

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE**

Nº Sinistro: **3180575201**

Vítima: **SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE**

Data do Acidente: **29/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180575201**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13692134



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 106633424 22 CPF da vítima: Samuel Filipe M. Cavalcante
Nome completo da vítima: Samuel Filipe Maroja Cavalcante
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Samuel Filipe Maroja Cavalcante CPF: 106633424 22
Profissão: Aux. de Laboratório Endereço: Faz. Engenho Número: SN Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-000
E-mail: Tel. (DDD):

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3914 CONTA: 0016711 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a TELA DO IML (Laudo Médico) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (Assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou esposo (ou esposa)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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

Local e Data: São Paulo - PB 27/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Samuel Filipe Maroja Cavalcante
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPROVAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SIM
05 DEZ. 2018
PROTOCOLO
PESSE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02232.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02232.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:21 horas do dia 19 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Samuel Filipe Maroja Cavalcante**, CPF nº 106.633.424-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Laboratório, filho(a) de Robherta Flavia Maroja Cavalcante e Temugim Cavalcante da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 25/05/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Fazenda Industrial Engenho do Meio, Nº SN, complemento ÁREA RURAL, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo À Antiga Manzuá, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98717-0368.

Dados do(s) Fatos:

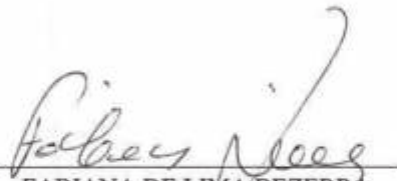
Local: Rua da Alegria, Em Frente a Barbalho Magazine, Santa Rita/PB, bairro Bebelandia; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

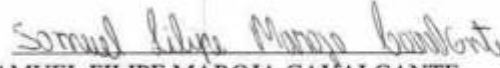
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

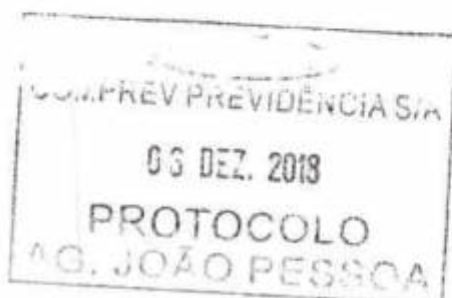
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, PRETA, 2013/2013, PLACA OFX1916/PB, CHASSI 9C2JC41200DR534926, registrada em nome de Edilberto Valentim da Silva, quando perdeu o controle ao derrapar na areia vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme ATENDIMENTO Nº 1721559, PRONTUÁRIO 143305, DATADO DE 23.12.2018, do Hospital Unimed João Pessoa para onde foi socorrido(a) em veículo particular; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 19 de novembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE
Noticiante



Procedimento Policial: 02232.01.2018.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 106633424 22 CPF da vítima: 106633424 22 Nome completo da vítima: Samuel Filipe M. Cavalcante

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

Nome completo: Samuel Filipe Maroja Cavalcante CPF: 106633424 22
Profissão: Aux. de Laboratório Endereço: Faz. Engenho Número: SN Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-000
E-mail: Tel. (DDD):

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3914 CONTA: 0016711 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a TELA DO IML (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (Assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou descendentes (filhos, netos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: São Paulo - PB 27/11/2018
Nome: Samuel Filipe Maroja Cavalcante
CPF: 106633424 22
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
PROTÓCOLO 05 DEZ. 2018
PESSE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



1721559

Atendimento : 1721559 Prontuário: 143305 Data/Hora : 30/12/2017 0:10:01

Paciente : SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Sexo : MASCULINO

Nascimento : 25/05/1997 Idade : 20 anos 7 meses 6 dias Doc :
Endereço : PRACA ANTONOR NAVARRO Num : 54
Bairro : CENTRO Cidade : SANTA RITA

Convênio : UNIMED JOAO PESSOA Plano : BASICO
Carteira : 00333100074004490 Tipo : ATENDIMENTO (URGÊNCIA)
Mãe : ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

Classificação de Risco Senha : A0137 Usuário : RISALVA KLARICE DE CARVALHO (COREN : 238463)

Hora do Tótem : 23:53:43 Início Classificação : 23:59:49 Fim Classificação : 00:00:43

Prioridade : AMARELO - URGENTE Especialidade : CIRURGIA GERAL

Queixa Principal : PACIENTE APRESENTA ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS EM MMII E MSD APÓS DERRAPAR NA AREIA DE MOTO HA 1 HORA. USAVA CAPACETE. NEGA DESMAIO E VÔMITO

Fluxograma/Sintoma : TRAUMA MAIOR Discriminadores : HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL

Observação : NEGA HAS/NEGA DM
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

Sinais Vitais
TESC COMA DE GLASGOW ADULTO: 15) (NPS - DE 0 A 28 DIAS: 5) (SPO2: 98 %)

