



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37853 816	15/12/2020 11:51	2773463_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180041695**

Vítima: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12288948

Pag. 00911/00912 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180041695**

Vítima: **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



Carta nº 12342140



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



Carta nº 12653931



Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2018

Carta nº: 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



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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO POLEGAR ESQUERDO.

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

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

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:51:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511512112000000036107954>

Número do documento: 20121511512112000000036107954



Autorização de pagamento
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA DE 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

060.815.444 - 00

Nome completo da vítima

Washington Luiz da S. Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	060.815.444-00	Recuso
Endereço	Número	Complemento
RUA MAGNO LOPES	103	
Bairro	Cidade	Estado
VARSAO	SOAO PESSOA	PARAIBA
CEP	Telefone (DDD)	
38070-140	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 (343)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº 10 10

DIV

CONTA

Nº 00030660

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

(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.

SOAO 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

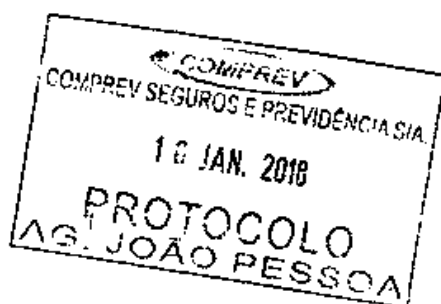
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

PROTOCOLO
SOAO PESS

86





87





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 íntegra: 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 Araújo Negreiros, Agente de Investigação, 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 Informático, 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 Mercaria 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.**

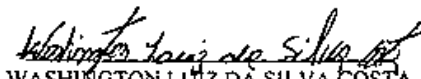
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

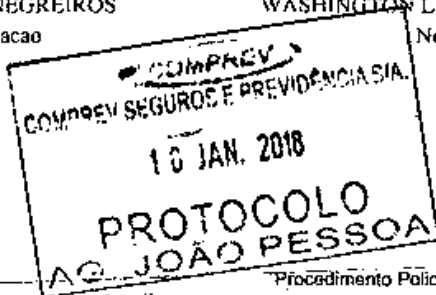
QUE, segundo o notificante no dia 27/10/2016, por volta das 8:20 horas, conduzia sua motocicleta na rua Quatorze de Julho, bairro do Rangel, motocicleta esta HONDA /CB 300 R, ano e modelo: 2010/2010 de cor, amarela, placa: NPZ 8416/PB, chassi nº 9C2NC4310AR077054, estando em nome de Dorgival Tavares Pontes; QUE, segundo o notificante ao conduzir a sua moto na rua citada 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, matrículas: 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 prontuário 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdadeira. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de novembro de 2017.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Notificante



Procedimento Policial: 02088.01.2017.1.00.420



Declaração de Inexistência de IML



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

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

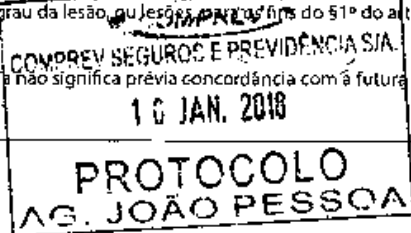
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de Invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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.



JOÃO PESSOA, 16 de Janeiro de 2018

Local e Data

Washington Luiz da S. Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001.V001/2017

3





**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

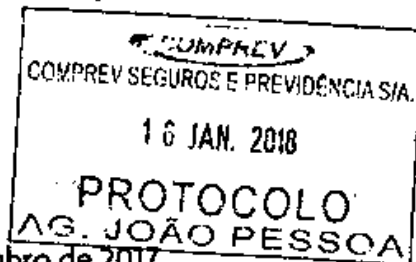
CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório
1.10011000 110 11011 1 11 1001

DECLARAÇÃO

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 06 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREJIS nº 10171
SAMU 192 JP

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

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

2



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000030660-5

Nr. da Autenticação F1E1E4FB8A094085



Comprovante de residência

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Chm, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.834/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

DIGITE ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

316113

REFERÊNCIA

OUT/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

WASHINGTON S COSTA
RUA MAGNO LOPES NUM. 103 - II

VARJAO 58070-140

JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outro	
001.18.045.0268	0	1	0	0	0	316113
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
2019875	23/05/1985	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 ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS						
ABR/2017	10	4	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2017	10	4	COL.TOTAIS	294	294	294
JUN/2017	10	32	TURBIDEZ	294	280*	278
JUL/2017	10	32	COL.TERHOT	0	0	0
AGO/2017	10	32	CLORO	294	280	280
SET/2017	10	4	COR	77 *	103	102
MEDIA(10)	10		DADOS REFERENTES A: AGO/2017			

DATA DA LEITURA: 09/10/2017		HORA DA LEITURA: 09:14:50		
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	29,47	R\$66,31

fin. 11 (9)

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 13,13 D.E. E COFINS LET 12.241/12

VENCIMENTO:

Total a Pagar:

22/10/2017

R\$66,31

V. 16.12.0.1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: NÃO REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL
ANORMALIDADE DE LEITURA: 4

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERATS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

10 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

26



Declaração do proprietário do veículo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dorgival Tavares Pontes,
RG nº 1711527, data de expedição 1/1/,
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)
Magnó Taper, 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 Silva Costa, cujo o condutor era
Washington Luiz da Silva Costa.
Veículo: Motociclita
Modelo: HONDA / CB 300 R
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)



501070
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA CIVIL
Gest. Maria Angélica Sousa Carneiro
Tribunal

1º OFFÍCIO DE NOTAS
2º TANTUM DE NOTAS
3º TANTUM DE NOTAS
4º TANTUM DE NOTAS
5º TANTUM DE NOTAS
6º TANTUM DE NOTAS
7º TANTUM DE NOTAS
8º TANTUM DE NOTAS
9º TANTUM DE NOTAS
10º TANTUM DE NOTAS

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: _____
DORGIVAL TAVARES PONTES
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 01/12/2017 14:53:27
Dario dos Santos Lima - Escrevente
(2017-034038)EHL:R\$ 19,23 LAMPEN:R\$ 0,27 FEPO:R\$ 1,85 (Dario dos Santos Lima)
SELO DIGITAL: AFZ8004B-EYLX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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





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

Documentação médica - hospitalar



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAÍDOS

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

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: normal.
RX: normal.

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

TRATAMENTO:

1º atendimento

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

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

S





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
Nº Pedido: 18591373

Data 02/02/2017
Pag 1 de 1

Paciente: 13134703 WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
Nascimento: 03/05/1934 Sexo: M RG: 2557340 CPF: 6081544400
Endereço: R. JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040
Convenio: HAPYDA JOAO PESSOA Tel: 99937-5602
Médico: 00514000001007025
Solicitante: Dr(a) CARLOS ALBERTO MARO

Exame:
RX MAO OU QUIRODACTILOS

!K|Ne

4089436622

LAUDO :

Textura óssea reduzida.

Linha radiolúcida em falange distal do primeiro dedo.

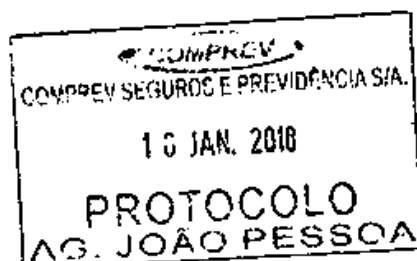
Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

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

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN





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
Endereço...: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040
Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel.: 99937-5602
Matricula...: 005L4000001007025
Solicitante: Dr(a) CARLOS ALBERTO MARQ

Exame:
RX CALCANEIO

!K|Ne8

4089436621

LAUDO:

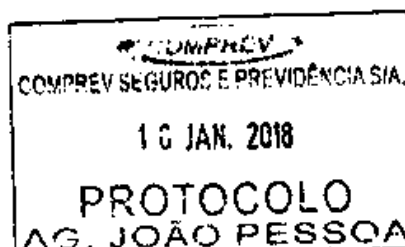
Aparente calo ósseo em calcâneo.

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

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

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



Impresso por: SILNUNES

Em: 23/02/2017 17:19:30

7



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

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO POLEGAR

Técnicas

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

Comentários:

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

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

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

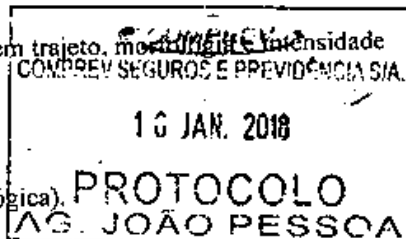
Discreto edema ósseo medular na face ulnar da base da falange proximal do primeiro dedo.

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

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

Não há desvios apreciáveis das estruturas ósseas do polegar.

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



João Pessoa, 18 de Novembro de 2016

Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues
CRM - 7884 PB

• Carlos Ferreira Neto II - CRM 5962-PB
• Henrique Queiroga Cartaxo - CRM 4146-PB
• Italo Miranda Pereira - CRM 5606-PB
• Márcilio Mendes Cartaxo - CRM 2044-PB
• Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7884-PB
• Océlio 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





- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO

TÉCNICA DE EXAME:

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

ANÁLISE:

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

Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade habituais.

Ausência de lesões ósseas focais de aspecto agressivo.

Grupamentos musculares preservados.

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

Ausência de derrame articular significativo ao método.



DR. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues
CRM - 7884 PB

D^r. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5962-PB
D^r. Henrique Queiroga Carlixa - CRM 4146-PB
D^r. Italo Miranda Pereira - CRM 5806-PB
D^r. Marcilio Mendes Cartaxo - CRM 2044-PB
D^r. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7884-PB
D^r. Otília Queiroga Cartaxo Filho - CRM 5056-PB
D^r. Pedro Soares 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

Nº Pedido: 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

Endereço: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040

Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel: 99937-5602

Matricula: 005L4000001007025

Solicitante: Dr(a) LUAN MARTINS DE SOU

Exame:

RX CALCANEIO

!K4AZ8

4017935521

LAUDO

Presença de fratura em calcâneo.

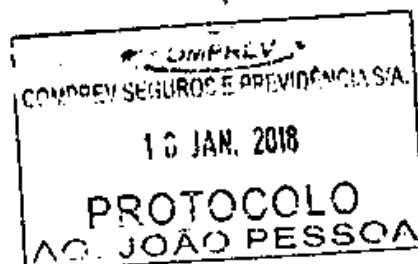
Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

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

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



70





Washington Luiz da Silva Costa

Relatório médico.

