perfurador Elétrico	05005097	
Nimbium 10mg	118895		Clip p/ Colecistectomia	27030							
Nimbium 20mg	127562		Coletor de urina fechado	50768							

COOPERV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

16 JAN. 2018

PROTOCOLO JOÃO PESSOA

Data 14/02/16

ENFERMEIRO(A)
Assinatura e Carimbo

CIRCULANTE
Assinatura e Carimbo

37

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

FICHA DE ANESTESIA

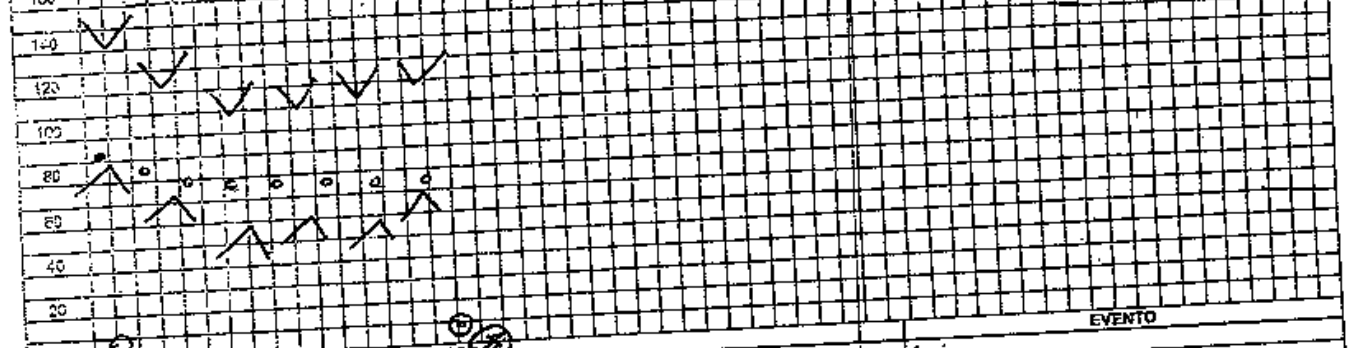
HOSPITAL PARAÍBA

Nome: Washington Luiz da Silva Costa Data: 14/1/16 Sexo: F ( ) M (X)
Idade: Peso: Convênio: Amil Vida
Prontuário:
Diagnóstico: Reparo de Ligamentos (Joelho Direito)
Anestesia: Bloq. Raqui + Sedação
Cirurgia:
ASA: I
Cirurgião: Felipe + Andrea

HORA			
O_2			
N_2O			
Ar			

LÍQUIDOS

	CAPNOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O_2	99%	98%	99%		
ETC O_2					
PAC					



DROGAS

1	Fentanil	100mcg
	Cetamina	50mg
	Propofol	500mg
5	Cefazolina	2g
6	Tenoxicam	40mg
7	Dexametasona	4mg
8	Dipirona	2g
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

EVENTO

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J

Entubação: Oro Naso Sonda:
Respiração: Espont. Assist. Mecân.
Absorvedor de: Sem Com
Posição:
Agulha: 45D
Início:
Duração:
Local da Punção: Axilar
Técnica: Guiada
Final: 27/02/2016

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO
RL	1500mL			

COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA
10 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Condição final op: Boas.

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesista - CRM

Dr. Italo Leitão de Araújo
Médico Anestesiologista
CRM-PB 7609 - CPF 057.32[illegible]

FICHA DE ANESTESIA REF: 74

38

BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito: _____ Atendimento: _____ Data: 14 / 12 / 16

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: ☒ M ☐ F

Diagnóstico Clínico: lesão ligamento colateral ulnar Diagnóstico Cirúrgico: Ligamento colateral ulnar polegar (E)

CIRURGIA PROPOSTA	PROCEDIMENTO REALIZADO
reparo ligamentar e reconstrução ligamento colateral ulnar polegar (E)	reparo ligamentar do LCU polegar

TIPO DE ANESTESIA	MATERIAL ESPECIAL LIBERADO
Raquia	

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO

LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
X			

INÍCIO: ____:____ hs TÉRMINO: ____:____ hs

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Posicionamento do paciente. Asepsia e antisepsia. Colocação de campos conforme material para MSE. Exsanguinamento venoso e garrotamento. Acesso de Wagner dorso-ulnar. Dissecção por planos. Abertura da aponeurose do adutor. Identificação do LCU. Achados: intensa fibrose local e nos. Abertura da aponeurose do adutor. Identificação do LCU. Achados: intensa fibrose local e cicatriz. Mobilizados 2 fios metálicos e realizado Kirkur-modificado no LCU. Cicatriz manteria. Realizado posicionamento de 45° flexão e imobilização do fio e ligamento realizado fixação da placa volar e reparo capsular. Sutura da aponeurose do adutor. Tem um vazo sem abertura e com stop. Lavagem com SF 0,9%. Sutura por planos. Curativo oclusivo. Retirada do garrote com 1h15 de procedimento e encaminhado para pós-anestésico. Radiografia controle. Tala com polegar. Paciente encaminhado à SRPA em DEAI consciente.

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO ☒ SIM ☐

Especificar: _____

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

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:

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

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

FORM 002 ASS MÉDICA BOLETIM DE CIRURGIA REV 02

39

HOSPITAL PARAÍBA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: Washington Luiz da Silva Costa
Idade: 32 Leito: 112.2 Dias de internação:
HD: Unidade: Enfermaria

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO	EXAME FÍSICO
1. Nível de Consciência e Comportamento	8. Controles Vitais (Média do Período)
2. Comunicação / Respostas	9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias
3. Locomoção / Sono e Repouso	10. Membros / Sistema Vascular
4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco	11. Pele / Evolução da Ferida
5. Ingesta	12. Sinais e Sintomas Referidos
6. Abdome / Sistema Respiratório	13. Exames e Procedimentos Realizados
7. Eliminações	14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

HORA	DATA	EVOLUÇÃO
20:30	14/12/16	Paciente em POI de reconstrução, alucinomento de ligamento polegar (E), corte, enfaixado, aferul HVP, dentro normalidade. Segue aos cuidados da enfermagem. Nívia M. Marques Pereira ENFERMEIRA COREN
21:45	14/12/16	Recebeu alta hospitalar.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FORM 005 ASS EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM REV 02.

