

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE:** Luiz Teodoro Nazareno Ferreira dos Santos, Portador do RG: 35.441.988-4 e CPF: 690.090.304-25, residente no endereço: Rua Juscelino José Dimiz, 132, Portal Tiliu, Santa Rita, PB. CEP: 58300-000.

**OUTORGADO:** **PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/PB sob nº 27.856, cujo endereço eletrônico para qualquer comunicação é paulorolimm1@outlook.com e com endereço profissional situado à Rua Professor Manoel Coutinho, nº 391, Bairro dos Estados, João Pessoa/PB, CEP 58015-590.

**PODERES:** o outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador amplos poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do NCPC, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais, autarquias e especialmente perante requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio **Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito do cliente acima mencionado, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Desta forma tratando de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer indenizações, desistência, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer juízo, Instância ou tribunal, propor ação revisional e/ou inicial, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar aos valores excedentes a 60 salários mínimos em razão do procedimento especial (art. da lei 10.259/2010), transigir, firmar compromissos e acordos, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem. Bem como, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, bem como outras indenizações que se fizerem pertinentes**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

**DECLARAÇÃO:** O(a) (s) outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060/50 e art. 98 do NCPC.

João Pessoa, 10 de Agosto de 2020.

Luiz Teodoro Nazareno Ferreira dos Santos  
Outorgante



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

35.711.281-7 25/FEV/2013

JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS

E IVONETE FERREIRA DOS SANTOS

POMBAL - PB

SANTA RITA PB

SANTA RITA

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

690040304/25 PIS 18087453234

188 Delgado Divisório

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

8400-4

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

JOES NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 357112817 SSP SP

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

Função: JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS IVONETE FERREIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACC CATAR: AB

Nº REGISTRO: 00660863022 VALIDADE: 09/09/2024 1ª HABILITAÇÃO: 07/10/1992

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1838629816

PROIBIDO PLASTIFICAR 1838629816

OBSERVAÇÃO: A

Assinatura do Portador: Jesus Nazareno F Santos

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

Assinatura do Emissor: 47522687125 PB039635163

PARAÍBA

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 690.040.304-25

Nome JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento 05/06/1969

CAIXA

POUPANÇA

6277 8014 9477 6242

1033 013 00061284-1 11/20

JESUS NAZARENO F SANT

elo



JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS  
RUA JUVINO JOSE LINO, 132 - PORTAL TIBIRI  
SANTARITA / PB CEP: 58300000 (AQ-1)

CPF/CNPJ/RAE: 690.040.804-25

Grupo: CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 18-9-341-3520 Nº Medidor: 00009743639



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1756452-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017564527



VALOR DA FATURA

R\$ 149,66



VENCIMENTO

05/06/2020



REFERÊNCIA

Mai / 2020



CONSUMO

165kWh

5,50 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

#### SITUAÇÃO DE DÉBITOS

**Sujeito a corte!**

Prazo de vencimento:  
Seu fornecimento poderá ser suspenso  
a partir de 13/06/20.  
Regularize seus débitos.

FATURAS EM ATRASO

Abr/20 R\$ 174,52

#### DESCRIPTIVO

| CC1  | Descrição                       | Quant. | Tarifa/<br>Tributos | Valor Base Calc.<br>Total (R\$) | Alq.<br>(R\$) | U.M.S. Base Calc.<br>(R\$) | U.M.S. Base Calc.<br>(R\$) | PG(R\$) Outros(R\$) | PG(R\$) Outros(R\$) |      |
|------|---------------------------------|--------|---------------------|---------------------------------|---------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|------|
| 0601 | Consumo em kWh                  | 165    | 0,34800             | 134,47                          | 134,47        | 22                         | 36,30                      | 134,47              | 1,45                | 6,71 |
| 0607 | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS          |        |                     |                                 |               |                            |                            |                     |                     |      |
| 0607 | CONTRIBUIÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO |        |                     | 10,48                           | 0,00          | 0                          | 0,00                       | 0,00                | 0,00                | 0,00 |
| 0604 | JUROS DE MOROSIDADE             |        |                     | 1,12                            | 0,00          | 0                          | 0,00                       | 0,00                | 0,00                | 0,00 |
| 0605 | MULTA(S) (C/D)                  |        |                     | 2,04                            | 0,00          | 0                          | 0,00                       | 0,00                | 0,00                | 0,00 |
| 0605 | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (C/D)     |        |                     | 0,28                            | 0,00          | 0                          | 0,00                       | 0,00                | 0,00                | 0,00 |

CC1: Código de Classificação do Item TOTAL: 149,66 134,47 36,30 134,47 1,45 6,71  
Tarifa e Tributos: 0,34800

#### RESERVADO AO FISCO

c388.d1df.4300.33ec.fc27.2fc0.05c2.d8b0

| HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh) |               |          |       | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO                    |             |       |  |
|----------------------------|---------------|----------|-------|------------------------------------------|-------------|-------|--|
| Período                    | Consumo (kWh) | Anterior | Atual | Descrição                                | Valor (R\$) | %     |  |
| Mai/19                     | 129           |          |       | Serviço de Distribuição Energética (SDE) | 55,16       | 27,83 |  |
| Jun/19                     | 172           |          |       | Compra de Energia                        | 44,06       | 29,45 |  |
| Jul/19                     | 119           |          |       | Serviço de Transmissão                   | 5,06        | 3,51  |  |
| Ago/19                     | 151           |          |       | Encargos Setoriais                       | 5,32        | 3,55  |  |
| Sep/19                     | 124           |          |       | Impostos (Tributos e Encargos)           | 59,65       | 39,88 |  |
| Out/19                     | 150           |          |       | Outros Serviços                          | 0,00        | 0,00  |  |
| Nov/19                     | 140           |          |       |                                          |             |       |  |
| Dez/19                     | 151           |          |       |                                          |             |       |  |
| Jan/20                     | 155           |          |       |                                          |             |       |  |
| Fev/20                     | 157           |          |       |                                          |             |       |  |
| Mar/20                     | 167           |          |       |                                          |             |       |  |
| Abr/20                     | 196           |          |       |                                          |             |       |  |
| Mai/20                     | 161           |          |       |                                          |             |       |  |

#### PROXIMA LEITURA

29/06/2020

#### INDICADORES DE QUALIDADE

| MÉTA                                                      | MENSAL | APURADO | TRIMESTRAL | ANUAL | LIMITE DE TENSÃO (V) |
|-----------------------------------------------------------|--------|---------|------------|-------|----------------------|
| Horas que o cliente ficou sem energia - DIC               | 5,31   | 1,07    | 10,82      | 21,25 | NOMINAL 220          |
| Vezeiras que o cliente ficou sem energia - FIC            | 3,30   | 1,00    | 6,60       | 13,20 | CONTRATADA           |
| Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC | 3,03   |         |            |       | LIMITE INFERIOR 202  |
|                                                           | 12,22  |         |            |       | LIMITE SUPERIOR 231  |



Assinado eletronicamente por: PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM - 08/09/2020 18:00:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090818002051300000032592653

Número do documento: 20090818002051300000032592653

**ESPECIALIDADES**

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

*Jesus Nazareno Ferreira dos Santos*  
*21/06*

*Paciente OUTRA DAS*  
*USU: T93.2 NO TUM.*  
*DELO ESQUERDO, COM DO*  
*DECLUSÃO ALGUA E WIMA,*  
*SUA E EDEMA DE ESTAB.*  
*DE FINAL DE DIA, CLAUDICA-*  
*ÇÃO INTERMITENTE, OUTRA*  
*NA INTOXICACÃO, INTER-*  
*FERINDO DIRETAMENTE EM*  
*SUA USUALIDADE.*

*DR. DJALMA BENTO JUNIOR*  
*CRM - 3874*  
*TRAUMATOLOGIA E MEDICO DO TRABALHO*

*24*  
*07*  
*20*

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

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

LAVDO MÉDICO

Atesto para os devidos  
fins que o paciente,  
JESUS NAZARENO FERREIRA  
dos Santos vítima de  
Acidente noturna  
há QUARENTA E  
SETE dias teve uma  
fratura do pé direito:  
(S 92-3), que ficou  
com dor residual  
e limitação dos  
movimentos de flexão-  
extensão do tornozelo