Declaro, para fins trabalhistas que o paciente
supracitado apresentou lesão de sténor do polgar

Ⓔ após acidente de moto e foi submetido
a reparo cirúrgico no dia 14/12/16. Está
em seguimento ambulatorial e reabilitação.
Permanecerá com imobilização durante 6 semanas.

cd 563

14/12/16

SUELIO MOREIRA TORRES
CRM 10.123/16
CRA 10.123/16

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

www.hapvida.com.br

COMPREV
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

77





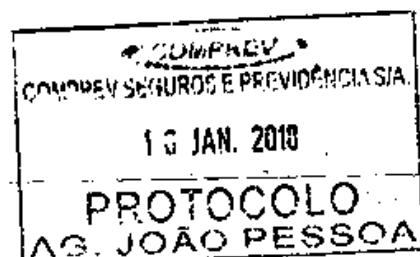
Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A Ç Ã O

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

João Pessoa, 20 de Julho de 2017


Clínica Geral e Hospital de João Pessoa Ltda.
EVERTON PEREIRA DE CARVALHO
Faturista



252





ATESTADO MÉDICO

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

S920 .

Código da Doença

03/11/16

Local e Data

Assinatura do Médico

RODOLFO COIMBRA BATISTA

CRM 6819

Rodolfo Coimbra Batista
Oncopetista / Traumatologista
CRM 6819 / TEO 13463

Aceito a Colocação do CID. Assinado em _____

Código de Autenticação : BXNWD16JSP916

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

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

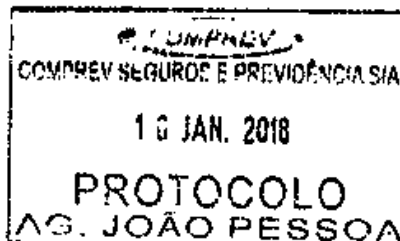
Final do Atendimento : 03/11/2016 22:39:23

R3002

RODOLFO COIMBRA BATISTA

03/11/2016 22:39

192.85.4.102



16



ANS - nº 36.825-3		3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 9/5/2018		4 - SEMA 16-0		5 - DATA VIGÊNCIA DA SEMA 9/5/2018		6 - DATA DE EXPIRAÇÃO DA GUIA	
7 - NÚMERO DA CARTeira 0052400000004014		8 - PLANO		9 - UNIDADE DA CARTEIRA		10 - NOME Washington Luiz da Silva Costa		11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
12 - CÓDIGO DA OPERADORA / CNPJ / CNP		13 - NOME DO CONTRATADO		14 - CÓDIGO CNES		15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Andrea Mattori Nastala		16 - CDE. PROFISSIONAL CRM	
17 - Nº DO CONSELHO 10582		18 - UF PB		19 - CÓDIGO CNES		20 - CÓDIGO DA OPERADORA / CNPJ / CNP		21 - NOME DO PRESTADOR	
22 - CARTEIRA DE INTERNAÇÃO 2 - Externa		23 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Observação 4 - Ambulatório 5 - Psiquiatria		24 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domicílio		25 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS 01		26 - INDICAÇÃO CLÍNICA Ligamento colateral ulnar polgar (E)	

27 - TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica		28 - TEMPO DA DOENÇA 2 L 1 D		29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0 - Acidente no trabalho relacionado ao trabalho 1 - Tráfego 2 - Outros	
30 - CID 10 PRINCIPAL S56		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)	
33 - CID 10 (4)		34 - TABELA		35 - DETECÇÃO	
36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 3,0,7,3,6,0,5,6		37 - QTD. SOLIC.		38 - QTD. AUTORIZ.	
39 - CÓDIGO DO QMP		40 - DETECÇÃO QMP Mini ancora 2,7 mm montada		41 - QTD.	
42 - QTD.		43 - FREQUENTE		44 - PREC. LIMITADO (S)	
45 - DETECÇÃO QMP Mini ancora 2,6 mm		46 - QTD.		47 - FREQUENTE	
48 - QTD.		49 - PREC. LIMITADO (S)		50 - QTD.	

45 - DATA PRÓXIMA ADMISSÃO HOSP		46 - QTD. DIÁRIAS AUTORIZADAS		47 - TIPO DE AUTORIZAÇÃO Conferência		48 - CÓDIGO DA OPERADORA / CNPJ 000000000000000000		49 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS	
50 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO		51 - DESCRIÇÃO		52 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO 16 JAN. 2018		53 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO		54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	
55 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE 15/01/2018		56 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		57 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO		58 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO		59 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	

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

15



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE TRAUMED TRAUMED COMERCIO LTDA. - TRAUMED LTDA RUA NOSSA SENHORA DA SAÚDE, 310 - CORDEIRO 50731-010 RECIFE - PE FONE: (81) 3366-3754 cobrança@traumedltda.com.br		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA 000.033.287 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 2616 1204 6961 0500 0188 5500 1000 0332 8714 6680 4794 Consulta de autenticidade no portal Nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site do Sefaz Autorizador																													
NATUREZA DA OPERAÇÃO 6102-VENDAS FORA DA UF		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 136160067254112 15/12/2016 12:53:18		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE 0.287.714-78		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO DESTINATÁRIO 01.696.105/0001-88																											
DESTINATÁRIO/RECEBENTE RUA E PAZ DO SOCORRO HAPYDA ASSISTENCIA MEDICAL LTDA ENDEREÇO AV HERACLITO GRACA, 406 - 2 ANDAR CENTRO PORTALEZA FONE FAX (85) 3255-3691		CNPJ 63.554.067/0001-98 DATA DE EMISSÃO 15/12/2016 CEP 60140-061 DATA DA SAÍDA 15/12/2016 INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.894.353-9 HORAS DA SAÍDA 12:52:41		FATURA/DUPLOCATA 0133267/01 29/01/2017 700,00																													
CALCULO DO IMPOSTO <table border="1"> <tr> <td>BASE CALC ICMS</td> <td>VALOR ICMS</td> <td>BASE CALC ICMS ST</td> <td>VALOR ICMS ST</td> <td>TOTAL DOS IMPOSTOS</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>700,00</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>VALOR FRETE</td> <td>VALOR SEGURO</td> <td>VALOR DESCONTO</td> <td>OUTROS DESP</td> <td>VALOR IPI</td> <td>VALOR APROX IMB</td> <td>TOTAL DA NOTA</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>700,00</td> </tr> </table>								BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS IMPOSTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	700,00	VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTROS DESP	VALOR IPI	VALOR APROX IMB	TOTAL DA NOTA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	700,00		
BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS IMPOSTOS																													
0,00	0,00	0,00	0,00	700,00																													
VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTROS DESP	VALOR IPI	VALOR APROX IMB	TOTAL DA NOTA																											
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	700,00																											
DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>CODIGO PRODUTO</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO</th> <th>NOME</th> <th>QTD</th> <th>GRUPO</th> <th>UNID</th> <th>QNTD</th> <th>VALOR UNIT</th> <th>VALOR TOTAL</th> <th>BASE ICMS</th> <th>VALOR ICMS</th> <th>ALIQ ICS</th> <th>VALOR DESCONT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12866</td> <td>ANCORA 3.0 MONTADA TRA ANV: S0057410025 FAB: TRAUMEDICA</td> <td>90211020</td> <td>040</td> <td>6102</td> <td>PC</td> <td>1</td> <td>700,00</td> <td>700,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>								CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NOME	QTD	GRUPO	UNID	QNTD	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICS	VALOR DESCONT	12866	ANCORA 3.0 MONTADA TRA ANV: S0057410025 FAB: TRAUMEDICA	90211020	040	6102	PC	1	700,00	700,00	0,00	0,00	0	0,00
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NOME	QTD	GRUPO	UNID	QNTD	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICS	VALOR DESCONT																					
12866	ANCORA 3.0 MONTADA TRA ANV: S0057410025 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 NATTORI NASRALA - HOSPITAL COT JOP - CONVENIO HAPYDA - PEDIDO 014095								RESERVADO AO FISCO																									

16
 10 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





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			

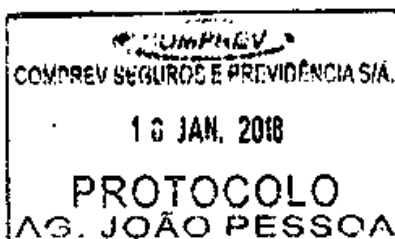
DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	BPMARC 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	99995556	C24054678	INTERNAÇÃO
1570719	30736056	C24054678	RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO DE LIGAMENTOS
1570719	30726182	C24054678	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO



30-112886

34310R1 - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO



[illegible]
$$U_1^{\text{tr}} \subseteq U_1^{\text{tr}} \cap \text{span}\{u_1^{\text{tr}}, \dots, u_{k-1}^{\text{tr}}\} \subseteq U_1^{\text{tr}} \cap U_1^{\text{tr}} = \{0\}$$

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência de Propriedade Social: JOAO PESSOA SUL - Engenharia: RUA PAULINO DOS SANTOS
CORREIO, 36 - JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA
Cidade: Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21.000-000

PROTOCOLLO

1.º) Em 26 de dezembro de 2010
 o município apresentou para a solicitação do benefício de auxílio





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16584782485

Número do Benefício: 6166179069

Espécie: 91

Número do Requerimento: 177334848

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

Endereço: MAGNO LOPES 103, VARIAO

CEP: 58070140

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

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

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

O benefício foi concedido até 31/01/2017.

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

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

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

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

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que 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.

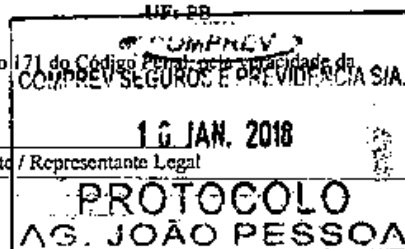
Data: 26 de dezembro de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

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

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

Assinatura do Requerente / Representante Legal



18





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
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

Exame:
RX CALCANEAO - DIREITO

!LC5D/

4132183312

Queixa Principal:
EXAME SOLICITADO

LAUDO:

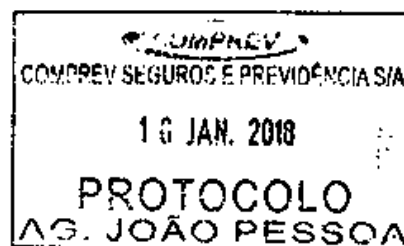
Textura óssea reduzida.
Superfícies e espaços articulares íntegros.
Aumento de partes moles.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

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

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HOSP JOÃO PESSOA
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 292 TORRE JOAO PESSOA PB 58040040 Tel: 99937-5602
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA
Matricula: 005L4000001007025
Solicitante: Dña ANDREA HATTORI NASR

Exame:
RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

!LC5D.