40

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

Diagnóstico de Enfermagem

HOSPITAL PARAÍBA

Paciente: Washington Luiz da Silva Costa — Leito: 142.2
Atendimento: 39962719
Alergias: Nega
Enfermeiro (a): Haveis — Data: 14/12/16

DIAGNÓSTICOS - Marque com um "X" nos diagnósticos presentes e sublinhe ou acrescente dos fatores relacionados.	Aplicável	S	T	Q	Q	S	S	D
Amamentação ineficaz/ interrompida relacionada ao déficit de conhecimento; prematuridade, reflexo diminuído de sucção, doença da mãe.								
Ansiedade relacionada ao estresse, necessidades não satisfeitas, ameaça de morte, separação de pessoas significativas, mudança do estado de saúde, mudança de ambiente.								
Baixa auto - estima relacionada à distúrbios na imagem corporal, prejuízo funcional, mudança de papel social.				X				
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada à perfusão cerebral diminuída, PIC aumentada, lesões cerebrais, diminuição na perfusão cerebral.								
Comunicação verbal prejudicada relacionada à diminuição da circulação cerebral, barreira física, condições fisiológicas, efeitos colaterais de medicamentos.								
Confusão aguda relacionada à demência, delírio, abstinência de álcool e outras substâncias.								
Confusão crônica relacionado à demência por multi infarto, TCE, Alzheimer, AVE.								
Conhecimento deficiente relacionado à limitação cognitiva, falta de familiaridade com os recursos de informação, interpretação errônea de informações, falta de interesse de aprender.								
Constipação relacionada à redução da privacidade, tensão emocional, efeitos adversos de medicamentos, lesão neurológica.				X				
Deambulação prejudicada referente à limitação no leito, doença física, dor.								
Débito cardíaco diminuído relacionado à ritmo, frequência cardíaca, volume de ejeção, pré - carga, pós - carga e contratilidade alterados.								
Déficit de autocuidado para o banho/ higiene relacionado à diminuição da falta de movimentação, fraqueza, cansaço, ansiedade, dor, prejuízo neuro muscular.				X				
Deglutição prejudicada relacionada à distúrbios respiratórios, alimentação anterior por sonda, lesão neuromuscular, obstrução mecânica, doença cardíaca, defeitos congênitos.								
Desobstrução ineficaz das V.A.S relacionado à secreções retidas e nos brônquios, disfunção neuromuscular, infecção, DPOC.								
Diarréia relacionada à alimentação por sonda, efeitos adversos de medicamentos, processos infecciosos, ansiedade e estresse.								
Dor Aguda/ Crônica relacionada à agentes biológicos, químicos e físicos.				X				
Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário, dano, sensório motor, doença.								
Fadiga relacionada à ansiedade, depressão, barulho, privação do sono, estado de doença, anemia, má nutrição.								
Hipertermia relacionada à doença ou trauma, medicamentos.								
Hipotermia relacionada à exposição à ambiente frio, uso de vaso dilatadores, doença ou trauma, inatividade.								
Icterícia Neonatal relacionado à idade do neonato entre 1 a 7 dias, mecônio, perda de peso anormal, dificuldade e realizar a transição à vida extrauterina.								
Incontinência intestinal relacionada à esvaziamento intestinal incompleto, anormalidade de esfíncter anal, estresse, diminuição geral do tônus muscular, cognição prejudicada, diarréia crônica.								
Padrão respiratório ineficaz relacionado à hiper ou hipoventilação, dor, ansiedade, disfunção neuromuscular, posição do corpo, fadiga de musculatura respiratória.								
Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a hipovolêmia, hipervolemia, hipoventilação, concentração diminuída de hemoglobina e interrupção do fluxo arterial/ venoso, punções venosas repetidas, tratamento intravenoso prolongado.								

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

FORM 011 ASS ENF DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REV 02

47

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

PARAIBA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

PAGINA - 0001 0001
DATA - 27.12.16
HORA - 10:29:21

Solicitacao de OPMES

PACIENTE

Nome do Paciente: WASHINGTON LUC DA SILVA COSTA
Codigo Paciente 0054000001097
Plano: Individual ( ) Empresa (X) Qual Empresa ?EPMARC INFORMATICA LTDA -ME
Filial Prestador JOAO PESSOA Empresa Custo Operacional ? Sim ( ) Nao (X)
Prestador SolicitantoCLIN ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332568919
Medico Solicitante: LUCIANO JOSE LIRA MENDES Telefone: 8332251347

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Código AMB/CBHPM: 30725182 Senha: C24054679 Tipo Liberacao Procedimento NORMAL
Cirurgia ou procedimento LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO (JOELHO)
Urgencia ( ) Eletiva (X)

Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt Autorizacao	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacao GNRAP	Dt Internacao
07.12.2016	07.12.2016	23.12.2016	23.12.2016	24.12.2016
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador GNRAP	
DENISBM	MMANUS	JMARCELO	THAIELE	
Dt Informacao Paciente			Qdt Dias	Situacao
24.12.2016			17	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO USUARIO COM COBERTURA OPMES

Codigo	Descricao	Tipo	Fornecedor	Qtd	VL DOU	VL Fornec	VL GNRAP	Tx Co	Autoriz	Tp Lib
99670356	ANCORA MONTADA	ME	FORNECEDOR	1			700.00	35.00	SIM	NR
99870378	KIT ARTROSCOPIA C LIGAMENTO	ME	PRESTADOR			1,500.00			NAO	
99902506	MINI ANCORA	ME	PRESTADOR						NAO	

131903

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

R_OPMES 57636001

42

Hapvida Assistência Médica

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº 1627890

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

1 - ANS - nº36.825-3 | 2 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 25/07/2017 | 4 - SENHA | 5 - DATA VALIDADE DA SENHA 25/01/17 | 6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - NÚMERO DO CARTÃO: 00524000100704-7 | 8 - PLANO | 9 - VALIDADE DO CARTÃO

10 - NOME: Washington Luiz da Silva Costa | 11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 13 - NOME DO CONTRATADO | 14 - CÓDIGO CNES

15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Andréa Hatton Nastalai | 16 - CONS. PROFISSIONAL: CRM | 17 - Nº DO CONSELHO: 19582 | 18 - UF: PB | 19 - CÓDIGO CBOS

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 21 - NOME DO PRESTADOR

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: E - Eletivo U - Urgência/Emergência | 23 - TIPO DE INTERNAÇÃO: 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica | 24 - REGIME DE INTERNAÇÃO: 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | 25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS: 01

26 - INDICAÇÃO CLÍNICA: Lesão ligamento colateral ulnar polegar (E)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica | 28 - TEMPO DA DOENÇA: 21 D - Dias M - Meses D - Dias | 29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID 10 PRINCIPAL: S56 | 31 - CID 10 (2) | 32 - CID 10 (3) | 33 - CID 10 (4)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