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

**ESQUELHOS DE VINTE GATOS,**  
30/08/15

Jr. Nilvan da Silva Linhares  
CRM: 5044 - 033.000.005.044-4  
Ortopedia e Traumatologia

 hapvida.saude  @hapvidasaude

[www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br)





FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
60550930

!\_Z,A"

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

29/06/2020 14:29:30

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:33

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

### SINAIS E SINTOMAS

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

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

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

### AVALIAÇÃO DE RISCO

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



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:35

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

### ANAMNESE

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

### EXAME FÍSICO

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

### DIAGNÓSTICO

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

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 14:36

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS Dt. Nasc.: 05/06/1969 Atendimento: 60692029 Prontuário: 16019781  
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 118224/14  
Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1] Nº: 41621097 19/07/2019 às 13:18

### ANAMNESE

|                                   |                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | DOR NO TORNOZELO E HA 06 DIAS APOS ACIDENTE DE MOTO QUE ESTA COM DOR E EDMA DO TORNOZELO E SOLICITO RX DO TORNOZELO E | [1] |
| Queixa Principal                  |                                                                                                                       |     |
| Diagnóstico Inicial               | 43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA                                                                                             | [1] |
| CID10                             | S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE                                                       | [1] |
| Alergias                          | Não                                                                                                                   | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                                                                                                                   | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                                                                                                                   | [1] |

### DIAGNÓSTICO

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

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





## 41263517

[illegible]



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

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro Ans<br>ANS nº 0                                                                                                                                                                                                     | 3 - Nº Guia Principal<br>41263513                                                                       | Prioridade<br>Prioridade Alta                         | 4 - Nº Guia da Operadora                                                                               | 5 - Data da Autorização                                      | 6 - Senha                         | 7 - Data de Validade da Senha  | 8 - Data de Emissão da Guia |
| <b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 9 - Número da Carteira<br>57109000249034019                                                                                                                                                                                      | 10 - Plano<br>PLANO EMPRESA APARTAMENTO                                                                 | 11 - Validade da Carteira                             | 12 - Nome<br>JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS                                                        | 13 - Número do Cartão Nacional de Saúde                      |                                   |                                |                             |
| <b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF<br>12361267008844                                                                                                                                                                              | 15 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP                                                  |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 17 - Nome do Profissional Solicitante<br>NILVAN LINHARES                                                                                                                                                                         | 18 - Conselho Profissional<br>CRM                                                                       | 19 - Número no Conselho<br>5044                       | 20 - UF<br>PB                                                                                          | 21 - Código CBO S                                            | 16 - Código CNES<br>2399989       |                                |                             |
| <b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 22 - Data/Hora da Solicitação<br>U E - Eletiva U - Urgência/Emergência                                                                                                                                                           | 23 - Caracter da Solicitação<br>U E - Eletiva U - Urgência/Emergência                                   | 24 - CID 10<br>S903                                   | 25 - Indicação Clínica                                                                                 |                                                              |                                   |                                |                             |
| 26 - Tabela<br>1 02                                                                                                                                                                                                              | 27 - Código do Procedimento<br>00010071                                                                 | 28 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO          | 29 - Qtd Solic.<br>1                                                                                   | 30 - Qtd Autor.                                              |                                   |                                |                             |
| <b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF<br>12361267008844                                                                                                                                                                              | 32 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP                                                  | 33 - T. Log.                                          | 34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento                                                           | 37 - Município                                               | 38 - UF<br>PB                     | 39 - Cód. IBGE                 | 40 - CEP                    |
| 41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar<br>69240574468                                                                                                                                                           | 42 - Nome do Profissional Executante/Complementar<br>NILVAN LINHARES                                    | 43 - Conselho Profissional<br>CRM                     | 44 - Número no Conselho<br>5044                                                                        | 45 - UF<br>PB                                                | 46 - Código CBO S                 | 46 a - Grau de Participação    |                             |
| <b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 47 - Tipo de Atendimento<br>01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar<br>07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitui | 48 - Indicação de Acidente<br>0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho<br>1 - Transito 2 - Outros |                                                       | 49 - Tipo de Saída<br>1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência<br>4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito |                                                              |                                   |                                |                             |
| <b>CONSULTA REFERÊNCIA</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 50 - Tipo de Doença                                                                                                                                                                                                              | 51 - Tempo de Doença                                                                                    | A - Aguda C - Crônica                                 | A - Anos M - Meses D - Dias                                                                            |                                                              |                                   |                                |                             |
| <b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 52 - Data                                                                                                                                                                                                                        | 53 - Hora Inicial                                                                                       | 54 - Hora Final                                       | 55 - Tab                                                                                               | 56 - Código do Procedimento<br>00010071 CONSULTA EM PRONTO S | 57 - Qtd.                         | 58 - Via                       | 59 - Tec                    |
|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        | 60 - % Red. / Acréscimo                                      | 61 - Valor Unitário - R\$         | 62 - Valor Total - R\$         |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        | 0.00                                                         |                                   |                                |                             |
| <b>DADOS DA ASSINATURA DE PROCEDIMENTOS EM SÉRIE</b>                                                                                                                                                                             |                                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série                                                                                                                                                                                 | 64 - Observação                                                                                         |                                                       |                                                                                                        |                                                              |                                   |                                |                             |
| 65 - Total Procedimentos - R\$                                                                                                                                                                                                   | 66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$                                                                       | 67 - Total Materiais - R\$                            | 68 - Total Medicamentos - R\$                                                                          | 69 - Total Diárias - R\$                                     | 70 - Total Gases Medicinais - R\$ | 71 - Total Geral da Guia - R\$ |                             |
| 86 - Data e Assinatura do Solicitante<br>29/06/2020                                                                                                                                                                              | 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  | 88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 88 - Data e Assinatura do Prestador Executante                                                         |                                                              |                                   |                                |                             |