4132183311

Queixa Principal:
EXAME SOLICITADO

LAUDO:

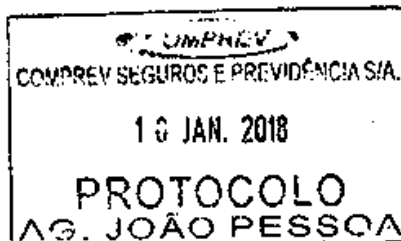
Textura óssea normal.
Superfícies e espaços articulares íntegros.
Aumento de partes moles.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

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

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



R7944

Impresso por: SILVUNES

Em: 23/02/2017 17:19:13

20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:51:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511512112000000036107954>

Número do documento: 20121511512112000000036107954



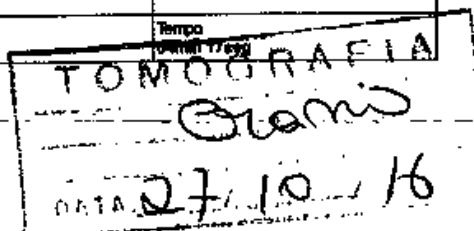
ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 957286



Identificação do paciente			
ID 1095581	Nome WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA		Sexo Masculino
Data de nascimento 03/05/1984	Idade 32 anos 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 - IRMÃO(A)		
DDD Móvel 53	Fone Móvel 888147204	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 2557340	Nº Cns	
Local de procedência RANGEL	Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R Técnico em manutenção de equipamentos de informática	
Endereço			
CEP 66070140	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MAGNO LOPES
Número 103	Complemento	Bairro VARIAÇÃO	
Admissão			
Data e Hora 27/10/2016 10:08:23	Número da pulseira 1000005451325	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte REBGATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		
Sinais Vitais			
PA ____ mmHg	Pulso ____	Temperatura ____	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrassom []
Dados clínicos		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
		16 JAN. 2018	
		PROTOCOLO	
		AO JOAO PESSOA	
Diagnóstico			
Atendido por MARIELE JAKAIA DA COSTA GAMA		Tempo 08:11 / 17:59	

Imprimir



26/12

27

27/10/2016 10:11





Primeiro Atendimento Médico

100005451220 BE.: 857286
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA
DT. NASC.: 03/05/1984
NRE.: MARIA ANHILAS DA SILVA COSTA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON LUIZ DA SILVA IDADE: 30

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

PACIENTE - VITIMA DE ACIDENTE COM VEÍCULO
PRELIMINARMENTE EM M. TUMOR E EM HIPOCÔNDRIO DIREITO. RELATO
ESTA EM VELOCIDADE DE 40 km/h.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ PÉLVICAS ☐ OBLÍQUAS
AÉREAS ☒ PÉLVICAS ☐ OBLÍQUAS
CERVICAL (MOBILIZADA): ☒ SIM ☐ NÃO
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ SIM ☒ NÃO
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ SEM DIFICULDADE
☐ COM DIFICULDADE

1 - VENTILAÇÃO MECÂNICA

1 - APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR

1 - MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presença e normal

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTD: ☐ Normal

☐ Diminuído

☐ Ausente

2 - RUIDOS

☐ SIM

☐ NÃO

FR: ☐ Imp

SeO₂: ☐ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

☐ Normotônicas ☐ Hipotônicas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

☐ Presente ☐ Ausente

☐ Sim ☐ Não

BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não

FC: 80 bpm PA: X mmHg T: 36 °C

ECG: ☐ Normal

ABDOMEN: QUE EM HIPOCÔNDRIO DIREITO

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:51:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511512112000000036107954

Número do documento: 20121511512112000000036107954

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☒ Sim: AS 37-41 A RONA

MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: _____

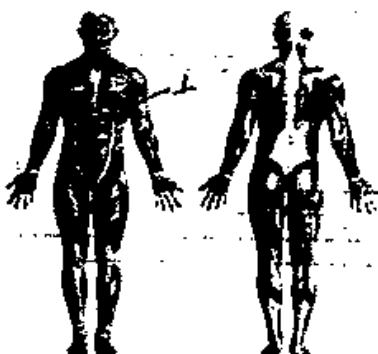
IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☒ Sim: _____

PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____

ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: DO PR-DIA ANTES: CP-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 Efema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encastrado |
| 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

- ☒ Radiografias
- ☒ Ultrassonografia (FAST)
- ☐ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal
- ☐ Gasometria arterial
- ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO
1	1º ATENDIMENTO ADO VASOCLEROSIS	
2	SEL 300ML EV EM 3 Hs	
3	CRF PROPRIO 400mg + 100ml SF 0.9% EV 12/12 Hs	
4	HAUSE DION 1mg + 100ml SF 0.9% EV 01/04/2019	
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NEUROLOGIA / COLÉGIO em 12/10/20 do dia _____

Solicito parecer da _____ em _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

- DATA 27/10/20
- SAÍDA 12:30
- HORAS: _____
- ☐ Centro cirúrgico
- ☐ Transferência (unidade de saúde)
- ☐ Internado (setor)
- ☒ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
- ☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

ASSIN: _____

PRÉCIO/CARIMBO

ASSIN: _____

F(NG).C

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:51:21

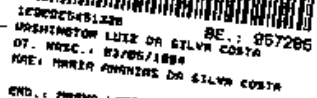
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511512112000000036107954

Número do documento: 20121511512112000000036107954

Num. 37853816 - Pág. 33



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



END.: MRS. LOPEZ
N. 103 - VARIAS
JOSE PEDRA
EDNE: ()
CELLAR: (82) 000147204
EDNE: 32
OT. ENTORRA:

BE/PRO1

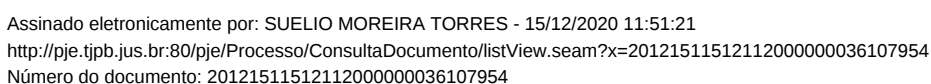
NOME DO PACIENTE

*D. Antonio Mares de la Cruz
Tramite - expediente
CMA-PR-319-ED-1213*

COMPANHIA
COMPANHIA SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

~~10 JAN. 2018~~

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



25



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HOSP JOAO PESSOA
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
Endereço: R JULIA FREIRE 492 TORRE JOAO PESSOA P8 58040040
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel.: 99937-6602
Matricula: 005L4000001007026
Solicitante: Dr(a) LUAN MARTINS DE SOU

Exame:
RX PE OU PODODACTILOS

!K4ÂZ!

4017935522

LAUDO :

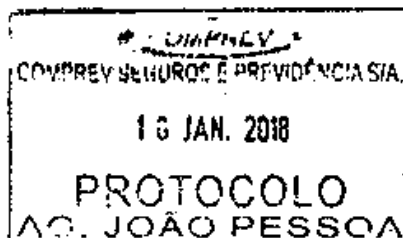
Presença de fratura em calcâneo.

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



20





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HOSP JOAO PESSOA

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

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

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA Tel.: 98937-5602

Matricula...: 005L4000001007025

Solicitante: Dr(a) ANDREA HATTORI NASR

Exame:

RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

!K)M;8

4006422421

Queixa Principal:

ANÁLISE:

Presença de esclerose em falange distal do primeiro dedo.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Demais aspectos inalterados.

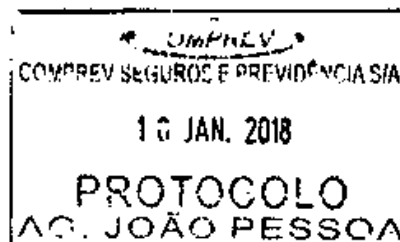
EXAME DOCUMENTADO EM CD

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

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO

CRM 4252 - RN



R7944

Impresso por: JUSBOAS

Em: 20/01/2017 16:40:09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:51:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511512112000000036107954>

Número do documento: 20121511512112000000036107954

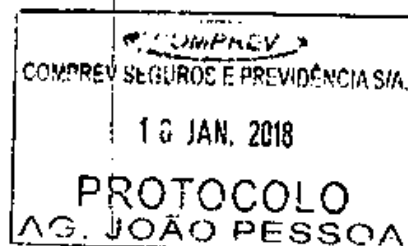
Num. 37853816 - Pág. 37

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

Conforme solicitado, segue detalhamento do protocolo

Protocolo: 36825320161125257940

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



28



COMITÊ SEGURANÇA E PREVENÇÃO SIA
13 JAN. 2020
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS.

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

Conforme solicitado, segue detalhamento do protocolo

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

Registro ANS
36.825-3

happido

29





FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
39109501



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

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				

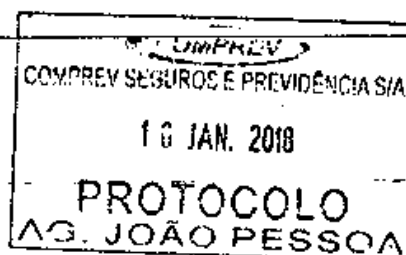
DADOS DO CONVENIO

Convenio	1822 HAPVIDA JOAO PESSOA		
	1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO		
Carteira	Validade		
005LA000001007017			

DADOS DO ATENDIMENTO

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

R4310RA - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO



30





ATESTADO MÉDICO

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

S920

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

NILVAN LINHARES

CRM 5044

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BJGQU17J9I418

Solicitação da Senha : 20/01/2017 16:26:05

Início do Atendimento : 20/01/2017 16:28:42

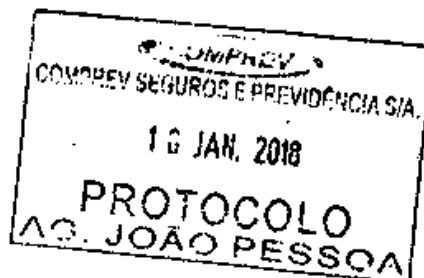
Final do Atendimento : 20/01/2017 16:32:36