	34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	36 - DESCRIÇÃO	37 - QTDE. SOLIC.	38 - QTDE. AUTORIZ.
1		30737056	reconstrução reconstrutora ligamento	01	
2		30726182	lesões ligamentares aguda - MS cirurgia	01	
3					
4					
5					

OPM SOLICITADOS

	39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO OPM	41 - DESCRIÇÃO OPM	42 - QTDE.	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R$
1			Mini âncora 2,7 mm	02		
2			montada			
3			Mini âncora 2,5 mm	01		
4						
5						

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP. | 46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS | 47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA: Enfermaria | 48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ

49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO | 50 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS

51 - OBSERVAÇÃO

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

52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: 25/11/2016 | 53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL | 54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

CÓD. 88595 500 bls. 50x1 - 1.807.001 A 1.632.000 - 11/14

43

Hapvida Assistência Medica

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-Nº 1570719

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

ANS - nº36.825-3 | 3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 07/12/16 | 4 - SENHA: X | 5 - DATA VALIDADE DA SENHA: 06/02/17 | 6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - NÚMERO DA CARTEIRA: 01516410101001310171017 | 8 - PLANO: | 9 - VALIDADE DA CARTEIRA:

10 - NOME: Washington luiz da silva costa | 11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF: | 13 - NOME DO CONTRATADO: | 14 - CÓDIGO CNES:

15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: luciano José lima mendes | 16 - CONS. PROFISSIONAL: CRM | 17 - Nº DO CONSELHO: 4290 | 18 - UF: PB | 19 - CÓDIGO CBOS:

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF: | 21 - NOME DO PRESTADOR:

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: E - Eletivo U - Urgência/Emergência | 23 - TIPO DE INTERNAÇÃO: 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica | 24 - REGIME DE INTERNAÇÃO: 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | 25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS: 01

26 - INDICAÇÃO CLÍNICA: lesão ligamento colateral ulnar polegar (E)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica | 28 - TEMPO DA DOENÇA: 2 | 31 | D - Anos M - Meses D - Dias | 29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

30 - CID 10 PRINCIPAL: S5161 | 31 - CID 10 (2) | 32 - CID 10 (3) | 33 - CID 10 (4)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

	34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	36 - DESCRIÇÃO	37 - QTDE. SOLIC.	38 - QTDE. AUTORIZ.
1					
2		31017316015161	Reconstrução, Reconstrutor ou inf. de ligam	01	
3		31017216111821	lesões ligamentares agudas - ext. cirurgia	01	
4					
5					

OPM SOLICITADOS

	39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO OPM	41 - DESCRIÇÃO OPM	42 - QTDE.	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R$
1			mini âncora 2,7 mm	02		
2			montada			
3			mini âncora 2,5 mm	01		
4						
5						

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP.: | 46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS: | 47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA: Enfermaria | 48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ:

49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO: Hospital geral PB | 50 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS:

51 - OBSERVAÇÃO:

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

Luciano José Lima Mendes
Ortopedista e Traumatologista
CRM PB 4290

52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: | 53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL: | 54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO:

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

44

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:34

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40894365 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/3

Profissional(is): CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA CRM 6902 [1] Nº: 08729837 02/02/2017 às 18:10

ANAMNESE

Queixa Principal	CIRURGIA MÃO ESQUERDA	[1]
CID10	S63 LUXAC ENTORS DISTENS ARTIC LIG NIV PUNHO MA	[1]

DIAGNÓSTICO

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

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

45

HOSPITAL ESPERANÇA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:27

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40179353 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/11

Profissional(is): NATALYA DE SANTANA ROCHA COREN 361723 [1] Nº: 08100402 28/12/2016 às 01:03

SINAIS E SINTOMAS		
Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem	Atendido pelo setor de imobilização	[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 JUSTIFICADO AS 01:12, EM 28/12/2016 RESP. NATALYA DE SANTANA ROCHA, COREN/PB 361723. MOTIVO: OK	[1]

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

46

HOSPITAL PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:28

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40179353 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/11

Profissional(is): SANTINO DA ROCHA ARNAUD NETO CRM 2873 [1] Nº: 08100085 27/12/2016 às 23:58

ANAMNESE		
Queixa Principal	PCTE DIZ QUE SOFREU QUEDA QUEIXA-SE DE DORES NO TORNUZELO DIR. RELATA QUE ESTA REALÇIZANDO TRAT// P/ FRT DO CALCANEO DIR	[1]
CID10	S920 FRAT DO CALCANEO	[1]
Queixas e Sintomas Gerais	DOR EDEMA NO TORNUZELO DIR CONTUSÃO DO TORNUZELO DIR FRT DO CALCANEO DIR MANTIDA RX DO TORNUZELO DIR APP RX DO CALCANEO DIR AXP TALA BOTA BIOFLAC RETORNO MANTIDO	[1]
DIAGNÓSTICO		
Hipótese Diagnóstica		
CID10	S920 FRAT DO CALCANEO	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
DATA/HORA DA ALTA		
Data Da Alta	28/12/2016	[1]
Hora Da Alta	00:11	[1]

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

07

HOSPITAL PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:29

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40179355 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Leito: /

Profissional(is): LUAN MARTINS DE SOUSA CRM 9292 [1] Nº: 08099753 27/12/2016 às 23:21

ANAMNESE		
Queixa Principal	ACIDENTE DE MOTO HA 1 MES. RELATA DOR EM CALCANHAR. ORTOPEDISTA ESTA EM INTERCORRENCIA. SOLCITO RAIO X PARA ADIANTAR.	[1]
CID10	Z000 EXAME MEDICO GERAL	[1]
DIAGNÓSTICO		
Hipótese Diagnóstica		
CID10	Z000 EXAME MEDICO GERAL	[1]

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

48

HOSPITAL PRAIBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:26

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40104417 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Leito: /

Profissional(is): BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES CRM 7654 [1] Nº: 08021031 22/12/2016 às 13:26

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA HA APROX 54 DIA, EM TRATAMANTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CALCANEO. CHEGA SEM IMOBILIZAÇÃO (REFERE TIRAR A IMOBILIZAÇÃO HA 8 DIAS) CD SOLICITO RADIOGRAFIAS	[1]
CID10	S920 FRAT DO CALCANEO	[1]

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

49

HOSPITAL PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:24

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40064224 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118225/8

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

ANAMNESE

Queixa Principal	EF: Fo em cicatrização Sem flogose ou saída de secreção RX: manutenção da redução CD: Mantenho tala Retorno em 1 semana para retirada de pontos Manter tala por 4 semanas Oriento mobilização da IF polegar	[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	20/12/2016	[1]
Hora Da Alta	12:39	[1]