R3100ANS-1.20 JOSE MARIA LINS JUNIOR 29/06/2020 14:34 10.1.32.206



## 41263513

|                                                                          |  |                                                                         |  |                                                          |  |                                                          |  |                                                        |  |                                                          |  |                                                     |  |                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro Ans<br>ANS nº 0                                             |  | 3 - Nº Guia Principal<br>41263513                                       |  | Prioridade<br>Prioridade Alta                            |  | 4 - Nº Guia da Operadora                                 |  | 5 - Data da Autorização                                |  | 6 - Senha                                                |  | 7 - Data de Validade da Senha                       |  | 8 - Data de Emissão da Guia                              |  |
| DADOS DO BENEFICIÁRIO                                                    |  |                                                                         |  |                                                          |  |                                                          |  |                                                        |  |                                                          |  |                                                     |  |                                                          |  |
| 10 - Plano<br>PLANO EMPRESA APARTAMENTO                                  |  | 11 - Validade da Carteira                                               |  | 12 - Nome<br>JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS          |  | 13 - Número do Cartão Nacional de Saúde                  |  | 14 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>NILVAN LINHARES |  | 16 - Código CNES<br>2399989                         |  | 17 - Nome do Profissional Solicitante<br>NILVAN LINHARES |  |
| DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE                                          |  |                                                                         |  |                                                          |  |                                                          |  |                                                        |  |                                                          |  |                                                     |  |                                                          |  |
| 14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF<br>12361267008844                      |  | 15 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP                  |  | 16 - Nome do Profissional Solicitante<br>NILVAN LINHARES |  | 17 - Nome do Profissional Solicitante<br>NILVAN LINHARES |  | 18 - Conselho Profissional<br>CRM                      |  | 19 - Número no Conselho<br>5044                          |  | 20 - UF<br>PB                                       |  | 21 - Código CBO S                                        |  |
| DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS                  |  |                                                                         |  |                                                          |  |                                                          |  |                                                        |  |                                                          |  |                                                     |  |                                                          |  |
| 22 - Data/Hora da Solicitação                                            |  | 23 - Caracter da Solicitação<br>U - E - Eletiva U - Urgência/Emergência |  | 24 - CID 10<br>S903                                      |  | 25 - Indicação Clínica                                   |  | 26 - Tabela                                            |  | 27 - Código do Procedimento<br>00010071                  |  | 28 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO        |  | 29 - Qrde Solic.<br>1                                    |  |
| 31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF<br>12361267008844                      |  | 32 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP                  |  | 33 - T. Log                                              |  | 34-35-36- Logradouro - Número - Complemento              |  | 37 - Município                                         |  | 38 - UF                                                  |  | 39-Cód. IBGE                                        |  | 40-CEP                                                   |  |
| 41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar<br>69240574468 |  | 42- Nome do Profissional Executante/Complementar<br>NILVAN LINHARES     |  | 43 - Conselho Profissional<br>CRM                        |  | 44 - Número no Conselho<br>5044                          |  | 45 - UF<br>PB                                          |  | 46 - Código CBO S                                        |  | 46 a - Grau de Participação                         |  | 41-Código CNES                                           |  |
| DADOS DO ATENDIMENTO                                                     |  |                                                                         |  |                                                          |  |                                                          |  |                                                        |  |                                                          |  |                                                     |  |                                                          |  |
| 47 - Tipo de Atendimento<br>01- Hemodiálise<br>07 - SADT Internado       |  | 02 - Pequena Cirurgia<br>08 - Quimioterapia                             |  | 03 - Terapias<br>09 - Radioterapia                       |  | 04- Consulta<br>10- TRS - Terapia Renal Substitutiva     |  | 05- Exame<br>11- Transfusão                            |  | 06- Atendimento Domiciliar<br>12- Outros                 |  | 49 - Tipo de Saúde<br>1 - Retorno<br>4- Internação  |  | 3 - Referência<br>5- Alta<br>6- Óbito                    |  |
| CONSULTA REFERÊNCIA                                                      |  |                                                                         |  |                                                          |  |                                                          |  |                                                        |  |                                                          |  |                                                     |  |                                                          |  |
| 50 - Tipo de Doença<br>A- Aguda C- Crônica<br>A- Anos M-Meses D-Dias     |  | 51 - Tempo de Doença                                                    |  | 52 - Data                                                |  | 53 - Hora Inicial                                        |  | 54 - Hora Final                                        |  | 55 - Tab                                                 |  | 56 - Código do Procedimento<br>00010071             |  | 57 - Qrde.                                               |  |
| 58 - Valor Unitário - R\$                                                |  | 59 - Tec                                                                |  | 60 - %Red. / Acréscimo                                   |  | 61 - Valor Unitário - R\$                                |  | 62 - Valor Total - R\$                                 |  | 63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série         |  | 64 - Observação                                     |  | 65 - Total Procedimentos - R\$                           |  |
| 66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$                                        |  | 67 - Total Materiais - R\$                                              |  | 68 - Total Medicamentos - R\$                            |  | 69 - Total Diárias - R\$                                 |  | 70 - Total Gases Medicinais - R\$                      |  | 71 - Total Geral da Guia - R\$                           |  | 72 - Data e Assinatura do Solicitante<br>29/06/2020 |  | 73 - Data e Assinatura do Prestador Executante           |  |

10.1.32.206

29/06/2020 14:35

JOSE MARIA I INS. JUNIOR

R3100ANS-1.20



SP  
apólice

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVICÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 41358595

|                              |                                   |                          |                          |                         |           |                               |                             |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro Ans<br>ANS nº 0 | 3 - Nº Guia Principal<br>41358595 | Prioridade<br>Programado | 4 - Nº Guia da Operadora | 5 - Data de Autorização | 6 - Senha | 7 - Data de Validade da Senha | 8 - Data de Emissão da Guia |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|

DADOS DO BENEFICIÁRIO

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

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

|                                                     |                                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF<br>12361267008844 | 15 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

|                                                          |                                   |                                 |               |                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------|-------------------|
| 17 - Nome do Profissional Solicitante<br>NILVAN LINHARES | 18 - Conselho Profissional<br>CRM | 19 - Número no Conselho<br>5044 | 20 - UF<br>PB | 21 - Código CBO S |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------|-------------------|

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

|                                                                       |                                                                     |                     |                        |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|
| 22 - Data/Hora da Solicitação<br>U E - Eleiva U - Urgência/Emergência | 23 - Caráter da Solicitação<br>U E - Eleiva U - Urgência/Emergência | 24 - CID 10<br>S903 | 25 - Indicação Clínica |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

|                     |                                         |                                                 |                      |                 |
|---------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
| 26 - Tabela<br>1 02 | 27 - Código do Procedimento<br>52230023 | 28 - Descrição<br>CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR | 29 - Qtd Solic.<br>1 | 30 - Qtd Autor. |
|---------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|-----------------|

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

|                                   |                         |              |                                        |                |         |                |          |                  |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------|----------------------------------------|----------------|---------|----------------|----------|------------------|
| 31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF | 32 - Nome do Contratado | 33 - T. Log. | 34-35 Logotipo - Número - Complementar | 37 - Município | 38 - UF | 39 - Cód. IBGE | 40 - CEP | 41 - Código CNES |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------|----------------------------------------|----------------|---------|----------------|----------|------------------|

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                                      |                                   |                                 |               |                   |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------|-------------------|-----------------------------|
| 42 - Nome do Profissional Executante/Complementar<br>NILVAN LINHARES | 43 - Conselho Profissional<br>CRM | 44 - Número no Conselho<br>5044 | 45 - UF<br>PB | 46 - Código CBO S | 46 a - Grau de Participação |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------|-------------------|-----------------------------|

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 47 - Tipo de Atendimento<br>01 - Hemorragia 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar<br>07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva | 48 - Indicação de Atendimento<br>0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho<br>1 - Transito 2 - Outros | 49 - Tipo de Saúde<br>1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência<br>4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CONSULTA REFERENCIAL

|                                                                             |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 50 - Tipo de Doença<br>A - Aguda C - Crônica<br>A - Anos M - Meses D - Dias | 51 - Tempo de Doença |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

|           |                   |                 |          |                               |           |          |          |                        |                           |                        |
|-----------|-------------------|-----------------|----------|-------------------------------|-----------|----------|----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 52 - Data | 53 - Hora Inicial | 54 - Hora Final | 55 - Tab | 56 - Código do Procedimento   | 57 - Qtd. | 58 - Via | 59 - Tec | 60 - %Red. / Acréscimo | 61 - Valor Unitário - R\$ | 62 - Valor Total - R\$ |
| 1         | 1                 | 1               | 1        | 52230023 CALHA OU TALA MEMBRO | 1         | 1        | 1        | 1                      | 1                         | 0,00                   |

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

|                                                  |                 |
|--------------------------------------------------|-----------------|
| 63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série | 64 - Observação |
|--------------------------------------------------|-----------------|

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

|                                                     |                                                        |                                                       |                                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 86 - Data e Assinatura do Solicitante<br>29/06/2020 | 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização | 88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 88 - Data e Assinatura do Prestador Executante |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