R3002

NILVAN DA SILVA LINHARES

20/01/2017 16:35

162.654.102



37





ATESTADO MÉDICO

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

S934

Código da Doença

J. Person 27/10/16
Local e Data

Assinatura do Médico

[Assinatura]
JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO
CRM 4518

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : 81RWB06J9Q218

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

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

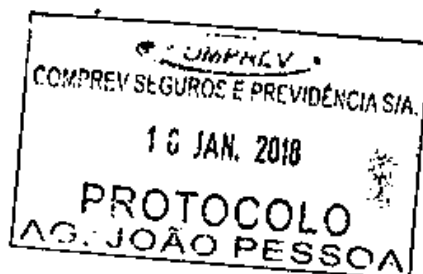
Final do Atendimento : 27/10/2016 22:17:34

R3002

JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO

27/10/2016 22:17

192.85.4.102



32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:51:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511512112000000036107954>

Número do documento: 20121511512112000000036107954

ANS - nº 36.825-3		3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 9/5/17-16-0		4 - SEMINÁRIO		5 - DATA VIGÊNCIA DA CDM 9/5/01-17		6 - DATA DE EMISSÃO DA CDM	
DADOS DO BENEFICIÁRIO									
7 - NÚMERO DA CARTERA 0052400001004044					8 - PLANO				
10 - NOME Washington Luiz da Silva Costa					11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE				
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE									
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CFE			13 - NOME DO CONTRATADO			14 - CÓDIGO CDES			
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Andrea Mattori Nascala			16 - CATEG. PROFISSIONAL CRM		17 - Nº DO CONSELHO 10582		18 - UF PB		19 - CÓDIGO CDES
DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO									
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CFE			21 - NOME DO PRESTADOR			22 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		23 - QTD. DIÁRIOS SOLICITADOS 01	
24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO E - Eletivo U - Urgência/Emergência		25 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Observação 4 - Profilaxia 5 - Palestras		26 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		27 - QTD. DIÁRIOS SOLICITADOS			
28 - INDICAÇÃO CLÍNICA Lesão ligamento colateral ulnar polgar (E)									
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS									
29 - TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica		30 - TEMPO DA DOENÇA 2, 4, D - Anos M - Meses D - Dias		31 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0 - Admite-se doença relacionada ao trabalho 1 - Rébete 2 - Outros					
32 - CID 10 (A)		33 - CID 10 (B)		34 - CID 10 (C)		35 - CID 10 (D)			
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS									
36 - DATA		37 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		38 - DESCRIÇÃO				39 - QTD. SOLIC.	
1		30736056		Reconstrução funcionalmente ligamento				01	
2		30726182		Lesão ligamentares aguda - H8 ungue				01	
DADOS DA AUTORIZAÇÃO									
40 - DATA PROPOSTA ADMISSÃO NOSE		41 - QTD. DIÁRIOS AUTORIZADOS		42 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA		43 - CATEG. OPERADORA (CNPJ)		44 - QTD. DIÁRIOS SOLICITADOS	
45 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO		46 - ENDEREÇO		47 - CIDADE		48 - ESTADO		49 - CEP	
50 - OBSERVAÇÃO									
51 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE 25/11/2016 Dra. Andrea R. Nascala									
52 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL									
53 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO 10 JAN. 2018									
54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO PROTOCOLADO AS JOÃO PESSOA									



FAMVIA RESCINDIDA NETA LIDA

Solicitação de OPMEs

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

PACIENTE

Nome do Paciente: WASHINGTON LUE DA SILVA COSTA
Codigo Paciente: 002.400001007
Plano: Individual () Empresa (X) Qual Empresa: 78PMARC INFORMATICA LIDA - 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 LRA MENDES Telefone: 833251347

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

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

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt. Autorizacao	Dt. Parecer Auditor	Dt. Parecer Especialista	Dt. Liberacao CNHAP	Dt. Internacao
07/12/2016	07/12/2016	23/12/2016	23/12/2016	24/12/2016
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador CNHAP	
DENISEBN	MANUE	JMARCEL2	IVATELE	
Dt. Informacao Paciente			qdt Dias	Situacao
24/12/2016			17	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO

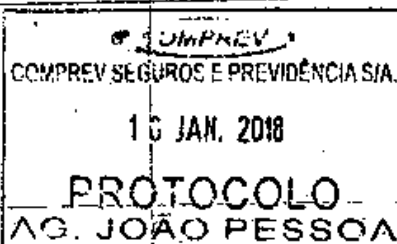
USUARIO COM COBERTURA OPMEs

Codigo	Descricao	Tip. Fornecedor	Qtd	VL DOUVL Fornec	VL CNHAP	Tx Coautoriz	Tip. Lib
99870356	ANCORA MONTADA	ME FORNECEDOR	1		700.00	35.00	SM NR
99870372	KIT ARTROSCOPIA C. LIGAMENTO	ME PRESTADOR		1.500.00			NAO
99902006	MINIANCORA	ME PRESTADOR					NAO

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

R_OPMEs 57636001



131903

36





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		Clínica	
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		5-ORTOPEDICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
29448727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		8 DAYCLINIC INTERNACAO	
Avaliação médica			

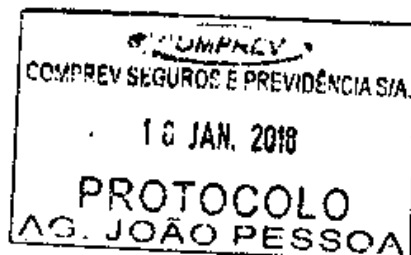
DADOS DO CONVENIO

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, RETENCONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTOS
1570719	30726182	C24054679	LESDOS LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO



R4310R1 - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO

34- 112886

35





CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: Washington Luiz do Socorro Costa Idade: _____
Prontuário: _____ Data de admissão: 14 / 12 / 16
Médico: Dr. Andrua
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)

Sector: _____

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 UTL.	☐	☐	☐	Termo de consentimento concedido - anestesia.	☐	☐	☐
Exames laboratoriais.	☐	☐	☐	Confirmação de reserva de sangue.	☐	☐	☐
Tricotomia até 2h antes.	☐	☐	☐	ASSINATURA: _____			

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

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

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

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Membros da equipe cirúrgica	☒	☐	☐
Cirurgião, anestesiologista e enfermeiro verbalmente confirmam:			
Lateralidade do procedimento.	☒	☐	☐
Paciente certo.	☒	☐	☐
Sítio cirúrgico identificado.	☒	☐	☐

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN. 2016
PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