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

50

HOSPITAL DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:52

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39498987	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/12	

Profissional(is): NATALYA DE SANTANA ROCHA COREN 361723 [1] Nº: 07493984 18/11/2016 às 23:38

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 JUSTIFICADO AS 23:11, EM 18/11/2016 RESP. NATALYA DE SANTANA ROCHA, COREN/PB 361723. MOTIVO: OK	[1]

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

51

HOSPITAL PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:24

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40064224 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118225/8

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA CRM 10582 [1] Nº: 07988027 20/12/2016 às 12:03

ANAMNESE

Queixa Principal	Pós operatório de Lesão de Stenner CD: Retirada de tala e curativo + RX	[1]
CID10	S63 LUXAC ENTORS DISTENS ARTIC LIG NIV PUNHO MA	[1]

DIAGNÓSTICO

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

COMPLEX COMPLEX SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

52

HOSPITAL PARAÍBA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ 13/07/2017 14:24

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40064224	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118225/6	

Profissional(is): AGNES MEIR CALDAS SOUZA BERNADELI COREN 420966 [1] Nº: 07989263 20/12/2016 às 13:19

CONTROLE VITAIS		
SINAIS VITAIS		
Dor		[1]
Estágio Da Hipertensão		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS 1 REALIZADO AS 13:19, EM 20/12/2016 RESP. AGNES MEIR CALDAS SOUZA BERNADELI, COREN/PB 420966. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 13:19, EM 20/12/2016 RESP. AGNES MEIR CALDAS SOUZA BERNADELI, COREN/PB 420966.	[1]

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

53

HOSPITAL UNIMED

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:30

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40210838 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Leito: /

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA CRM 10582 [1] Nº: 08123682 29/12/2016 às 11:54

ANAMNESE		
Queixa Principal	Seguimento de Stenner Cd: retiro tala	[1]
CID10	S625 FRAT DO POLEGAR	[1]
DIAGNÓSTICO		
Hipótese Diagnóstica		
CID10	S625 FRAT DO POLEGAR	[1]

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

54

HOSPITAL PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:30

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 40210838 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: Leito: /

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

ANAMNESE

Queixa Principal

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

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

(1)

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

55

HOSPITAL PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:31

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40628214	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /	

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

ANAMNESE		
Queixa Principal	DOR NO CALCANEO D	[1]
CID10	S920 FRAT DO CALCANEO	[1]
DIAGNÓSTICO		
Hipótese Diagnóstica		
CID10	S920 FRAT DO CALCANEO	[1]

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

56

HOSPITAL PARAIBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

12/07/2017 16:49

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 39109501 Prontuário: 13134703

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

Profissional(is): JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO CRM 4518 [1] Nº: 07156558 27/10/2016 às 22:14

ANAMNESE		
Queixa Principal	DOR NO TORNOZELO DIREITO	[1]
CID10	S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO	[1]
DIAGNÓSTICO		
Hipótese Diagnóstica		
CID10	S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
DATA/HORA DA ALTA		
Data Da Alta	27/10/2016	[1]
Hora Da Alta	22:16	[1]

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

57

HOSPITAL PARAIBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:56

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 39840956 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/2

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

Nº: 07786302 07/12/2016 às 13:30

ANAMNESE		
Queixa Principal	Veio para trocar tala MSE	
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		[1]
DATA/HORA DA ALTA		
Data Da Alta	07/12/2016	
Hora Da Alta	13:33	[1]
		[1]

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

58

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

HOSPITAL SOS PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:45

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 39472085 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/11

Profissional(is): JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO CRM 4518 [1] Nº: 07470294 17/11/2016 às 14:52

ANAMNESE		
Queixa Principal	FRATURA DE CALCANEO	[1]
CID10	S920 FRAT DO ASTRAGALO	[1]
DIAGNÓSTICO		
Hipótese Diagnóstica		
CID10	S921 FRAT DO ASTRAGALO	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
DATA/HORA DA ALTA		
Data Da Alta	17/11/2016	[1]
Hora Da Alta	14:58	[1]

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

59

HOSPITAL DO PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

13/07/2017 13:53

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 39622104 Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/14

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA CRM 10582 [1] Nº: 07595043 25/11/2016 às 11:51

ANAMNESE		
Queixa Principal	Paciente com diagnóstico de lesão de Stenner EF: tela polegar Neurovascular ok CD: Agendado procedimento cirúrgico para 4ª feira às 13h. Orientações gerais Analgesia se necessário	[1]
CID10	M242 TRANST DE LIGAMENTOS	[1]
DIAGNÓSTICO		
Hipótese Diagnóstica		
CID10	M242 TRANST DE LIGAMENTOS	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
DATA/HORA DA ALTA		
Data Da Alta	25/11/2016	[1]
Hora Da Alta	12:10	[1]

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

60

HOSPITAL PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:51

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

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

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

ANAMNESE		
Queixa Principal	PACIENTE VEIO TROCAR TALA	[1]
CID10	S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO	[1]
Complemento E Detalhes Do Diagnóstico	REFERE VAT HA 4 ANOS	[1]
DIAGNÓSTICO		
Hipótese Diagnóstica		
CID10	S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO	[1]
Complemento E Detalhes Do Diagnóstico	REFERE VAT HA 4 ANOS	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		

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

61

HOSPITAL PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:56

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 39840956 Prontuário: 13134703

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/2

Profissional(is): ORLANDO CAVALCANTI DE FARIAS FILHO CRM 4127 [1] Nº: 07786302 07/12/2016 às 13:30

ANAMNESE		
Queixa Principal	Veio para trocar tala MSE	[1]
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
DATA/HORA DA ALTA		
Data Da Alta	07/12/2016	[1]
Hora Da Alta	13:33	[1]

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

62

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 26457848

26457848 Programada

005L400000100702S

PLANO EMPRESA APARTAMENTO

WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

S114535000107

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA – HGJP

2395589

ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA

CRM 1725 PB

MMSS

01	02	39020045	CURATIVO DE LIMITAÇÃO DAS - SO HONORARIOS
02	02	52230015	CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR

7285000453

ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA

CRM 1725 PB

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 Substitutiva

1 - Telefone 2 - OMPS

1 - Relatório 2 - Relatório SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

A - Agudo C - Crônico

A - Leve M - Médio G - Grave

01 - Data	02 - Hora Inicial	03 - Hora Final	04 - Tipo	05 - Código do Procedimento	07 - Qtde	08 - Via	09 - Tec	10 - Uniq. Funcionário	11 - Valor Unitário - R$	12 - Valor Total - R$
				39020045 CURATIVO DE EXTREMID	1					0,00
				52230015 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0,00