10.1.32.206

29/06/2020 14:36

JOSE MARIA LINS JUNIOR

R3100ANS - 1.20

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:30

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





## 41358595

|                                                                             |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------------|--|-------------------------------|--|------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 1 - Registro Ans<br>ANS nº 0                                                |  | 3 - Nº Guia Principal<br>41358595                                    |  | Prioridade<br>Programado                              |  | 4 - Nº Guia da Operadora                               |  | 5 - Data da Autorização                  |  | 6 - Senha                   |  | 7 - Data de Validade da Senha |  | 8 - Data de Emissão da Guia  |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| DADOS DO BENEFICIÁRIO                                                       |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 9 - Número da Carteira<br>57109000249034019                                 |  | 10 - Plano<br>PLANO EMPRESA APARTAMENTO                              |  | 11 - Validade da Carteira                             |  | 12 - Nome<br>JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS        |  | 13 - Número do Cartão Nacional de Saúde  |  | 16 - Código CNES<br>2399989 |  | 20 - UF<br>PB                 |  | 21 - Código CBO S            |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE                                             |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 14 - Código na Operadora/CNPJ/QCPF<br>12361267008844                        |  | 15 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP               |  | 18 - Conselho Profissional<br>CRM                     |  | 19 - Número no Conselho<br>5044                        |  | 20 - UF<br>PB                            |  | 21 - Código CBO S           |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 17 - Nome do Profissional Solicitante<br>NILVAN LINHARES                    |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS                     |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 22 - Data/Hora da Solicitação                                               |  | 23 - Caracter da Solicitação<br>U - Eletiva U - Urgência/Emergência  |  | 24 - CID 10<br>S903                                   |  | 25 - Indicação Clínica                                 |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 26 - Tabela<br>1 02                                                         |  | 27 - Código do Procedimento<br>52230023                              |  | 28 - Descrição<br>CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR       |  | 29 - Ordem Solic.<br>1                                 |  | 30 - Ordem Autor.                        |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 3                                                                           |  | 2                                                                    |  | 1                                                     |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 4                                                                           |  | 3                                                                    |  | 2                                                     |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 5                                                                           |  | 4                                                                    |  | 3                                                     |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE                                              |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 31 - Código na Operadora/CNPJ/QCPF                                          |  | 32 - Nome do Contratado                                              |  | 33 - T. Log.                                          |  | 34-35-36- Logradouro - Número - Complemento            |  | 37 - Município                           |  | 38 - UF                     |  | 39-Cód. IBGE                  |  | 40-CEP                       |  | 41-Código CNES                    |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 41 - a - Código na Operadora/CNPJ/QCPF do Exec. Complementar<br>69240574468 |  | 42 - Nome do Profissional Executante/Complementar<br>NILVAN LINHARES |  | 43 - Conselho Profissional<br>CRM                     |  | 44 - Número no Conselho<br>5044                        |  | 45 - UF<br>PB                            |  | 46 Código DO S              |  | 46 a - Grau de Participação   |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| DADOS DO ATENDIMENTO                                                        |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 47 - Tipo de Atendimento<br>01 - Remoção<br>07 - SADI Internado             |  | 02 - Pequena Cirurgia<br>08 - Quimioterapia                          |  | 03 - Terapias<br>09 - Radioterapia                    |  | 04 - Consulta<br>10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva |  | 05 - Exame<br>Terapia Renal Substitutiva |  | 06 - Atendimento Domiciliar |  | 1 - Retorno<br>4 - Internação |  | 2 - Retorno SADI<br>5 - Alta |  | 3 - Referência<br>6 - Óbito       |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| CONSULTA REFERÊNCIA                                                         |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 50 - Tipo de Doença                                                         |  | 51 - Tempo de Doença                                                 |  | A - Anos                                              |  | M - Meses                                              |  | D - Dias                                 |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS                                           |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 52 - Data                                                                   |  | 53 - Hora Inicial                                                    |  | 54 - Hora Final                                       |  | 55 - Tab                                               |  | 56 - Código do Procedimento              |  | 57 - Qde.                   |  | 58 - Via                      |  | 59 - Tec                     |  | 60 - %Red. / Acréscimo            |  | 61 - Valor Unitário - R\$  |  | 62 - Valor Total - R\$        |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
|                                                                             |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  | 52230023 CALHA OU TALA MEMBRO            |  | 1                           |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  | 0.00                          |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
|                                                                             |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
|                                                                             |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
|                                                                             |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
|                                                                             |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série                            |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 1 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                                     |  | 3 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                              |  | 5 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                               |  | 7 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                |  | 9 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                  |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 2 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                                     |  | 4 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                              |  | 6 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                               |  | 8 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                |  | 10 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                 |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 64 - Observação                                                             |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| 65 - Total Procedimentos - R\$                                              |  |                                                                      |  |                                                       |  |                                                        |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  | 66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$ |  | 67 - Total Materiais - R\$ |  | 68 - Total Medicamentos - R\$ |  | 69 - Total Diárias - R\$ |  | 70 - Total Gases Medicinais - R\$ |  | 71 - Total Geral da Guia - R\$ |  |
| 86 - Data e Assinatura do Solicitante<br>29/06/2020                         |  | 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização               |  | 88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 89 - Data e Assinatura do Prestador Executante         |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |
| R3100ANS -1.20                                                              |  | JOSE MARIA LINS JUNIOR                                               |  | 29/06/2020 15:31                                      |  | 10.1.32.206                                            |  |                                          |  |                             |  |                               |  |                              |  |                                   |  |                            |  |                               |  |                          |  |                                   |  |                                |  |



PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS, Nasc. 05/06/1969, Atendimento: 60692029  
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA, N° Prescrição: 22892139, 19/07/2019 às 13:23, Prontuário: 16019781  
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO, Leito: 118224/14, Peso: kg

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

Profissionais:



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:33

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

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

### ANAMNESE

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

### EXAME FÍSICO

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

### DIAGNÓSTICO

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

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:33

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

Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1] Nº: 41927785 26/07/2019 às 13:31

### ANAMNESE

|                                   |                                                                                                             |     |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | PACIENTE COM TRAUMA DA PERNA E TORNOZELO E APOS ACIDENTE DE MOTO HA 14 DIAS SOLICITO RX DO PE E TORNOZELO E | [1] |
| Queixa Principal                  |                                                                                                             |     |
| Diagnóstico Inicial               | 43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA                                                                                   | [1] |
| CID10                             | S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE                                             | [1] |
| Alergias                          | Não                                                                                                         | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                                                                                                         | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                                                                                                         | [1] |