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

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

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

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

FORM 013 ASS ENF MÉDICA CHECK LISTE DE CIRURGIA SEGURA REV 03



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

Nome: Wellington Silva de S. Costa Registro: 34962219 CONVÊNIO: Hapvida
 Tipo de Cirurgia: Artroscopia de joelho CIRURGIÃO: Dr. Anderson
 1º Auxiliar: Dr. Felipe Anestesiista: Dr. João Tipo de Anestesia: Sedação
 Instrumentador(a): _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.	Materiais	Cód.	Q.	Materiais (Fios)	Cód.	Q.
Adrenalina (amp)	32721		Nitroglicerina (amp)	146772		Compressa cirúrgica	26182		Fio de Algodão Agulhado 2-0	118367	
Agua Destilada (amp) 10ML	34290		Oxetacina 500 (Quesina)	121737		Compressa de gaze	121905		Fio de Algodão Agulhado 3-0	118338	
Agua Destilada 1000ml	34282		Pancuronio 2mg	42315		Conexão de 2 vias	91200		Fio de Algodão Agulhado 4-0	118066	
Atropina (amp)	35181		Plavix (amp)	49581		Dreno de Fournier	26905		Fio de Algodão S/Agulhado 0	25909	
Azul de Metileno	31783		Profenid	59609		Eletrodo Descartável	27910		Fio de Algodão S/Agulhado 1-0	25917	
Buscopan Completo (amp)	30064		Propofol (amp)	48942		Equipos Microscópios	27081		Fio de Algodão S/Agulhado 3-0	25925	
Buscopan simples (amp)	36161		Propofol (amp)	43060		Equipos Microscópios	27085		Fio Cirúrgico Cromado 2-0	25992	
Benzetacil 1200 UI	30482		Quelidex	41150		Esparadrapo	30997		Fio Cirúrgico Cromado 3-0	26000	
Bupivacaína Isobárica (Nove.)	48186		Ranitidina/Amak 25 mg (amp)	39144		Faixa de Smerch de 10cm	25534		Fio Cirúrgico Cromado 4-0	26026	
Bupivacaína Pesada (Nove.)	48194		Sevoflurano/Sevoflurano 250ml	72893		Faixa de Smerch de 15cm	25763		Fio Cirúrgico Cromado 5-0	26018	
Ceftriaxona 1G (Keflin)	42099		Soro Ringer Glucosado 500 ml	43290		Fio p/ Glucemia	134134		Fio Cirúrgico Simples 2-0	33344	
Ceftriaxona 1G (Kefzol)	42093		Soro Ringer 300ml	118240		Ouro Descartável	50857		Fio Cirúrgico Simples 3-0	25930	
Ceftriaxona 1G (Rocefin)	43400		Soro fisiológico 1000 ml	43788		Lamina de Bisturi Nº 11	26972		Fio Cirúrgico Simples 4-0	25968	
Completo B (amp)	38490		Soro fisiológico 500 ml	43800		Lamina de Bisturi Nº 15	50954		Fio Cirúrgico Simples 5-0	25976	
Dexametona (amp) 4MG	30811		Soro fisiológico 250ml	43796		Lamina de Bisturi Nº 23	140629		Fio Ethibond 0	73760	
Dexametona (amp)	38075		Soro glicosado 250 ml	48860		Lamina de Bisturi Nº 24	118970		Fio Ethibond 2-0	85065	
Dexametona (amp)	118477		Soro glicosado 500 ml	48844		Lancetas p/ Glucemia	54640		Fio Ethibond 3-0	85073	
Dipirona (amp)	38008		Taxil/Tenoxicam 40mg (amp)	119785		Latex	105112		Fio Kirschner	21879	
Dobutrina (amp)	39985		Tiartil/Tiartolam 20mg (amp)	44415		Lava de Procedimento	139206		Fio Monocryl Nº 0	31968	
Dormonid 5mg (amp)	40045		Tramal (amp) 100mg	39546		Lava Esteril Nº 2,0	30651		Fio Monocryl Nº 2	31975	
Dormonid 15mg (amp)	40071		Tramal (amp) 50mg	39765		Lava Esteril Nº 7,5	30650		Fio Monocryl Nº 3	31984	
Dramin B6 (amp) IM 2ml	40088		Ukiva 2mg	118970		Lava Esteril Nº 8,0	30678		Fio Monocryl Nº 4	31992	
Dramin B6 DL 10ml	126122		Vitamina C	45110		Lava Esteril Nº 8,5	30668		Fio Monocryl Nº 5	32000	
Efedrina	119185		Vitamina K	50644		Malla Tubular 10cm	30724		Fio Monocryl Nº 6	35601	
Eforil (amp)	40142		Vitamina K	50644		Mascara Descartável	30822		Fio Monocryl Nº 1	83747	
Fenergan 10 mg (amp)	49263					Microscópio	51004		Fio Monocryl Nº 2	37460	
Fenergan 25 mg (amp)	49190					Propel Descartável	50849		Fio Monocryl Nº 4	31941	
Fentanil (amp) 2ML	139923		Abocath Jetco N 24	30228		RVPI Degermante	32379		Fio Prolene 0	32050	
Fentanil (amp) 5ML	143419		Abocath Jetco N 22	30210		RVPI Titum	32360		Fio Prolene 3-0	32069	
Furosemida 20 mg/2ml	36722		Abocath Jetco N 20	30201		Seringa Descartável 3ml	30848		Fio Prolene 5-0	146390	
Furosemida 40 mg/2ml	36730		Abocath Jetco N 18	30193		Seringa Descartável 5ml	30856		Fio Vial Nº 0	32220	
Gentamicina (amp) 80mg/2ml	37400		Abocath Jetco N 16	30180		Seringa Descartável 10ml	30864		Fio Vial Nº 1	34964	
Gentamicina (amp) 40mg/ml	75004		Agulha de Raque Nº 25	118455		Seringa Descartável 20ml	30872		Fio Vial Nº 2-0	32239	
Glucose 50% (amp)	48592		Agulha de Raque Nº 26	118456		Sonda de Aspição Nº 06	30913		Fio Vial Nº 3-0	32247	
Glucose 25% (amp)	48583		Agulha de Raque Nº 27	153325		Sonda de Aspição Nº 08	30943		Fio Vial Nº 4-0	32255	
Insulina Regular 100 mg (amp)	36790		Agulha 13x4,5	27847		Sonda de Aspição Nº 10	30953		Fio Vial Nº 5-0	32261	
Insulina NPH (frasco)	36412		Agulha 40x12	32450		Sonda de Aspição Nº 08	30945		Fio Vial Nº 6-0	32271	
Insulina	125144		Alcool 70%	31739		Sonda de Aspição Nº 10	30953		CLOREX ALCOOLICA	05005073	
Insulina Regular	41602		Alcool Iodado	31747		Sonda de Aspição Nº 12	30961		CLOREX DEGERMANTE	05005128	
Insulina NPH (frasco)	41530		Algodão	51063		Sonda de Aspição Nº 14	30970		Taxa/Equipamentos	05005004	
Levobupiv. 0,5% C/V(Norab.)	134164		Algodão ortopédico 15	120191		Sonda de Aspição Nº 16	30988		Artroscópio	05005073	
Levobupiv. 0,5% S/V(Norab.)	134165		Algodão ortopédico 20	119250		Sonda de Aspição Nº 18	30996		Bisturi Elétrico	05005122	
Lidocaína 2% C/Vaso 20ml	45233		Atadura Crepom de 10cm	27956		Sonda Foley 2V 12	31291		Bomba de Infusão	01001051	
Lidocaína 2% Geléia	45217		Atadura Crepom de 15cm	27944		Sonda Foley 2V 14	31321		REC Anestesia	05005041	
Lidocaína 2% S/Vaso 20ml	45250		Atadura gessada 10 cm	30074		Sonda Foley 2V 16	31330		Intensificador Imagem	05005128	
Lidocaína 2% SPRAY	45268		Atadura gessada 15 cm	30082		Torniquete 2V	147254		Monitor	05005004	
Midazolam 15mg/ml	40037		Atadura gessada 20 cm	30090		Torniquete 2V	147254		Oscilômetro Pulso	07007018	
Midazolam 50mg/ml	40053		Cepa VDL	37103		Torniquete 2V	147254		Oxigênio sob Máscara	07007004	
Misoprostol Comp	103950		Cateter p/ orégio	30163		Torniquete 2V	147254		Perfurador Elétrico	05005057	
Nausecton (amp) 4mg	149848		Clamp Umbilical	150392		Torniquete 2V	147254				
Nimbutol 10mg	118895		Clip p/ Colelitotomia	27030		Torniquete 2V	147254				
Nimbutol 20mg	127562		Coletor de urina fechado	50768		Torniquete 2V	147254				

Data: 14/02/2016

ENFERMEIRO(A)
Assinatura e Carimbo

CIRCUANTE
Assinatura e Carimbo

37

PORA
O ₂
N ₂ O
A _r

	CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRÁFO	OUTROS
SAT O ₂	99%	99%	99%	
ETC O ₂				
PCP				

		DRUGS
1	Fentanyl 100mcg	9
	Cetamina 20mg	10
	Meperid 500mg	11
	Cefazolin 2g	12
6	Isomexicam 10mg	13
7		14
8	Bexmetasone 10mg	15
9	Ipirona 2g	16
10		17
		18
		19
		20
		21
		22
		23
		24
		25
		26
		27
		28
		29
		30
		31
		32
		33
		34
		35
		36
		37
		38
		39
		40
		41
		42
		43
		44
		45
		46
		47
		48
		49
		50
		51
		52
		53
		54
		55
		56
		57
		58
		59
		60
		61
		62
		63
		64
		65
		66
		67
		68
		69
		70
		71
		72
		73
		74
		75
		76
		77
		78
		79
		80
		81
		82
		83
		84
		85
		86
		87
		88
		89
		90
		91
		92
		93
		94
		95
		96
		97
		98
		99
		100

Tempo	Tempo
KL	500mL
Condição final op:	Boas.

15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850

EVENTO		
A		
B		
C		
D		
E		
F		
G		
H		
I		
J		
Entubação:	Oro	Naso
Respiração:	Esponst.	Assist.
Assestador de:	Sem	Com
Posição:		Local da Função
Agulha:		Técnica
Início:		Final:
Duração:		

Ass. Anestesiista - CRM  Dr. Paulo Araújo de Araújo
Médico Anestesiologista
CRM-PB 7609 - CPF 057.325.44-75

32



BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito: _____ Atendimento: _____ Data: 14 / 12 / 16
 Nome: _____ Idade: _____ Sexo: ☒ M ☐ F
 Diagnóstico Clínico: lesão ligamentar volar do 1º dedo Diagnóstico Cirúrgico: ligamento colateral ulnar do 1º dedo

CIRURGIA PROPOSTA	PROCEDIMENTO REALIZADO
<u>lesão ligamentar e reconstrução ligamento colateral ulnar do 1º dedo</u>	<u>reparo ligamentar do LCU do 1º dedo</u>
TIPO DE ANESTESIA	MATERIAL ESPECIAL LIBERADO
<u>RAQUÍDIA</u>	

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO			
LESPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
<u>X</u>			
INÍCIO: _____ hs	TÉRMINO: _____ hs		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Posicionamento do paciente: Assupria e anisupria. Colocação de campos conforme habitual para MBE. Exatidão visual e gartamento. Ação de Wagner como ulnar. Distância por plano. Ação da abertura do osso. Identificação do LCU. Acheado: interna por local e estrutura metálica. Realizados 2 níveis intraósseos e realizado Kwikr modificado no LCU. Ligamento reconstruído com posicionamento de 45° fixado e imbricamento do fto e ligamento. Realizado sutura da placa volar e reparo capsular. Sutura da abertura do osso com um fio com abertura e com stop Lavagem com SF 0,9%. Sutura de plano. Sutura de osso. Sutura de osso com 4/0 de pseudomúsculo e abertura do osso. Radiografia controla. Tula com polegar. Paciente encaminhado a SRA em 02h10min.

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO ☒ SIM ☐ CONDOMÍNIO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Especificar: _____

10 JAN. 2018

PROTOCOLO

AO JOÃO PESSOA

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

FORM 002 ASS MÉDICA BOLETIM DE CIRURGIA REV 02



39

HOSPITAL
POOR

DIAGNÓSTICOS - Marque com um "X" nos diagnósticos presentes e sublinhe ou acrescente os fatores relacionados.

Aplicável S T Q Q S S D

[illegible]

FORM 011 ASS ENF DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REV 02



PARA VISA ASSISTENCIA MEDICA LIDA

Solicitacao de OPNES

PACIENTE - 0001 0001

DATA - 27/12/16

HORA - 10:29:21

PACIENTE

Nome do Paciente: WASHINGTON LUC DA SILVA COSTA

Codigo Paciente: 0074000001097

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

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

Prestador Solicitante: CLIN ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332568919

Medico Solicitante: LUCIANO JOSE LPA MENDES Telefone: 8332561347

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Codigo ATE/CBHEM: 30720182 Senha: C24054679 Tipo Liberacao Procedimento: NORMAL

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

Urgencia: () Retardar (X)

Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt. Autorizacao	Dt. Parecer Auditor	Dt. Parecer Especialista	Dt. Liberacao CNHAP	Dt. Internacao
07/12/2016	07/12/2016	23/12/2016	23/12/2016	24/12/2016
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador CNHAP	
DENEBEM	IMMANUS	MARCELO	THATIELE	
Dt. Informacao Paciente			Qtd Dias	Situacao
24/12/2016			17	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO

USUARIO COM COBERTURA OPNES

Codigo	Descricao	Tip. Fornecedor	Qtd	VL DOU VL Fornecedor	VL CNHAP	Tx Co-Autoriz	Tip	Lib
99670366	ANCORA MONTADA	ME FORNECEDOR	1		700,00	35,00	SM	NR
99970378	KIT ARTROSCOPIA C. LIGAMENTO	ME PRESTADOR		1,500,00			NAO	
99902505	MN HANCORA	ME PRESTADOR					NAO	

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

R_OPNES 57636001

131903

42



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:51:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511512112000000036107954

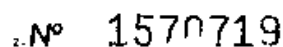
Número do documento: 20121511512112000000036107954