13/07/2017

R31100AHS LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2017 14:33

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

63

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 26112160

1 - Registro ANS: 418041 D

2 - Nº Guia Principal: 26112160 — Prioridade: Programado

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número do Cartão: 5070.4.4/0301 037025

9 - Nome: FLAVIO EMPRESA APARTAMENTO

10 - Validade do Cartão

11 - Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF: 9114899002107

14 - Nome do Contratado: CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HOJP

15 - Código CNES: 2399965

16 - Nome do Profissional Solicitante: LUAN MARTINS DE SOUSA

17 - Conselho Profissional: CRM

18 - Número no Conselho: 8292

19 - UF: PB

20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Caráter de Solicitação

22 - Carater de Solicitação: U — E - Eletivo U - Urgência/Emergência

23 - CID 10: Z000

24 - Indicação Clínica

25 - Seleção	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtde Solic.	29 - Qtde Autor.
1	02	00910071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	02	32040105	RAIOX PE OU PODODACTILOS	1	
3	02	32040113	RAIOX CALCANEO	1	
4					
5					

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF: 03070101000113

31 - Nome do Contratado: VIDA IMAGEM FORTALEZA

32 - T. Log.

33 - Endereço Logradouro - Número - Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - CEP

40 - Código CNES

37 - Profissional Executante: 79537822411

38 - Nome do Profissional Executante: LUAN MARTINS DE SOUSA

39 - Conselho Profissional: CRM

40 - Número no Conselho: 8292

41 - UF: PB

42 - Código CBO S

43 - Data da Realização

DADOS DO ATENDIMENTO

44 - Tipo de Atendimento: 01 - Internação 02 - Prorrogação/Complementação 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Atendimento Domiciliar 06 - SADT Ambulatorial 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva

47 - Indicação de Acidente: 0 - Acidente ou Doença relacionados ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

48 - Tipo de Saída: 1 - Retorno 2 - Encaminhamento SADT 3 - Internação 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA REFERENCIADA

49 - Tipo da Doença: A - Aguda C - Crônica

50 - Tempo da Doença: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtd	58 - Via	59 - Tec	60 - Fator / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R$	62 - Valor Total - R$
				00910071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0,00
				32040105 RAIOX PE OU PODODACT	1					0,00
				32040113 RAIOX CALCANEO	1					0,00

63 - Data e Assinatura do Prestador em Série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R$

66 - Total Taxas e Alugueis - R$

67 - Total Materiais - R$

68 - Total Medicamentos - R$

69 - Total Diárias - R$

70 - Total Gases Medicinais - R$

71 - Total Geral da Guia - R$

86 - Data e Assinatura do Solicitante: 13/07/2017

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data e Assinatura do Prestador Executante

R3V004415 1 LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2017 14:29 192.85.4.101

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

64

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 26023861

1 - Nº Guia Principal: 26023861 — Prioridade: Programada
4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data do Validade da Senha
7 - Data do Emissão da Guia

DEMAIS DADOS

8 - Número da Carteira: 0051.000001007025
9 - Plano: PLANO EMPRESA APARTAMENTO
10 - Validade da Carteira
11 - Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF: 81148950001107
14 - Nome do Contratado: CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HSJP
15 - Código CNES: 2389989
16 - Nome do Profissional Solicitante: ANDREA HATTORI NASRALA
17 - Conselho Profissional: CRM
18 - Número no Conselho: 10582
19 - UF: PB
20 - Código CBO S:

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação
22 - Caráter da Solicitação: 1 - Eletivo 2 - Urgência/Emergência
23 - CID 10: E83
24 - Indicação Clínica

25 - Tabela	26 - Código de Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtde Solic.	29 - Qtde Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	38020045	CURATIVO DE EXTREMIDADES - SOMOMOMMOS	1	
3 02	52200020	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	
4				
5				

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF
31 - Nome da Contratado
32 - T. Log
33-CEP - Logradouro - Número - Complemento
34 - Município
37 - UF
38-CNES
39-CEP
40-Código CNES

Dados do Profissional Executante

Nome do Profissional Executante/Complementar: ANDREA HATTORI NASRALA
42 - Conselho Profissional: CRM
43 - Número no Conselho: 10582
44 - UF: PB
45-Código CBO S
46 - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento: 01 - Internação 02 - Pronto Socorro 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Ambulatorial 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Hemoterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva
47 - Indicação de Acidente: 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
48 - Tipo de Saída: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA REFERÊNCIA

49 - Tipo de Doença: A - Aguda C - Crônica
50 - Tempo da Doença: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab.	55 - Código do Procedimento	57 - Qtde.	58 - Via	59 - Tec	60 - % Incid. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R$	62 - Valor Total - R$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0,00
				38020045 CURATIVO DE EXTREMID	1					0,00
				52200020 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0,00

63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R$
66 - Total Taxas e Aluguéis - R$
67 - Total Materiais - R$
68 - Total Medicamentos - R$
69 - Total Gases - R$
70 - Total Gases Medicinais - R$
71 - Total Geral da Guia - R$

86 - Data e Assinatura do Solicitante: 13/07/2017
87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

R3100ANS — LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2017 14:25 — 192.85.4.101

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

65

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 25359048

1 - Registro ANS: [redacted]

2 - Nº Guia Principal: 25359041 — Prioridade: Programada

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número do Cartão: 0051400000101037

9 - Plano: PLANO EMPRESA APARTAMENTO

10 - Validade do Cartão

11 - Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF: 9114090000107

14 - Nome do Contratado: CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HOJP

15 - Código CNES: 2390259

16 - Nome do Profissional Solicitante: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

17 - Conselho Profissional: CRM

18 - Número no Conselho: 4518

19 - UF: PB

20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E ITENS SOLICITADOS

21 - Caráter da Solicitação

22 - Caráter da Solicitação: U - Urgência/Emergência

23 - Leito: 6994

24 - Indicação Clínica

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtde Solic.	29 - Qtde Autor.
1 07	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
2 07	52230025	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR		
3				
4				
5				

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log

33 - Nº/Nº Complemento

34 - Município

35 - UF

36 - Cód IBGE

37 - CEP

38 - Código CNES

39 - Código na Operadora/CPF/CNPJ do Profissional Executante: 45681465470

40 - Nome do Profissional Executante Complementar: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