### DIAGNÓSTICO

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

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





## 41476148

|                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 1 - Registro Ans<br>ANS nº 0                                                                                                                                                                                                    |  | 3 - Nº Guia Principal<br>41476148                                                                     |  | Prioridade<br>Programado                                                                             |  | 4 - Nº Guia da Operadora                        |  | 5 - Data da Autorização                 |  | 6 - Senha                       |  | 7 - Data de Validade da Senha |  | 8 - Data de Emissão da Guia |  |
| DADOS DO BENEFICIÁRIO                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 9 - Número da Carteira<br>57109000249034019                                                                                                                                                                                     |  | 10 - Plano<br>PLANO EMPRESA APARTAMENTO                                                               |  | 11 - Validade da Carteira                                                                            |  | 12 - Nome<br>JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS |  | 13 - Número do Cartão Nacional de Saúde |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF<br>12361267008844                                                                                                                                                                             |  | 15 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP                                                |  | 16 - Nome do Profissional Solicitante<br>NILVAN LINHARES                                             |  | 17 - Conselho Profissional<br>CRM               |  | 18 - Conselho Profissional<br>CRM       |  | 19 - Número no Conselho<br>5044 |  | 20 - UF<br>PB                 |  | 21 - Código CBO S           |  |
| DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 22 - Data/Hora da Solicitação<br>U E - Eletiva U - Urgência/Emergência                                                                                                                                                          |  | 23 - Caracter da Solicitação<br>U E - Eletiva U - Urgência/Emergência                                 |  | 24 - CID 10<br>S903                                                                                  |  | 25 - Indicação Clínica                          |  | 26 - Tabela                             |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 27 - Código do Procedimento                                                                                                                                                                                                     |  | 28 - Descrição                                                                                        |  | 29 - Orde Solic.                                                                                     |  | 30 - Orde Autor.                                |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 1 02 00010071                                                                                                                                                                                                                   |  | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                                                            |  | 1                                                                                                    |  | 1                                               |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 2 02 52230023                                                                                                                                                                                                                   |  | CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR                                                                         |  | 2                                                                                                    |  | 2                                               |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 3 02 54010233                                                                                                                                                                                                                   |  | SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDAME                                                    |  | 3                                                                                                    |  | 3                                               |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 4 -                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                       |  | 4                                                                                                    |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 5 -                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                       |  | 5                                                                                                    |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                               |  | 32 - Nome do Contratado                                                                               |  | 33 - T. Log.                                                                                         |  | 34-35-36- Logradouro - Número - Complemento     |  | 37 - Município                          |  | 38 - UF                         |  | 39-Cód. IBGE                  |  | 40-CEP                      |  |
| 41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar<br>63240574468                                                                                                                                                        |  | 42- Nome do Profissional Executante/Complementar<br>NILVAN LINHARES                                   |  | 43 - Conselho Profissional<br>CRM                                                                    |  | 44 - Número no Conselho<br>5044                 |  | 45 - UF<br>PB                           |  | 46 - Código CBO S               |  | 46 a - Grau de Participação   |  | 41-Código CNES              |  |
| DADOS DO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 47 - Tipo de Atendimento<br>01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar<br>07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS - Terapia Renal Substitutiva |  | 48 - Indicação de Acidente<br>01 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |  | 49 - Tipo de Saída<br>1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência<br>4 - Internação 5- Alta 6- Óbito |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| CONSULTA REFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 50 - Tipo de Doença                                                                                                                                                                                                             |  | 51 - Tempo de Doença                                                                                  |  | A- Anos M-Meses D-Dias                                                                               |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 52 - Data                                                                                                                                                                                                                       |  | 53 - Hora Inicial                                                                                     |  | 54 - Hora Final                                                                                      |  | 55 - Tab                                        |  | 56 - Código do Procedimento             |  | 57 - Qde.                       |  | 58 - Via                      |  | 59 - Tec                    |  |
| 1 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 1 -                                                                                                   |  | 1 -                                                                                                  |  | 1 -                                             |  | 00010071 CONSULTA EM PRONTO S           |  | 1                               |  | 1                             |  | 1                           |  |
| 2 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 2 -                                                                                                   |  | 2 -                                                                                                  |  | 2 -                                             |  | 52230023 CALHA OU TALA MEMBRO           |  | 1                               |  | 1                             |  | 1                           |  |
| 3 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 3 -                                                                                                   |  | 3 -                                                                                                  |  | 3 -                                             |  | 54010233 SUTURA DE PEQUENOS F           |  | 1                               |  | 1                             |  | 1                           |  |
| 4 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 4 -                                                                                                   |  | 4 -                                                                                                  |  | 4 -                                             |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 5 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 5 -                                                                                                   |  | 5 -                                                                                                  |  | 5 -                                             |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 6 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 6 -                                                                                                   |  | 6 -                                                                                                  |  | 6 -                                             |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 7 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 7 -                                                                                                   |  | 7 -                                                                                                  |  | 7 -                                             |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 8 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 8 -                                                                                                   |  | 8 -                                                                                                  |  | 8 -                                             |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 9 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 9 -                                                                                                   |  | 9 -                                                                                                  |  | 9 -                                             |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 10 -                                                                                                                                                                                                                            |  | 10 -                                                                                                  |  | 10 -                                                                                                 |  | 10 -                                            |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Saúde                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 1 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 1 -                                                                                                   |  | 1 -                                                                                                  |  | 1 -                                             |  | 2 -                                     |  | 2 -                             |  | 2 -                           |  | 2 -                         |  |
| 2 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 2 -                                                                                                   |  | 2 -                                                                                                  |  | 2 -                                             |  | 3 -                                     |  | 3 -                             |  | 3 -                           |  | 3 -                         |  |
| 3 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 3 -                                                                                                   |  | 3 -                                                                                                  |  | 3 -                                             |  | 4 -                                     |  | 4 -                             |  | 4 -                           |  | 4 -                         |  |
| 4 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 4 -                                                                                                   |  | 4 -                                                                                                  |  | 4 -                                             |  | 5 -                                     |  | 5 -                             |  | 5 -                           |  | 5 -                         |  |
| 5 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 5 -                                                                                                   |  | 5 -                                                                                                  |  | 5 -                                             |  | 6 -                                     |  | 6 -                             |  | 6 -                           |  | 6 -                         |  |
| 6 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 6 -                                                                                                   |  | 6 -                                                                                                  |  | 6 -                                             |  | 7 -                                     |  | 7 -                             |  | 7 -                           |  | 7 -                         |  |
| 7 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 7 -                                                                                                   |  | 7 -                                                                                                  |  | 7 -                                             |  | 8 -                                     |  | 8 -                             |  | 8 -                           |  | 8 -                         |  |
| 8 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 8 -                                                                                                   |  | 8 -                                                                                                  |  | 8 -                                             |  | 9 -                                     |  | 9 -                             |  | 9 -                           |  | 9 -                         |  |
| 9 -                                                                                                                                                                                                                             |  | 9 -                                                                                                   |  | 9 -                                                                                                  |  | 9 -                                             |  | 10 -                                    |  | 10 -                            |  | 10 -                          |  | 10 -                        |  |
| 64 - Observação                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 65 - Total Procedimentos - R\$                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 67 - Total Materiais - R\$                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 68 - Total Medicamentos - R\$                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 69 - Total Diárias - R\$                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 70 - Total Gases Medicinais - R\$                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 71 - Total Geral da Guia - R\$                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 86 - Data e Assinatura do Solicitante<br>29/06/2020                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |
| 88 - Data e Assinatura do Prestador Executante                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |                                                 |  |                                         |  |                                 |  |                               |  |                             |  |

10.1.32.206



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:34

|                                                                      |                                |                       |                      |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS                         | Dt. Nasc.: 05/06/1969          | Atendimento: 60857733 | Prontuário: 16019781 |
| Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA                                        | Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO | Leito: 118215/5       |                      |
| Profissional(is): MAYRA CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA COREN 1403604 [1] | Nº: 41929720                   | 26/07/2019            | às 14:16             |

### SINAIS E SINTOMAS

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

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE | SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDAMENTO 1 REALIZADO AS 14:16, EM 26/07/2019 POR MAYRA CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA, COREN/PB 1403604.<br><br>CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 14:17, EM 26/07/2019 POR MAYRA CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA, COREN/PB 1403604. | [1] |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### AValiação de RISCO

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



ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:37

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

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

CONDIÇÕES DE ALTA

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

DATA/HORA DA ALTA

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

|                                                            |                         |                       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS               | Nasc. 05/06/1969        | Atendimento: 60857733 |
| Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA                              | Nº Prescrição: 22994136 | Prontuário: 16019781  |
| Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO                             | Leito: 118215/5         | Peso: kg              |
| 1. SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DEBRIDA 24/24h |                         |                       |
| 2. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h                  |                         |                       |

Profissionais:





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:36

|                                                |                                |                       |                      |
|------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS   | Dt. Nasc.: 05/06/1969          | Atendimento: 61186999 | Prontuário: 16019781 |
| Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA                  | Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO | Leito: 118224/15      |                      |
| Profissional(is): NILVAN LINHARES CRM 5044 [1] | Nº: 42540613                   | 09/08/2019            | às 13:31             |

### ANAMNESE

|                                   |                                           |     |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | dor no tornozelo e apos trauma ha 30 dias | [1] |
| Queixa Principal                  |                                           |     |
| Diagnóstico Inicial               | 43 DOR<br>MÚSCULOESQUELÉTIC<br>A          | [1] |
| CID10                             | S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL           | [1] |
| Alergias                          | Não                                       | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                                       | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                                       | [1] |

### EXAME FÍSICO

|               |                                           |     |
|---------------|-------------------------------------------|-----|
| Aspecto Geral | dor no tornozelo e apos trauma ha 30 dias | [1] |
|---------------|-------------------------------------------|-----|

### DIAGNÓSTICO

|       |                                 |     |
|-------|---------------------------------|-----|
| CID10 | S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL | [1] |
| CID10 | S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL | [1] |

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





1 - Registro Ans  
ANS nº 0

3 - Nº Guia Principal  
41714809

4 - Nº Guia da Operadora  
Programado

5 - Data da Autorização

6 - Senha

7 - Data de Validade da Senha

8 - Data de Emissão da Guia

9 - Número da Carteira  
57109000249034019

10 - Plano  
PLANO EMPRESA APARTAMENTO

11 - Validade da Carteira

12 - Nome  
JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS

13 - Número do Cartão Nacional de Saúde

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF  
12361267008844

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

16 - Código CNES  
2399989

17 - Nome da Profissional Solicitante  
DANIEL CONSERVA ARRUDA

18 - Conselho Profissional  
CRM

19 - Número no Conselho  
11134

20 - UF  
PB

21 - Código CBO S

22 - Data/Hora da Solicitação

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

24 - CID 10

25 - Indicação Clínica

26 - Tabela

27 - Código do Procedimento

28 - Descrição

29 - Orde Solic.