Num. 37853816 - Pág. 52

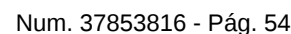
1. ANS - nº 36.825-3		2. DATA DE AUTORIZAÇÃO 95/12/16		3. SEDE		4. DATA DE EMISSÃO DA GUARDA	
5. DATA DE EMISSÃO DA GUARDA		6. DATA DE EMISSÃO DA GUARDA		7. DATA DE EMISSÃO DA GUARDA		8. DATA DE EMISSÃO DA GUARDA	
9. NOME DO BENEFICIÁRIO		10. PLANO		11. VALOR DA CARTA		12. VALOR DA CARTA	
13. NOME DO BENEFICIÁRIO		14. NOME DO BENEFICIÁRIO		15. NOME DO BENEFICIÁRIO		16. NOME DO BENEFICIÁRIO	
17. NOME DO BENEFICIÁRIO		18. NOME DO BENEFICIÁRIO		19. NOME DO BENEFICIÁRIO		20. NOME DO BENEFICIÁRIO	
21. NOME DO BENEFICIÁRIO		22. NOME DO BENEFICIÁRIO		23. NOME DO BENEFICIÁRIO		24. NOME DO BENEFICIÁRIO	
25. NOME DO BENEFICIÁRIO		26. NOME DO BENEFICIÁRIO		27. NOME DO BENEFICIÁRIO		28. NOME DO BENEFICIÁRIO	
29. NOME DO BENEFICIÁRIO		30. NOME DO BENEFICIÁRIO		31. NOME DO BENEFICIÁRIO		32. NOME DO BENEFICIÁRIO	
33. NOME DO BENEFICIÁRIO		34. NOME DO BENEFICIÁRIO		35. NOME DO BENEFICIÁRIO		36. NOME DO BENEFICIÁRIO	
37. NOME DO BENEFICIÁRIO		38. NOME DO BENEFICIÁRIO		39. NOME DO BENEFICIÁRIO		40. NOME DO BENEFICIÁRIO	
41. NOME DO BENEFICIÁRIO		42. NOME DO BENEFICIÁRIO		43. NOME DO BENEFICIÁRIO		44. NOME DO BENEFICIÁRIO	
45. NOME DO BENEFICIÁRIO		46. NOME DO BENEFICIÁRIO		47. NOME DO BENEFICIÁRIO		48. NOME DO BENEFICIÁRIO	
49. NOME DO BENEFICIÁRIO		50. NOME DO BENEFICIÁRIO		51. NOME DO BENEFICIÁRIO		52. NOME DO BENEFICIÁRIO	
53. NOME DO BENEFICIÁRIO		54. NOME DO BENEFICIÁRIO		55. NOME DO BENEFICIÁRIO		56. NOME DO BENEFICIÁRIO	
57. NOME DO BENEFICIÁRIO		58. NOME DO BENEFICIÁRIO		59. NOME DO BENEFICIÁRIO		60. NOME DO BENEFICIÁRIO	
61. NOME DO BENEFICIÁRIO		62. NOME DO BENEFICIÁRIO		63. NOME DO BENEFICIÁRIO		64. NOME DO BENEFICIÁRIO	
65. NOME DO BENEFICIÁRIO		66. NOME DO BENEFICIÁRIO		67. NOME DO BENEFICIÁRIO		68. NOME DO BENEFICIÁRIO	
69. NOME DO BENEFICIÁRIO		70. NOME DO BENEFICIÁRIO		71. NOME DO BENEFICIÁRIO		72. NOME DO BENEFICIÁRIO	
73. NOME DO BENEFICIÁRIO		74. NOME DO BENEFICIÁRIO		75. NOME DO BENEFICIÁRIO		76. NOME DO BENEFICIÁRIO	
77. NOME DO BENEFICIÁRIO		78. NOME DO BENEFICIÁRIO		79. NOME DO BENEFICIÁRIO		80. NOME DO BENEFICIÁRIO	
81. NOME DO BENEFICIÁRIO		82. NOME DO BENEFICIÁRIO		83. NOME DO BENEFICIÁRIO		84. NOME DO BENEFICIÁRIO	
85. NOME DO BENEFICIÁRIO		86. NOME DO BENEFICIÁRIO		87. NOME DO BENEFICIÁRIO		88. NOME DO BENEFICIÁRIO	
89. NOME DO BENEFICIÁRIO		90. NOME DO BENEFICIÁRIO		91. NOME DO BENEFICIÁRIO		92. NOME DO BENEFICIÁRIO	
93. NOME DO BENEFICIÁRIO		94. NOME DO BENEFICIÁRIO		95. NOME DO BENEFICIÁRIO		96. NOME DO BENEFICIÁRIO	
97. NOME DO BENEFICIÁRIO		98. NOME DO BENEFICIÁRIO		99. NOME DO BENEFICIÁRIO		100. NOME DO BENEFICIÁRIO	

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





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



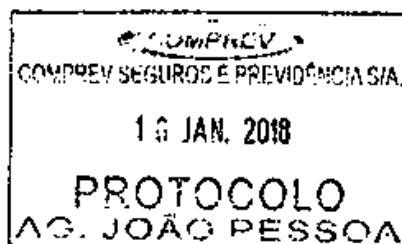
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:34

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40894365	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 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			



45



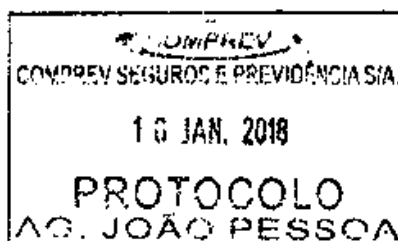
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:27

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DT. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40178353	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]



46



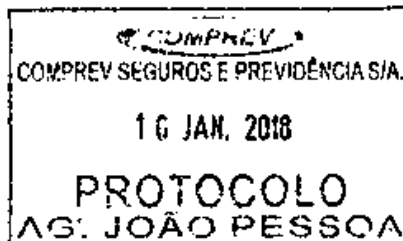
**FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:28

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40179353	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOÃO 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 REALIZANDO TRAT/H P/ FRT DO CALCANEIO DIR		[1]
CID10	S820 FRAT DO CALCANEIO		[1]
Queixas e Sinais Gerais	DOR EDEMA NO TORNUZELO DIR CONTUSÃO DO TORNUZELO DIR FRT DO CALCANEIO DIR MANTIDA RX DO TORNUZELO DIR APP RX DO CALCANEIO DIR AXP TALA BOTA BIOFLAC RETORNO MANTIDO		[1]
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S820 FRAT DO CALCANEIO		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	28/12/2016		[1]
Hora Da Alta	00:11		[1]



07





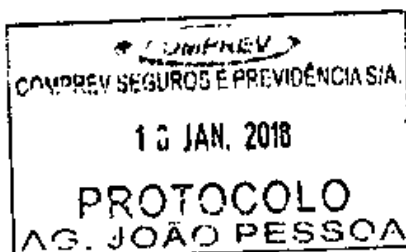
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:29

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



48



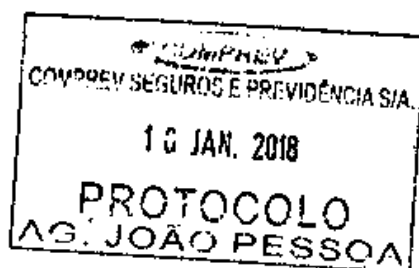
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:26

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40104417	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES CRM 7654 [1]	Nº: 08021031	22/12/2016	às 13:25
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA HA APROX 54 DIA, EM TRATAMANTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CALCANEIO. CHEGA SEM IMOBILIZAÇÃO (REFERE TIRAR A IMOBILIZAÇÃO HA 8 DIAS) [1]		
	CD SOLICITO RADIOGRAFIAS		
CID10	S820 FRAT DO CALCANEIO [1]		



49





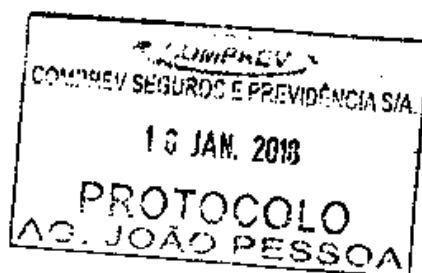
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:24

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



50





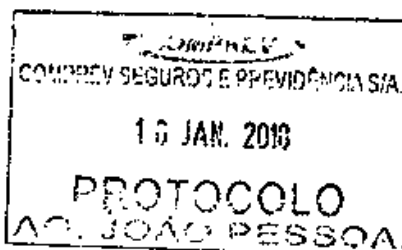
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO 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]



59





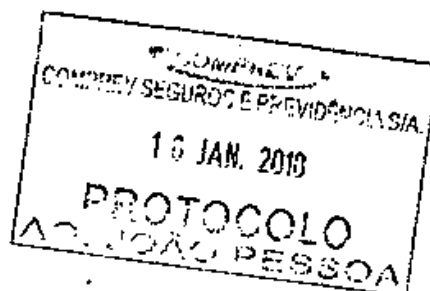
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:24

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



52



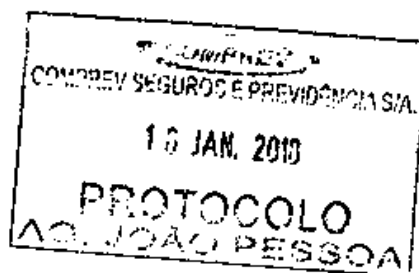
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:24

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



53



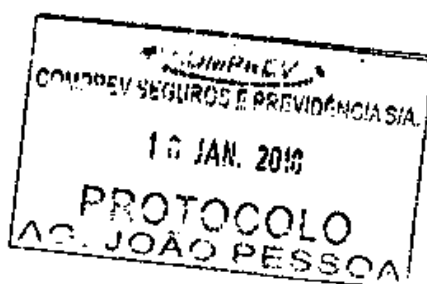
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:30

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DT. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40210836	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 Stenmer		[1]
	Cd: retro laia		
CID10	S625 FRAT DO POLEGAR		[1]
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S625 FRAT DO POLEGAR		[1]



54





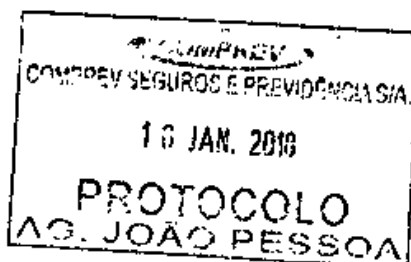
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:30