41 - Conselho Profissional: CRM

42 - Número no Conselho: 4518

43 - UF: PB

44 - Código CBO S

45 - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento: 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Hemoterapia 10 - RNS - Terapia Renal Substitutiva

47 - Indicação de Acidente: 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 9 - Outros

48 - Tipo de Saída: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Internação 4 - Transferência 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA REFERENCIA

49 - Tipo de Consulta: A - Agendamento C - Eletiva

50 - Tipo de Consulta: A - Avaliação M - Manutenção D - Dieta

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtde	58 - Via	59 - Tec	60 - % Red./Acrés.	61 - Valor Unitário - R$	62 - Valor Total - R$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0,00
				52230025 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0,00

63 - Data e Assinatura do Profissional Executante

64 - Observação

65 - Taxa Hemoderivados - R$

66 - Total Taxas e Alugueis - R$

67 - Total Materiais - R$

68 - Total Medicamentos - R$

69 - Total Diárias - R$

70 - Total Outras Despesas - R$

71 - Total Geral da Guia - R$

72 - Data e Assinatura do Solicitante: 12/07/2017

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Data e Assinatura do Responsável

75 - Data e Assinatura do Executor Externo

P31100ANS LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIRA 12/07/2017 15:50 189.85.4.101

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

66

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 25714468

1 - Registro ANS: ANS nº 0

2 - Nº Guia Principal: 25714468 — Prioridade: Programado

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira: 0051400000107017

9 - Plano: PLANO EMPRESA APARTAMENTO

10 - Validade da Carteira

11 - Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF: 9114695000107

14 - Nome do Contratado: CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

15 - Código CNES: 2295865

16 - Nome do Profissional Solicitante: ANDREA HATTORI NASRALA

17 - Conselho Profissional: CRM

18 - Número no Conselho: 10582

19 - UF: PB

20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Caráter de Atendimento

22 - Tipo de Atendimento: U - Urgência/Emergência

23 - CID 10: M242

24 - Indicação Clínica

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtde Solic.	29 - Qtde Autor.
1 03	28040461	HEMOGRAMA COMPLETO + RETICULÓCITOS + ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA + ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA - AVA	1	
2 07	28040732	TEMPO DE PROTROMBINA	1	
3 02	28040791	TEMPO DE TROMBOPLASTINA ATIVADO	1	
4				
5				

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF: 9114695000107

31 - Nome do Contratado: CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO

32 - T. Log.

33 - Logradouro

34 - Número

35 - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cód. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante Complementar: ANDREA HATTORI NASRALA

42 - Conselho Profissional: CRM

43 - Número no Conselho: 10582

44 - UF: PB

45 - Código CBO S

46 - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento: 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Odontológico 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva

47 - Indicação de Acidente: 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

48 - Tipo de Saída: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

SOMENTE TABELA TUSS

49 - Tipo de Doença: A - Aguda C - Crônica

50 - Tempo de Doença: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtde	58 - Via	59 - Tec	60 - Fator/Anestesia	61 - Valor unitário - R$	62 - Valor Total - R$
				28040461 HEMOGRAMA COMPLETO +	1					0,00
				28040732 TEMPO DE PROTROMBINA	1					0,00
				28040791 TEMPO DE TROMBOPLASTI	1					0,00

63 - Data e Assinatura do Procedimento no Local

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R$

66 - Total Taxas e Alugueis - R$

67 - Total Materiais - R$

68 - Total Medicamentos - R$

69 - Total Diárias - R$

70 - Total Outras Despesas - R$

71 - Total Geral da Guia - R$

72 - Data e Assinatura do Solicitante: 13/07/2017

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Data e Assinatura do Responsável pela Execução

75 - Data e Assinatura do Prestador Executante

RS100ANS

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 25714468

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

67

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 25615303

1 - Registro ANS: [redacted]

5 - Nº Guia Principal: 25615303 — Prestador: Prestador — Programado

2 - Data de Autorização:

3 - Senha:

4 - Data de Validade da Senha:

5 - Data de Emissão da Guia:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira: 0081400000107017

9 - Plano: PLANO EMPRESA APARTAMENTO

10 - Validade da Carteira:

11 - Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde:

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ: 9194685000107

14 - Nome do Contratado: CLINICA CRITO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HQJP

16 - Código CNES: 2369989

18 - Nome do Profissional Solicitante: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

17 - Conselho Profissional: CRM — 18 - Número no Conselho: 4516 — 19 - UF: PB — 20 - Código CBO: [illegible]

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Caráter da Solicitação:

22 - Caráter do Atendimento: U — 1 - Eletivo 2 - Urgência/Emergência

23 - CID 10: S320

24 - Indicação Clínica:

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtde Solic.	29 - Qtde Autor.
1	62	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	63	52230023	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	
3					
4					

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ:

31 - Nome do Contratado:

32 - Tipo Log.:

33-34 - Número - Complemento:

36 - Município:

37 - UF:

38 - Cód. IBGE:

39 - CEP:

40 - Código CNES:

41 - Código na Operadora/CNPJ do Executante: 4508148543 0

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

42 - Conselho Profissional: CRM

43 - Número no Conselho: 4516

44 - UF: PB

45 - Código CBO:

46 - Grau de Participação:

DADOS DO ATENDIMENTO

48 - Tipo de Atendimento: 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exames 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internação 08 - Quimioterapia 09 - Hemodiálise 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva

47 - Indicação de Acidente: 0 - Acidente em Serviço encaminhado ao Instituto 1 - Trânsito 2 - Outros

49 - Tipo de Saída: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA REFERENCIA

49 - Tipo de Consulta: A - Aguda C - Crônica

50 - Tempo de Doença: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtde.	58 - Via	59 - Tec	60 - Tabela / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R$	62 - Valor Total - R$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0,00
				52230023 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0,00

63 - Data e Assinatura do Procedimento pelo SUS: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

64 - Observação:

65 - Total Procedimentos - R$: — 66 - Total Taxas e Alugueis - R$: — 67 - Total Materiais - R$: — 68 - Total Medicamentos - R$: — 69 - Total Taxas - R$: — 70 - Total Outras Despesas - R$: — 71 - Total Geral da Guia - R$:

72 - Data e Assinatura do Solicitante: 13/07/2017

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização:

74 - Data e Assinatura do Responsável:

75 - Data e Assinatura do Executante:

R310GANS — LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2017 13:47 — 192.85.4.101

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

68

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 26598998

1 - Registro ANS: 005.[illegible]0
2 - Nº Guia Principal: 26598998 — Processo: Programado
4 - Data de Autorização
5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha
7 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número do Cartão: 00514100001107025
11 - Plano: PLANO EMPRESA APARTAMENTO
16 - Validade do Cartão
13 - Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