30 - Orde Autor.

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

32 - Nome do Contratado

33 - T. Log.

34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento

37 - Município

38 - UF

39 - Cód. IBGE

40 - CEP

41 - Código CNES

42 - Nome da Profissional Executante/Complementar  
DANIEL CONSERVA ARRUDA

43 - Conselho Profissional  
CRM

44 - Número no Conselho  
11134

45 - UF  
PB

46 - Código CBO S

46 a - Grau de Participação

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

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

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

50 - Tipo de Doença

51 - Tempo de Doença

52 - Data

53 - Hora Inicial

54 - Hora Final

55 - Tab

56 - Código do Procedimento

57 - Qtd.

58 - Via

59 - Tec

60 - %Red / Anest.

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$

67 - Total Materiais - R\$

68 - Total Medicamentos - R\$

69 - Total Diárias - R\$

70 - Total Gases Medicinais - R\$

71 - Total Geral da Guia - R\$

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

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data e Assinatura do Prestador Executante

R3100ANS - 1.20

JOSE MARIA LINS JUNIOR

29/06/2020 15:36

10.1.32.206

Num. 34073437 - Pág. 4



Impressão

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 41714207

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                      |                                         |                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro Ans<br>ANS nº 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3 - Nº Guia Principal<br>41714207                                                                             | Prioridade<br>Programado                                                                         | 4 - Nº Guia da Operadora                                                             | 5 - Data da Autorização                 | 6 - Senha                                                                                                                     | 7 - Data de Validade da Senha                                                                    | 8 - Data de Emissão da Guia                                                                                   |
| <b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                      |                                         |                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                               |
| 9 - Número da Carteira<br>57109000249034019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 10 - Plano<br>PLANO EMPRESA APARTAMENTO                                                                       | 11 - Validade da Carteira                                                                        | 12 - Nome<br>JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS                                      | 13 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 16 - Código CNES<br>2399989                                                                                                   | 20 - UF<br>PB                                                                                    | 21 - Código CBO S                                                                                             |
| <b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                      |                                         |                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                               |
| 14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF<br>12361267008844                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 15 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP                                                        | 18 - Conselho Profissional<br>CRM                                                                | 19 - Número no Conselho<br>11134                                                     | 25 - Indicação Clínica                  | 29 - Ode Solic.<br>1                                                                                                          | 30 - Ode Autor.                                                                                  |                                                                                                               |
| <b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                      |                                         |                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                               |
| 22 - Data/Hora da Solicitação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 23 - Carter da Solicitação<br>U - E - Eletiva U - Urgência/Emergência                                         | 24 - CID 10                                                                                      | 26 - Tabela<br>1 02<br>2<br>3<br>4<br>5                                              | 27 - Código do Procedimento<br>00010071 | 28 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                                                                  | 32 - Nome do Contratado<br>ULTRA SOM SERV MED SA - HGP                                           | 33 - T. Log.                                                                                                  |
| <b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                      |                                         |                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                               |
| 31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF<br>12361267008844                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 34-35-36 Logradouro - Número - Complemento                                                                    | 37 - Município                                                                                   | 38 - UF                                                                              | 39 - Cód. IBGE                          | 40 - CEP                                                                                                                      | 41 - Código CNES                                                                                 |                                                                                                               |
| 41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar<br>6990529474                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 42 - Nome do Profissional Executante/Complementar<br>DANIEL CONSERVA ARRUDA                                   | 43 - Conselho Profissional<br>CRM                                                                | 44 - Número no Conselho<br>11134                                                     | 45 - UF<br>PB                           | 46 a - Grau de Participação                                                                                                   | 49 - Tipo de Saída<br>1 - Retorno<br>2 - Retorno SADT<br>4 - Internação<br>5 - Alta<br>6 - Óbito |                                                                                                               |
| <b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                      |                                         |                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                               |
| 47 - Tipo de Atendimento<br>02 - Pequena Cirurgia<br>07 - SADT Internado<br>08 - Quimioterapia<br>09 - Radioterapia<br>10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 48 - Indicação de Atendimento<br>0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho<br>1 - Trânsito<br>2 - Outros | 49 - Tipo de Saída<br>1 - Retorno<br>2 - Retorno SADT<br>4 - Internação<br>5 - Alta<br>6 - Óbito | 50 - Tipo de Doença<br>A - Aguda<br>C - Crônica<br>A - Anos<br>M - Meses<br>D - Dias | 51 - Tempo de Doença                    | 52 - Data<br>53 - Hora Inicial<br>54 - Hora Final<br>55 - Tab<br>56 - Código do Procedimento<br>00010071 CONSULTA EM PRONTO S | 57 - Ode.<br>1                                                                                   | 58 - Via<br>59 - Tec<br>60 - %Red. / Acréscimo<br>61 - Valor Unitário - R\$<br>62 - Valor Total - R\$<br>0.00 |
| <b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                      |                                         |                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                               |
| 63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série<br>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 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1770 - 1771 - 1772 - 1773 - 1774 - 1775 - 1776 - 1777 - 1778 - 1779 - 1780 - 1781 - 1782 - 1783 - 1784 - 1785 - 1786 - 1787 - 1788 - 1789 - 1790 - 1791 - 1792 - 1793 - 1794 - 1795 - 1796 - 1797 - 1798 - 1799 - 1800 - 1801 - 1802 - 1803 - 1804 - 1805 - 1806 - 1807 - 1808 - 1809 - 1810 - 1811 - 1812 - 1813 - 1814 - 1815 - 1816 - 1817 - 1818 - 1819 - 1820 - 1821 - 1822 - 1823 - 1824 - 1825 - 1826 - 1827 - 1828 - 1829 - 1830 - 1831 - 1832 - 1833 - 1834 - 1835 - 1836 - 1837 - 1838 - 1839 - 1840 - 1841 - 1842 - 1843 - 1844 - 1845 - 1846 - 1847 - 1848 - 1849 - 1850 - 1851 - 1852 - 1853 - 1854 - 1855 - 1856 - 1857 - 1858 - 1859 - 1860 - 1861 - 1862 - 1863 - 1864 - 1865 - 1866 - 1867 - 1868 - 1869 - 1870 - 1871 - 1872 - 1873 - 1874 - 1875 - 1876 - 1877 - 1878 - 1879 - 1880 - 1881 - 1882 - 1883 - 1884 - 1885 - 1886 - 1887 - 1888 - 1889 - 1890 - 1891 - 1892 - 1893 - 1894 - 1895 - 1896 - 1897 - 1898 - 1899 - 1900 - 1901 - 1902 - 1903 - 1904 - 1905 - 1906 - 1907 - 1908 - 1909 - 1910 - 1911 - 1912 - 1913 - 1914 - 1915 - 1916 - 1917 - 1918 - 1919 - 1920 - 1921 - 1922 - 1923 - 1924 - 1925 - 1926 - 1927 - 1928 - 1929 - 1930 - 1931 - 1932 - 1933 - 1934 - 1935 - 1936 - 1937 - 1938 - 1939 - 1940 - 1941 - 1942 - 1943 - 1944 - 1945 - 1946 - 1947 - 1948 - 1949 - 1950 - 1951 - 1952 - 1953 - 1954 - 1955 - 1956 - 1957 - 1958 - 1959 - 1960 - 1961 - 1962 - 1963 - 1964 - 1965 - 1966 - 1967 - 1968 - 1969 - 1970 - 1971 - 1972 - 1973 - 1974 - 1975 - 1976 - 1977 - 1978 - 1979 - 1980 - 1981 - 1982 - 1983 - 1984 - 1985 - 1986 - 1987 - 1988 - 1989 - 1990 - 1991 - 1992 - 1993 - 1994 - 1995 - 1996 - 1997 - 1998 - 1999 |                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                      |                                         |                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                               |



PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

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





Sistema

## GUIA DE SERVIÇO MÉDICO ESPECIALIZADO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 42083795

|                              |                                   |                          |                         |                             |                               |                             |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro Ans<br>ANS nº 0 | 3 - Nº Guia Principal<br>42083795 | 4 - Nº Guia da Operadora | 5 - Data de Autorização | 6 - Data de Emissão da Guia | 7 - Data de Validade da Senha | 8 - Data de Emissão da Guia |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**  
9 - Número da Carteira  
57109000249034019  
10 - Plano  
PLANO EMPRESA APARTAMENTO  
11 - Validade da Carteira

**DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE**  
14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF  
12361267008844  
15 - Nome do Contratado  
ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

**DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS**  
17 - Nome do Profissional Solicitante  
MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOIADES  
22 - Data/Hora da Solicitação  
23 - Caracter da Solicitação  
U - Eletiva U - Urgência/Emergência  
24 - CID 10  
S900  
25 - Indicação Clínica

**DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE**  
31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF  
12361267008844  
32 - Nome do Contratado  
ULTRA SOM SERV MED SA - HGP  
33 - T. Log.  
34-35-36- Uprador - Número - Complemento  
36 - Conselho Profissional  
CRM  
37 - Município  
38 - UF  
39 - Cód. IBGE  
40 - CEP  
41 - Código CNES  
42 - Nome do Profissional Executante/Complementar  
MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOIADES  
43 - Conselho Profissional  
CRM  
44 - Número no Conselho  
9456  
45 - UF  
PB  
46 - Código CBO S  
46 a - Grau de Participação

**DADOS DO ATENDIMENTO**  
47 - Tipo de Atendimento  
01 - Remoção  
02 - Pequena Cirurgia  
03 - Terapias  
04 - Consulta  
05 - Exame  
06 - Atendimento Domiciliar  
07 - SADT Interno  
08 - Quimioterapia  
09 - Radioterapia  
10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva  
50 - Tipo de Doença  
51 - Tempo de Doença  
A - Anos  
M - Meses  
D - Dias  
52 - Data  
53 - Hora Inicial  
54 - Hora Final  
55 - Tab  
56 - Código do Procedimento  
00010071 CONSULTA EM PRONTO S  
57 - Ode.  
58 - Via  
59 - Tec  
60 - %Red / Acréscimo  
61 - Valor Unitário - R\$  
62 - Valor Total - R\$  
0.00

**CONSULTA REFERÊNCIA**  
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série  
1 - 1  
2 - 1  
3 - 1  
4 - 1  
5 - 1  
6 - 1  
7 - 1  
8 - 1  
9 - 1  
10 - 1  
11 - 1  
12 - 1  
13 - 1  
14 - 1  
15 - 1  
16 - 1  
17 - 1  
18 - 1  
19 - 1  
20 - 1  
21 - 1  
22 - 1  
23 - 1  
24 - 1  
25 - 1  
26 - 1  
27 - 1  
28 - 1  
29 - 1  
30 - 1  
31 - 1  
32 - 1  
33 - 1  
34 - 1  
35 - 1  
36 - 1  
37 - 1  
38 - 1  
39 - 1  
40 - 1  
41 - 1  
42 - 1  
43 - 1  
44 - 1  
45 - 1  
46 - 1  
47 - 1  
48 - 1  
49 - 1  
50 - 1  
51 - 1  
52 - 1  
53 - 1  
54 - 1  
55 - 1  
56 - 1  
57 - 1  
58 - 1  
59 - 1  
60 - 1  
61 - 1  
62 - 1  
63 - 1  
64 - 1  
65 - 1  
66 - 1  
67 - 1  
68 - 1  
69 - 1  
70 - 1  
71 - 1  
72 - 1  
73 - 1  
74 - 1  
75 - 1  
76 - 1  
77 - 1  
78 - 1  
79 - 1  
80 - 1  
81 - 1  
82 - 1  
83 - 1  
84 - 1  
85 - 1  
86 - 1  
87 - 1  
88 - 1  
89 - 1  
90 - 1  
91 - 1  
92 - 1  
93 - 1  
94 - 1  
95 - 1  
96 - 1  
97 - 1  
98 - 1  
99 - 1  
100 - 1

**PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS**  
64 - Observação  
65 - Total Procedimentos - R\$  
66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$  
67 - Total Materiais - R\$  
68 - Total Medicamentos - R\$  
69 - Total Diárias - R\$  
70 - Total Gases Medicinais - R\$  
71 - Total Geral da Guia - R\$

**ASSINATURAS**  
86 - Data e Assinatura do Solicitante  
29/06/2020  
87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  
29/06/2020  
88 - Data e Assinatura do Prestador Executante  
29/06/2020  
89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
29/06/2020  
90 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  
29/06/2020  
91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
29/06/2020  
92 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  
29/06/2020  
93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
29/06/2020  
94 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  
29/06/2020  
95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
29/06/2020  
96 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  
29/06/2020  
97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
29/06/2020  
98 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  
29/06/2020  
99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
29/06/2020  
100 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  
29/06/2020

Assinado eletronicamente por: PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM - 08/09/2020 18:00:23

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090818002301600000032592657>

Número do documento: 20090818002301600000032592657

Num. 34073437 - Pág. 7



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:39

|                   |                                                 |            |            |              |          |             |          |
|-------------------|-------------------------------------------------|------------|------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente:         | JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANT                | Dt. Nasc.: | 05/06/1969 | Atendimento: | 61690825 | Prontuário: | 16019781 |
| Convênio:         | HAPVIDA JOAO PESSOA                             | Posto:     |            | Leito:       | /        |             |          |
| Profissional(is): | MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES CRM 9456 [1] | Nº:        | 43500107   | 30/08/2019   | às       | 13:11       |          |

### ANAMNESE

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

### DIAGNÓSTICO

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

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:40

|                                                       |                                |                       |                      |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS          | Dt. Nasc.: 05/06/1969          | Atendimento: 62527716 | Prontuário: 16019781 |
| Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA                         | Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO | Leito: 118215/9       |                      |
| Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 8784 [1] | Nº: 45082269                   | 04/10/2019            | às 19:55             |

ANAMNESE

|                                   |                                                                                                                                                                                                          |     |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | MT: QUEDA<br>DT: 04/11/19<br>TRAUMA NO JOELHO DIR E E ESQ<br>REFERE DOR + LIMITAÇÃO<br>EF: AUSENCIA DE CREPTAÇÃO<br>MOBILIZA ATIVAMENTE<br><br>HD: CONTUSÃO ? FRATURA?<br>CD: ORIENTAÇÃO + PRESCRIÇÃO RX | [1] |
| Queixa Principal                  |                                                                                                                                                                                                          |     |
| Diagnóstico Inicial               | 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>                                                                                                                                                                                 | [1] |
| CID10                             | S800 CONTUSAO DO JOELHO                                                                                                                                                                                  | [1] |
| Alergias                          | Não                                                                                                                                                                                                      | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                                                                                                                                                                                                      | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                                                                                                                                                                                                      | [1] |

DIAGNÓSTICO

|       |                         |     |
|-------|-------------------------|-----|
| CID10 | S800 CONTUSAO DO JOELHO | [1] |
| CID10 | S800 CONTUSAO DO JOELHO | [1] |

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





## 42691795

[illegible]