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40210838	Prontuário: 13134703
Convênio: 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 Oriente mobilização da IF polegar Retorno em 2 semanas para colocar órtese e iniciar fisioterapia Orientações gerais		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			



55





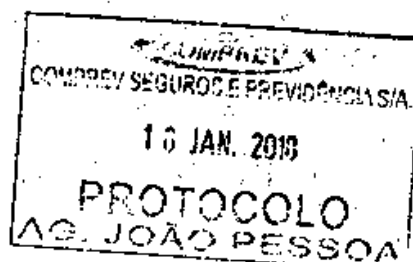
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 14:31

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Ot. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40628214	Prontuário: 13134703
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Letto: /	
Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 (1)	Nº: 08489903	20/01/2017	às 16:28
ANAMNESE			
Queixa Principal	DOR NO CALCANEIO D		(1)
CID10	S920 FRAT DO CALCANEIO		(1)
DIAGNÓSTICO			
Hipótese Diagnóstica			
CID10	S920 FRAT DO CALCANEIO		(1)



S6





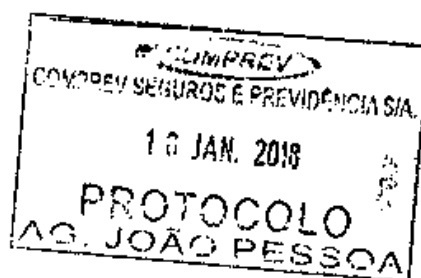
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

12/07/2017 16:49

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	S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO						[1]
CID10	S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO						[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO							
DATA/HORA DA ALTA							
Data Da Alta	27/10/2016						[1]
Hora Da Alta	22:18						[1]



57





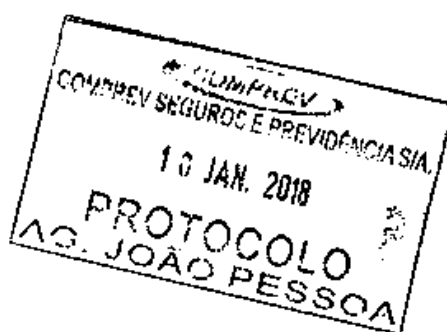
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:56

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



58





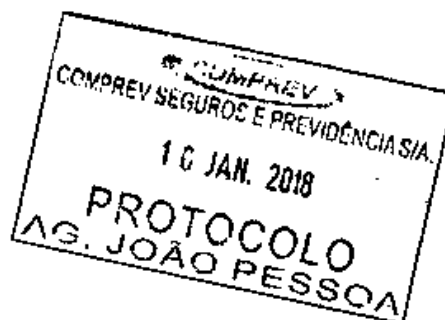
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:46

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



59



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:53

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

ANAMNESE

Queixa Principal

Paciente com diagnóstico de lesão de Steiner

(1)

EF: tato polegar
Neurovascular ok

CD: Agendado procedimento cirúrgico para 4ª feira às 13h.
Orientações gerais
Analgesia se necessário

CID10

M242 TRANST DE LIGAMENTOS

(1)

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

M242 TRANST DE LIGAMENTOS

(1)

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta

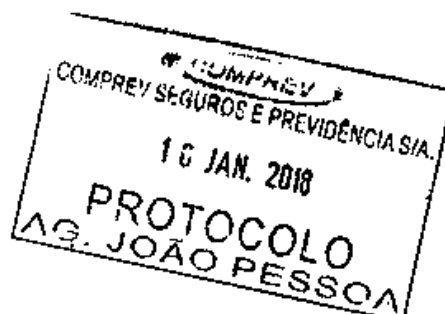
25/11/2016

(1)

Hora Da Alta

12:10

(1)



60



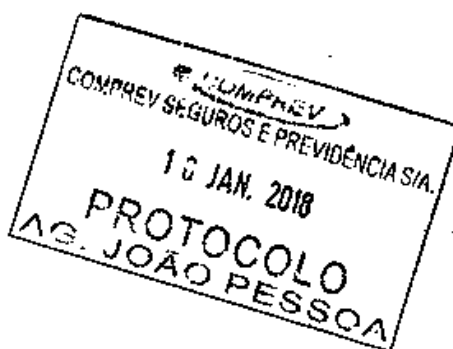
**FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**

Página 1 de 1

CLÍNICA 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 (I)			Nº:	07492691	18/11/2016	às 21:20
ANAMNESE							
Queixa Principal	PACIENTE VEIO TROCAR TALA						[1]
CID10	S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO						[1]
Complemento E Detalhes Do Diagnóstico	REFERE VAT HA 4 ANOS						[1]
DIAGNÓSTICO							
Hipótese Diagnóstica							
CID10	S60 TRAUM SUPERF DO PUNHO E DA MAO						[1]
Complemento E Detalhes Do Diagnóstico	REFERE VAT HA 4 ANOS						[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO							



67



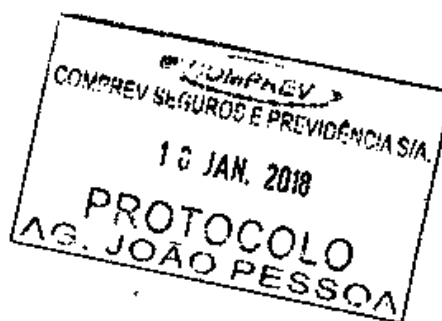
FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

13/07/2017 13:56

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



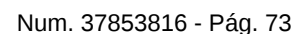
62



132.25 x 10

COMPREV
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/SAOT Nº 26112160

DADOS DO CONTRATANTE

1 - Nome do Contratante: **FLAVIO EMPRESA APARTAMENTO**

2 - Endereço do Contratante: **CLINICA DR. E. TRAUHA DE JOMO PESSOA - INQUI**

3 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

4 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

5 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

6 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

7 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

8 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

9 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

10 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

11 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

12 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

13 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

14 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

15 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

16 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

17 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

18 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

19 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

20 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

21 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

22 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

23 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

24 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

25 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

26 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

27 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

28 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

29 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

30 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

31 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

32 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

33 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

34 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

35 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

36 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

37 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

38 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

39 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

40 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

41 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

42 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

43 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

44 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

45 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

46 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

47 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

48 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

49 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

50 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

51 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

52 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

53 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

54 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

55 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

56 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

57 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

58 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

59 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

60 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

61 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

62 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

63 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

64 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

65 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

66 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

67 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

68 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

69 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

70 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

71 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

72 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

73 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

74 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

75 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

76 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

77 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

78 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

79 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

80 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

81 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

82 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

83 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

84 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

85 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

86 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

87 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

88 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

89 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

90 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

91 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

92 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

93 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

94 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

95 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

96 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

97 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

98 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

99 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

100 - Nome do Contratado: **LIAN MARTINS DE SOUSA**

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

64



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

26023861

1 - UF Data Principal 28023561	2 - Data de Nascimento 01/01/1972	3 - Data de Nascimento do Pai	4 - Data de Nascimento da Mãe	5 - Data de Nascimento do Filho	6 - Data de Nascimento do Filho
7 - Nome do Contratado PLANO EMPRESA APARTAMENTO	8 - Nome do Contratado WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	9 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	10 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	11 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	12 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
13 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	14 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	15 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	16 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	17 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	18 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
19 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	20 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	21 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	22 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	23 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	24 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
25 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	26 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	27 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	28 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	29 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	30 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
31 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	32 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	33 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	34 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	35 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	36 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
37 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	38 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	39 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	40 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	41 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	42 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
43 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	44 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	45 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	46 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	47 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	48 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
49 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	50 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	51 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	52 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	53 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	54 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
55 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	56 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	57 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	58 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	59 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	60 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
61 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	62 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	63 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	64 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	65 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	66 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
67 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	68 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	69 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	70 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	71 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	72 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
73 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	74 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	75 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	76 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	77 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	78 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
79 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	80 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	81 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	82 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	83 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	84 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
85 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	86 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	87 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	88 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	89 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	90 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
91 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	92 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	93 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	94 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	95 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	96 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA
97 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	98 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	99 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	100 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	101 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA	102 - Nome do Contratado ANDREA HATTORI NASRALA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN. 2018
PROTOCOLO
AS. JOAO PESSOA

65



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

1 - Registro Profissional (RNS nº) 2 - Nº Data Profissional 3 - Data de Inscrição 4 - Data 5 - Data de Validade da Carteira 6 - Data de Emissão da Guia

7 - Município de Origem 8 - Plano 9 - Nome do Contratado 10 - Nome do Contratado 11 - Nome do Contratado 12 - Nome do Contratado

13 - Nome do Contratado 14 - Nome do Contratado 15 - Nome do Contratado 16 - Nome do Contratado 17 - Nome do Contratado 18 - Nome do Contratado 19 - Nome do Contratado 20 - Nome do Contratado

21 - Nome do Contratado 22 - Nome do Contratado 23 - Nome do Contratado 24 - Nome do Contratado 25 - Nome do Contratado 26 - Nome do Contratado 27 - Nome do Contratado 28 - Nome do Contratado 29 - Nome do Contratado 30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado 32 - Nome do Contratado 33 - Nome do Contratado 34 - Nome do Contratado 35 - Nome do Contratado 36 - Nome do Contratado 37 - Nome do Contratado 38 - Nome do Contratado 39 - Nome do Contratado 40 - Nome do Contratado

41 - Nome do Contratado 42 - Nome do Contratado 43 - Nome do Contratado 44 - Nome do Contratado 45 - Nome do Contratado 46 - Nome do Contratado 47 - Nome do Contratado 48 - Nome do Contratado 49 - Nome do Contratado 50 - Nome do Contratado

51 - Nome do Contratado 52 - Nome do Contratado 53 - Nome do Contratado 54 - Nome do Contratado 55 - Nome do Contratado 56 - Nome do Contratado 57 - Nome do Contratado 58 - Nome do Contratado 59 - Nome do Contratado 60 - Nome do Contratado

61 - Nome do Contratado 62 - Nome do Contratado 63 - Nome do Contratado 64 - Nome do Contratado 65 - Nome do Contratado 66 - Nome do Contratado 67 - Nome do Contratado 68 - Nome do Contratado 69 - Nome do Contratado 70 - Nome do Contratado