35 - Código na Operadora/CNPJ/CPF: 01146050001107
14 - Nome do Contratado: CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HQUP
15 - Código CNES: 2326892

10 - Nome do Profissional Solicitante: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
17 - Conselho Profissional: CRM
18 - Número no Conselho: 4518
19 - UF: PB
20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora de Solicitação
22 - Caráter de Solicitação: U — E - Eletiva U - Urgência/Emergência
23 - CID 10: S63
24 - Indicação Clínica

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtde Solic.	29 - Qtde Autor.
1	02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	02	32030126	RAIOX MAO OU QUIROD/CTKOS	1	
3	02	32040113	RAIOX CALCANEO	1	
4					
5					

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF: 83500185000413
31 - Nome do Contratado: VIDA IMAGEM FORTALEZA
32 - T. Log.
33 a 35 - Logradouro - Número - Complemento
36 - Município
37 - UF
38 - CNES IBGE
39 - CEP
40 - Código CNES

41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Executante: 83500185000413
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
43 - Conselho Profissional: CRM
45 - Número no Conselho: 4518
44 - UF: PB
45 - Código CBO S
46 - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento: 01 - Internação 02 - Primeira Consulta 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Odontologia 09 - Fisioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva
47 - Indicação de Acidente: 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
48 - Tipo de Saída: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

DESPESA REFERENTE

49 - Tipo de Despesa: A - Aguda C - Crônica
50 - Tempo de Doença: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtde	58 - Via	59 - Tec	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R$	62 - Valor Total - R$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0,00
				32030126 RAIOX MAO OU QUIRODA	1					0,00
				32040113 RAIOX CALCANEO	1					0,00

63 - Data e Assinatura do Profissional Executante

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R$
66 - Total Taxas e Aluguéis - R$
67 - Total Materiais - R$
68 - Total Medicamentos - R$
69 - Total Diárias - R$
70 - Total Gases Medicinais - R$
71 - Total Geral da Guia - R$

01/07/2017
67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
69 - Data e Assinatura do Executante

R3100ANS — LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2017 14:55 — 192.85.4.101

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

69

GILBERTO FRANÇA & EQUIPE
FISIOTERAPIA

João Pessoa, 20 janeiro de 2017.

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

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

Jéssica Falcão Farias
Fisioterapeuta
CREFITO 1 127973-F
Fisioterapeuta

CARTÓRIO DE PRIMEIRO OFÍCIO DE NOTAS, PROTESTOS E REGISTROS DE PESSOAS NATURAIS
16 JAN 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Av. Coremas, 364, Centro, João Pessoa – PB- CEP 58.013-430
Fone: (83) 3021-3060 – 3021-3050 / 9996-5636 – 8707-2233
e-mail: gilbertofrancaequipe@gmail.com

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

70

R. 250508

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

Hapvida

1 - Registro Ans: ANS nº 369252

DADOS DO BENEFICI

8 - Número da Carteir: 0051.40000010

DADOS DO CONTRAT

13 - Código na Opera

16 - Nome do Profiss: ANDREA HATT

DADOS DA SOLICITA

21 - Data/Hora da Sc: 17/11/2016

26 - Tabela: 1 — 1992

DADOS DO CONTRA

30 - Código na Ope

40 a - Código na Opera Complementar

DADOS DO ATEND

46 - Tipo de Atendi: 01 - E; 07 - E; 05

CONSULTA REFER

49 - Tipo de Doenç: A- Ag

PROCEDIMENTOS

61 - Data: 1 - ; 2 - ; 3 - ; 4 - ; 5 -

63 - Data e Assin: 1 - ; 2 -

64 - Observação

65 - Total Proce

66 - Data e Assi: 17/11

3 - Nº Guia Principal: 25807718

4 - Data da Autorização: 17.11.16

5 - Senha: C224627 7 17.01.17

6 - Data de Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

9 - Plano: NOSSO PLANO XII - 700370996

10 - Validade da Carteira

11 - Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO SOLICITANTE

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

17 - Conselho Profissional: CRM

18 - Número no Conselho: 10582

19 - UF: PB

20 - Código CBO 6

Profissional Solicitante: TORI NASRALA

DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

Indicação: 14:27

22 - Caráter da Solicitação: E — E - Eletivo U - Urgência/Emergência

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica: DT 28/10/16MT motoPaciente com queixa de dor no MTCF polegar esquerdo. Nega outras queixas.

Código do Procedimento: 33010048

27 - Descrição: US ARTICULAÇÕES

Pro-Senha: P19970548

28 - Qtde Solic.: 1

29 - Qtde Autor.

DADOS DO EXECUTANTE

31 - Nome do Contratado: Diagkom

32 - T. Log.

33-34-35- Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38-Cód. IBGE

39-CEP

40-Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 -Código CBO 5

45 a- Grau de Participação

ATENDIMENTO

Internação 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar SADT Internado 08 - Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS - Terapia Renal Substitutiva

47 - Indicação de Acidente: 0 - Acidente ou Doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

48 - Tipo de Saída: 2 — 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4- Internação 5- Alta 6- Óbito

DOENÇA

50- Tempo de Doença: 20 D — A- Anos M-Meses D-Dias

C- Crônica

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtde.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R$	62 - Valor Total - R$
				33010048	1					

Identificação de Procedimentos em Série: 1 - ; 2 - ; 3 - ; 4 - ; 5 - ; 6 - ; 7 - ; 8 - ; 9 - ; 10 -

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR À OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO.

Assinatura do Usuário / Representante

65 - Total Medicamentos - R$ | 66 - Total Taxas e Aluguéis - R$ | 67 - Total Materiais - R$ | 68 - Total Medicamentos - R$ | 69 - Total Diárias - R$ | 70 - Total Gases Medicinais - R$ | 71 - Total Geral da Guia - R$

Assinatura do Solicitante /2016

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

COORDEV SEFUR E PREVIDÊNCIA S/A. 13 JAN 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

GILBERTO FRANÇA & EQUIPE
FISIOTERAPIA

João Pessoa, 20 janeiro de 2017.