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

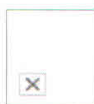
29/06/2020 15:40

|                                                                                       |                                                                                                                               |                       |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS                                          | Dt. Nasc.: 05/06/1969                                                                                                         | Atendimento: 62527716 | Prontuário: 16019781 |
| Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA                                                         | Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO                                                                                                | Leito: 118215/9       |                      |
| Profissional(is): GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO COREN 783734 [1]                          |                                                                                                                               | Nº: 45084009          | 04/10/2019 às 20:49  |
| <b>SINAIS E SINTOMAS</b>                                                              |                                                                                                                               |                       |                      |
| Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem | Sim                                                                                                                           |                       | [1]                  |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>                                                         |                                                                                                                               |                       |                      |
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE                                    | CETOPROFENO IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 20:49, EM 04/10/2019 POR GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO, COREN/PB 783734. |                       | [1]                  |
|                                                                                       | DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 20:49, EM 04/10/2019 POR GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO, COREN/PB 783734.  |                       |                      |
| <b>AVALIAÇÃO DE RISCO</b>                                                             |                                                                                                                               |                       |                      |
| Hemorragia Puerperal                                                                  | .                                                                                                                             |                       | [1]                  |
| Lesão Pqr Pressão Adulto (Braden)                                                     | .                                                                                                                             |                       | [1]                  |
| Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)                                               | .                                                                                                                             |                       | [1]                  |
| Queda Adulto (Morse)                                                                  | .                                                                                                                             |                       | [1]                  |
| Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)                                                      | .                                                                                                                             |                       | [1]                  |
| Flebite                                                                               | .                                                                                                                             |                       | [1]                  |
| Tromboembolismo Venoso Clínico                                                        | .                                                                                                                             |                       | [1]                  |



PRESCRIÇÃO MÉDICA

E



|                                                       |                         |                                         |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|
| Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS          | Nasc. 05/06/1969        | Atendimento: 62527716                   |
| Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA                         | Nº Prescrição: 24052730 | Prontuário: 16019781                    |
| Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO                        | Leito: 118215/9         | Peso: kg                                |
| 1. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)<br>Água Destilada       | 1000 mg                 | 2 ML (AMPL C/ 500MG) para EV<br>18 ml   |
| 2. CETOPROFENO IV (100.00mg)<br>Soro Fisiológico 0,9% | 100 mg                  | 1 FRAP(FRAP C/ 100MG) para EV<br>100 ml |

Profissionais: CRM-8784 RAFAEL LARA DE FREITAS



# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:47

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

Profissional(is): DANILO CABRAL DOMINGUES CRM 12782 [1] Nº: 54916716 01/06/2020 às 11:28

## ANAMNESE

**Queixa Principal** PACIENTE COM QUEIXA DE FEBRE, DIARREIA, DISPNEIA, TOSSE E INAPETÊNCIA HA +- 07 DIAS [1]  
NEGA OUTRAS QUEIXAS  
NEGA COMORBIDADES

BEG, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO  
AR: MV+ EM AHT SEM SINAIS DE DESCONFORTO RESPIRATORIO,  
SAT O2 96%

CD:  
- PRESCREVO SINTOMATICOS + IVERMECTINA  
- ORIENTO ISOLAMENTO  
- ATESTADO 07 DIAS  
- ORIENTO RETORNO SE PIORA

**Queixa Principal**

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

**CID10** J069 INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA [1]

**Alergias** Não [1]

**Medicação Em Uso** Não [1]

**Antecedentes Patológicos Familiar** Não [1]

**Comorbidades** Não [1]

## DIAGNÓSTICO

**CID10** J069 INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA [1]

**CID10** J069 INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA [1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

### RESUMO DO PROTOCOLO

#### Resumo de Protocolo

Protocolo:  
H009: IVAS / COVID 19 v105

#### Passos Executados:

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

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

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



ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:47

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

Atendimento: 67032924

Prontuário: 16019781

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto:

Leito: /

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

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

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





## ALTA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:47

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

### CONDIÇÕES DE ALTA

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

### DATA/HORA DA ALTA

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

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



ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:50

|                                                                    |                       |                       |                      |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS                       | Dt. Nasc.: 05/06/1969 | Atendimento: 67170092 | Prontuário: 16019781 |
| Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA                                      | Posto:                | Leito: /              |                      |
| Profissional(is): PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA CRM 13132 [1] | Nº: 55260319          | 12/06/2020            | às 08:50             |

ANAMNESE

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | RETORNO. PRIMEIRO ATENDIMENTO EM 01/06/20 - REALIZOU TTO COM PROTOCOLO COVID IVERMECTINA+PREDNISONA- 17º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS RELATA MELHORA SUBSTANCIAL DO QUADRO, SEM QUEIXAS ATUAIS. VEM AO SERVIÇO PARA SER LIBERADO PARA ATIVIDADES LABORAIS. | [1] |
| Queixa Principal                  |                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
| Diagnóstico Inicial               | 80 ADMINISTRATIVO GERAL                                                                                                                                                                                                                                  | [1] |
| CID10                             | Z02 EXAME MEDICO E CONSULTA COM FINALIDADES ADMINISTRATIVAS                                                                                                                                                                                              | [1] |
| Alergias                          | Não                                                                                                                                                                                                                                                      | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                                                                                                                                                                                                                                                      | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                                                                                                                                                                                                                                                      | [1] |
| Comorbidades                      | Não                                                                                                                                                                                                                                                      | [1] |

EXAME FÍSICO

|                      |   |     |
|----------------------|---|-----|
| Nível De Consciência | 0 | [1] |
| Resposta Motora      | 6 | [1] |
| Resposta Verbal      | 5 | [1] |

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo:  
H079: [Administrativo Geral] v8

Passos Executados:

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

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





## ALTA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

29/06/2020 15:50

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

|                                                                    |              |            |          |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|------------|----------|
| Profissional(is): PALOMA MELLO DE SOUZA LIMA PEDROSA CRM 13132 [1] | Nº: 55260502 | 12/06/2020 | às 08:56 |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|------------|----------|

### CONDIÇÕES DE ALTA

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

### DATA/HORA DA ALTA

|              |            |     |
|--------------|------------|-----|
| Data Da Alta | 12/06/2020 | [1] |
|--------------|------------|-----|

|              |       |     |
|--------------|-------|-----|
| Hora Da Alta | 08:56 | [1] |
|--------------|-------|-----|





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 052147.01.2020.0.00.704**

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

**Dados do(s) Fato(s):**

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

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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

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



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

x Jesus Nazareno  
Jesus Nazareno Perreira dos Santos

352C31D1704DB49B46F4AADF17590E3C

Código de Controle

Arceiro dos Santos

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





SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

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

## DECLARAÇÃO

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Setembro de 2019.

Alisson Monte  
SAME-SAMU 192  
Matr. 629235

**ALISSON DA SILVA MONTE**

Matrícula: 62923-5

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748031334  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDB RENAVAM 0105938145-00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME JOSE ABILIO PEREIRA DOS SANTOS

CPF/CNPJ 20619898453 PLACA QFG6788/PB

PLACA ANT/VF NOVO PB CHASSI 9C6K0051000001790

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLO COMBUSTIVEL ALCOOL

2015 2016

CAR / POT / CIL 2 P/249 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

I 00/00/0000 1ª

P FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª

A 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO OBRIGATORIO 06/09/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. BCO PANAMERICANO SA BRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL JOAO PESSOA DATA 06/09/2017

31523 1858



**SINISTRO 3200272631 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev  
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** JESUS NAZARENO FERREIRA DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 69004030425**Posição em 12-08-2020 15:56:43**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 10/08/2020        | R\$ 843,75           | R\$ 0,00         | R\$ 843,75  |





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**\*2ª Vara Cível da Capital\***

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0844558-46.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual requerida.

Nos processos de DPVAT em que ocorrem lesão a vítima a seguradora somente transige após a realização de perícia. Por tal razão, deixo de remeter, por hora, ao Centro de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

JOÃO PESSOA, 9 de setembro de 2020.

**Juiz(a) de Direito**