71 - Nome do Contratado 72 - Nome do Contratado 73 - Nome do Contratado 74 - Nome do Contratado 75 - Nome do Contratado 76 - Nome do Contratado 77 - Nome do Contratado 78 - Nome do Contratado 79 - Nome do Contratado 80 - Nome do Contratado

81 - Nome do Contratado 82 - Nome do Contratado 83 - Nome do Contratado 84 - Nome do Contratado 85 - Nome do Contratado 86 - Nome do Contratado 87 - Nome do Contratado 88 - Nome do Contratado 89 - Nome do Contratado 90 - Nome do Contratado

91 - Nome do Contratado 92 - Nome do Contratado 93 - Nome do Contratado 94 - Nome do Contratado 95 - Nome do Contratado 96 - Nome do Contratado 97 - Nome do Contratado 98 - Nome do Contratado 99 - Nome do Contratado 100 - Nome do Contratado

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

68



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

1 - Nome do Paciente: **JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO** 2 - Data de Nascimento: **25/08/1978** 3 - Sexo: **M** 4 - Data de Emissão do Documento: **13/07/2017**

5 - Número do Contrato: **00540000103005** 6 - Plano: **PLANO EMPRESA APARTAMENTO** 7 - Validade do Contrato: **10** 8 - Nome do Contratado: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA** 9 - Número do Contrato Nacional de Saúde: **12**

10 - Nome do Contratado: **JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO** 11 - Endereço: **CUNIA ORIO E TRAMA DE JOAO PESSOA - HQM** 12 - Código UBS: **7306802**

13 - Data de Solicitação: **13/07/2017** 14 - Data de Atendimento: **13/07/2017** 15 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

16 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 17 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 18 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

19 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 20 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 21 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

22 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 23 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 24 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

25 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 26 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 27 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

28 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 29 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 30 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

31 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 32 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 33 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

34 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 35 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 36 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

37 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 38 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 39 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

40 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 41 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 42 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

43 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 44 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 45 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

46 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 47 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 48 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

49 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 50 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 51 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

52 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 53 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 54 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

55 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 56 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 57 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

58 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 59 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 60 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

61 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 62 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 63 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

64 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 65 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 66 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

67 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 68 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 69 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

70 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 71 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 72 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

73 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 74 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 75 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

76 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 77 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 78 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

79 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 80 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 81 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

82 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 83 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 84 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

85 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 86 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 87 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

88 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 89 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 90 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

91 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 92 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 93 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

94 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 95 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 96 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

97 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 98 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017** 99 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

100 - Data de Entrega do Documento: **13/07/2017**

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

69

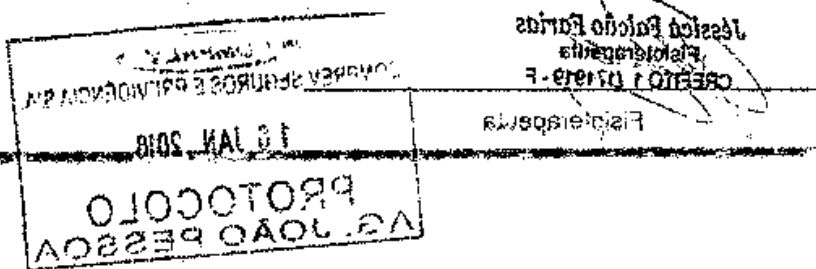




João Pessoa, 30 Janeiro de 2017.

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

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



e-mail: gfranc@guir.com
Fone: (031) 3051-3060 + 3051-3060 / 8036-8838 - 8707-5333
Av. Correias, 394, Centro, João Pessoa - PB - CEP 58.013-130

1. 250508

53

70

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

História

1. Nº Guia Principal
25807718

2. Data de Autocópia
14.11.16

3. Nome
WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

4. Data de Validade do Guia
13.01.17

5. Data de Emissão do Guia

6. Nome do Profissional
ANDREA HATT

7. Nome do Contratado

8. Nome do Contratado

9. Nome do Contratado

10. Nome do Contratado

11. Nome do Contratado

12. Nome do Contratado

13. Nome do Contratado

14. Nome do Contratado

15. Nome do Contratado

16. Nome do Contratado

17. Nome do Contratado

18. Nome do Contratado

19. Nome do Contratado

20. Nome do Contratado

21. Nome do Contratado

22. Nome do Contratado

23. Nome do Contratado

24. Nome do Contratado

25. Nome do Contratado

26. Nome do Contratado

Form containing various fields for patient information, examination details, and professional data. Includes sections for 'EXAMES REALIZADOS' and 'EXAMES PENDENTES'.

PROTOCOLO
AS. JOAO PESSOA



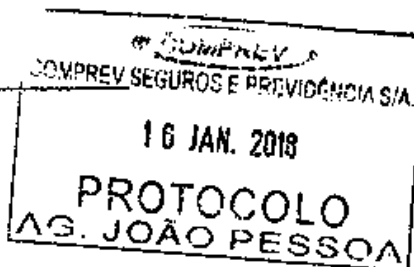
João Pessoa, 20 janeiro de 2017.

LAUDO FISIOTERAPEUTICO

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

Jéssica Falcão Farias
Fisioterapeuta
CREBIO 1 / 174819 - F

Fisioterapeuta



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



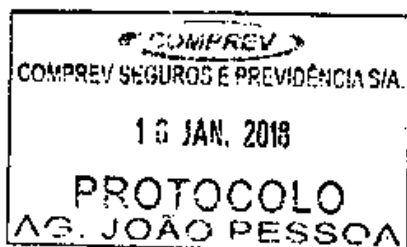
X

PREScrição Médica

Página 1 de 1

Emissão: 13/07/2017 14:27:12

Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	DL Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 40064224	Prontuário: 13134703
Convênio: 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	24/24h		
10. Alta em: 20/12/2016 a partir de 12:39	ALTA AMBULATORIAL NORMAL		
Alta dada por: ANDREA HAITORI NASRAIA			



72

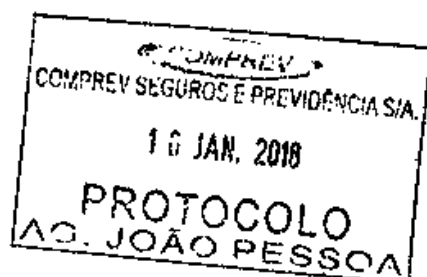


x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 15/07/2017 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:	118224/1	Peso:	kg		
1. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR			24/24h				
9. Alta em: 28/12/2016 a partir de 00:11	ALTA AMBULATORIAL NORMAL						
Alta dada por:	SANTINO DA ROCHA ARNAUD NETO						



23



X:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Paciente:	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc:	03/05/1984	Atendimento:	4069079	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			24/24h				
7. Alta em: 24/01/2017 a partir 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

76

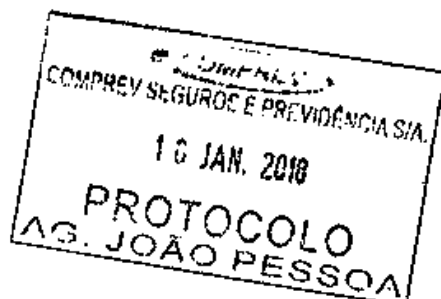


x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

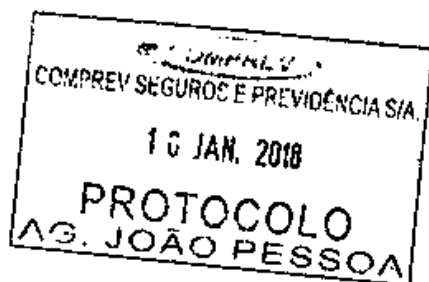
Paciente: WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Dt. Nasc.: 03/05/1984	Atendimento: 39622104	Prontuário: 13134703
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 11299980	25/11/2016 às 12:09	
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/14	Peso: kg	
1. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h	
2. CALHA OU TALA MEMBRO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



PREScrição Médica

Emissão: 13/07/2017 13:48:05
Página 1 de 1

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



76



x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 12/07/2017 16:51:42

Paciente:	WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA	Di. Nasc.:	03/05/1984	Atendimento:	39109501	Promatário:	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		24/24h				
7	Alta em: 27/10/2016 a partir de 22:18 ALTA AMBULATORIAL NORMAL						
	Alta dada por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO						

77



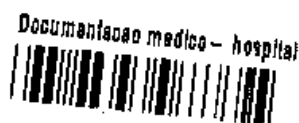
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:51:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511512112000000036107954>

Número do documento: 20121511512112000000036107954



LAUDO MÉDICO



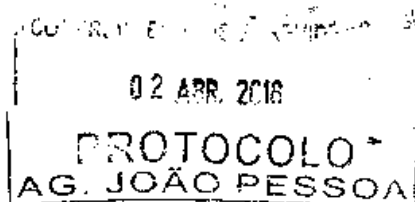
Declaro, para fins DPVAT, que o paciente Washington Luiz da Silva Costa apresentou lesão de Stenner do polegar esquerdo após acidente de moto e foi submetido à tratamento cirúrgico no dia 14/12/16 para reconstrução do ligamento colateral ulnar do polegar. Está de alta e exercendo funções laborais.

CID: S63

João Pessoa, 22 de março de 2018

Dr. Anderson H. Marcela
Osteopata e Fisioterapeuta
CRM 10.123/16

Carimbo e Assinatura do Médico



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



Documentos de identificação

IDENTIFICAÇÃO

WASHINGTON LUIZ DA SILVA COSTA

CPF 2557340 **CPF** 060.015.444-00 **DATA NASCIMENTO** 03/03/1984

TRABALHO LUIZ GONZAGA DA COSTA

MARIA ANANIAS DA SILVA COSTA

PERMISSÃO **ACC** **CAIXA**

Nº IDENTIFICAD 04644016479 **VALIDADEZ** 10/02/2019 **1ª EMISSÃO** 16/12/2009

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

PROTEÇÃO PLÁSTICA

JOÃO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO** 13/05/2015

55666181111
P8030674441

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

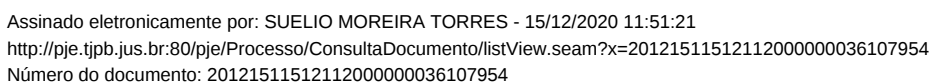
26



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

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

79



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/04/2018

Conduta mantida:

Observações: TORNOZELO DIREITO SEM SEQUELAS.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