LAUDO FISIOTERAPEUTICO

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

Jéssica Falcão Farias
Fisioterapeuta
CREFITO 1 /171619 - F
Fisioterapeuta

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

Av. Coremas, 364, Centro, João Pessoa – PB- CEP 58.013-430
Fone: (83) 3021-3060 – 3021-3050 / 9935-5535 – 8707-2233
e-mail: gilbertofrancaeequipe@gmail.com

71

x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/07/2017 14:27:12

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40064224	Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11519311	20/12/2016 às 12:05	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118225/8	Peso: kg	

1 CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORAI		24/24h
2 CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	I	24/24h

10 Alta em: 20/12/2016 apartir de 12:39 ALTA AMBULATORIAL NORMAL
Alta dada por: ANDREA HATTORI NASRALA

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

23

Pagina 1 de 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/07/2017 14:31:34

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40179353	Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11581573	28/12/2016 às 00:08	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/11	Peso: kg	

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

9. Alta em: 28/12/2016 apartir de 00:11 ALTA AMBULATORIAL NORMAL
Alta dada por: SANTINO DA ROCHA ARNAUD NETO

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/07/2017 14:34:03

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40699079	Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11836100	24/01/2017 às 15:59	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/6	Peso: kg	

1 CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORAI		24/24h
2 CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	1	24/24h

7 Alta em: 24/01/2017 apartir de 16:02 ALTA AMBULATORIAL NORMAL
Alta dada por: ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA

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

Num. 49116594 - Pág. 85
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

75

x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/07/201713:54:54

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39622104	Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11299980	25/11/2016 às 12:09	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/14	Peso: kg	

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

7 Alta em: 25/11/2016 apartir de 12:10 ALTA AMBULATORIAL NORMAL
Alta dada por: ANDREA HATTORI NASRALA

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 13/07/2017 13:48:05

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA Dt. Nasc.: 03/05/1984 Atendimento: 39472085 Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA Nº Prescrição: 11229333 17/11/2016 às 14:56
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/11 Peso: kg

1 CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h

7 Alta em: 17/11/2016 apartir de 14:58 ALTA AMBULATORIAL NORMAL
Alta dada por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

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

76

Num. 49116594 - Pág. 87
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

77

x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 12/07/2017 16:51:42

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39109501	Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11049577	27/10/2016 às 22:16	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/12	Peso: kg	

1 CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h

7. Alta em: 27/10/2016 apartir de 22:18 ALTA AMBULATORIAL NORMAL
Alta dada por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

Documentação médico – hospital

LAUDO MÉDICO

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

CID: S63

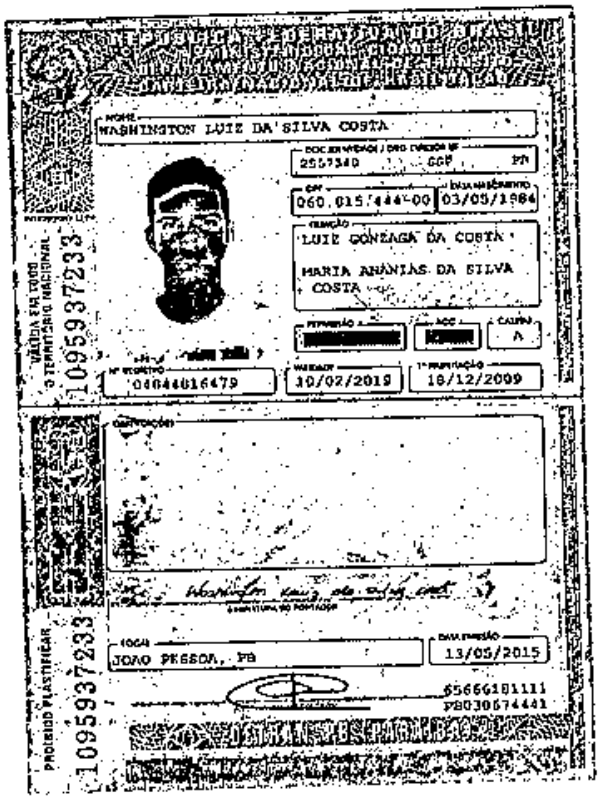
João Pessoa, 22 de março de 2018

Carimbo e Assinatura do Médico

02 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HAPCLINICA JOÃO PESSOA - Av. Júlia Freire, 1058 - João Pessoa PB

Documentos de identificacao



NOME
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2557340 SSP PB

CPF
060.015.444-00

DATA NASCIMENTO
03/05/1984

FILIAÇÃO
LUIZ GONZAGA DA COSTA
MARIA ANÂNIAS DA SILVA COSTA

PERMISSÃO
ACC
CATEG.
A

Nº REGISTRO
06044816479

VALIDADE
10/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2009

OBSERVAÇÕES

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
13/05/2015

65666181111
PB030674441

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1095937233

PROIBIDO PLASTIFICAR

1095937233

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

DUT

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
- MINISTÉRIO DAS CIDADES -

DETRAN - PB Nº 012507145180
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00216845661		2016

NOME: DORGIVAL TAVARES PONTES

CPF / CNPJ: 92811507454 — PLACA: NPZ8416

PLACA ANT / UF: NOVO/PB — CHASSI: 9C2NC4310AR077054

ESPÉCIE/TIPO: PAS/MOTOCICLE/NÃO APLIC — COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CB 300 R — ANO FAB.: 2010 — ANO MOD.: 2010

CAP / POT / CIL: 2 P/291 /CI — CATEGORIA: PARTIC — COR PREDOMINANTE: AMARELA

IPVA — COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM 24/05/2016 — VENC. COTA ÚNICA: — VENC / COTAS: 1ª******** 2ª******** 3ª********

FAIXA I.P.V.A.: ******** — PARCELAMENTO / COTAS:

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******** — IOF (R$): — PRÊMIO TOTAL (R$): SEGURO PAGO — DATA DE PAGAMENTO: 24/05/2016

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL: JOAO PESSOA-PB — DATA: 25/05/2016

38303 — 204381

ASSINATURA DO DIRETOR DO DETRAN

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

PB Nº 012507145180 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 — DATA EMISSÃO: 25/05/2016

VIA: 1 — CPF / CNPJ: 92811507434 — PLACA: NPZ8416

RENAVAM: 00216845661 — MARCA / MODELO: HONDA/CB 300 R

ANO FAB.: 2010 — CAT. TAR.: 9 — Nº CHASSI: 9C2NC4310AR077054

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$): — DENATRAN (R$): — CUSTO DO SEGURO (R$):

CUSTO DO BILHETE (R$): — IOF (R$): — TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$):

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

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

79

Num. 49116594 - Pág. 91
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140522400000046612181
Número do documento: 21092712140522400000046612181

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/04/2018

Conduta mantida:

Observações: TORNOZELO DIREITO SEM SEQUELAS.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08453090420188152001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**.**

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 23 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140743900000046612184
Número do documento: 21092712140743900000046612184

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:14:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712140743900000046612184
Número do documento: 21092712140743900000046612184