Alergias

Do L. Junt D. 15 Junho H
franc
John 2 Junt D
18 - Junt H. Def: febre intermitente
6/12/2017 - Def: febre intermitente
comp
PACIENTE/RESPONSÁVEL
0. + febre 01/7, 6/12/20
0. Def: febre 01/7, 6/12/20



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emilido por:M3359
Em: 30/12/2017 00:30

Paciente...: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Dt. Nasc: 25/05/1997 Idade.: (20a 7m 6d)
Atendimento: 1721559 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 30/12/2017 - Hr. Int.: 00:10 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: ROBERTHA
FLAVIA MAROJA CAVALCANTE Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES - CRM 003359
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição.: 2301363 | Data.: 30/12/2017 | Hr.: 00:28
Diagnóstico...: | Cid.: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO
Altura...: | Sup. Corporea...: Peso...: |

1ª VIA

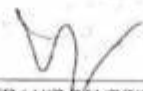


Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	1	RX ANTEBRACO DIREITO ; Exame: 552920				URGENTE
		Justificativa: PROVÁVEL FRATURA				


WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
CRM 003359



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000116711-5

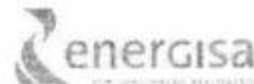
Nr. da Autenticação 2BAFB8B176D4C237

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Desempenho com valor R\$ 100

Documento não é segurado em sua conta.

Pague para garantir pagamento de nota fiscal futura de energia elétrica N° 015.300.895



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 04.955.153 / 1001-40 INSC. EST. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO MAROJA
FAZ ENGENHO SIN
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1310670-3

REFERÊNCIA

NOV/2018

APRESENTAÇÃO

09/11/2018

CONSUMO

4336

VENCIMENTO

19/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 2.192,62

Acesse www.energisa.com.br



DEVIAMOS AQUI

SEVERINO MAROJA

Roteiro: 05-009-890-0200

83660000021-7 92620054000-9 13106702018-3 11000009019-8

VENCIMENTO

19/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 2.192,62

MATRÍCULA

1310670-2018-11-0



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENT E JOSE COSTA DUARTE, 1871 SALADA DE MANDARINA
JARDIM PESSOA - PO CEP: 16983-708
Cidade: JARDIM PESSOA - PO CEP: 16983-708
Atendimento: 0800 083 0196



ENERGISA S.A. - CNPJ: 07.612.518/0001-54
CNPJ: 07.612.518/0001-54
CNPJ: 07.612.518/0001-54

Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) 0800 083 0196
0800 083 0196

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/11/18	1000	10/11/18	1000			20
Demonstrativo						
CO Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Alc. (R\$)	Base (R\$)
001 Consumo Energia		221,000	0,000000	18,45	18,45	18,45
002 Adc. E. Energia				4,75	4,75	4,75
003 Adc. B. Energia				1,75	1,75	1,75
004 Adc. B. Energia				1,75	1,75	1,75
005 CONTR. PREST. LIMPEZA				1,75	1,75	1,75

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/11/2018 R\$ 198,62

Histórico de Consumo (kWh)

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 300 320 340 360 380 400 420 440 460 480 500 520 540 560 580 600 620 640 660 680 700 720 740 760 780 800 820 840 860 880 900 920 940 960 980 1000 1020 1040 1060 1080 1100 1120 1140 1160 1180 1200 1220 1240 1260 1280 1300 1320 1340 1360 1380 1400 1420 1440 1460 1480 1500 1520 1540 1560 1580 1600 1620 1640 1660 1680 1700 1720 1740 1760 1780 1800 1820 1840 1860 1880 1900 1920 1940 1960 1980 2000 2020 2040 2060 2080 2100 2120 2140 2160 2180 2200 2220 2240 2260 2280 2300 2320 2340 2360 2380 2400 2420 2440 2460 2480 2500 2520 2540 2560 2580 2600 2620 2640 2660 2680 2700 2720 2740 2760 2780 2800 2820 2840 2860 2880 2900 2920 2940 2960 2980 3000 3020 3040 3060 3080 3100 3120 3140 3160 3180 3200 3220 3240 3260 3280 3300 3320 3340 3360 3380 3400 3420 3440 3460 3480 3500 3520 3540 3560 3580 3600 3620 3640 3660 3680 3700 3720 3740 3760 3780 3800 3820 3840 3860 3880 3900 3920 3940 3960 3980 4000 4020 4040 4060 4080 4100 4120 4140 4160 4180 4200 4220 4240 4260 4280 4300 4320 4340 4360 4380 4400 4420 4440 4460 4480 4500 4520 4540 4560 4580 4600 4620 4640 4660 4680 4700 4720 4740 4760 4780 4800 4820 4840 4860 4880 4900 4920 4940 4960 4980 5000 5020 5040 5060 5080 5100 5120 5140 5160 5180 5200 5220 5240 5260 5280 5300 5320 5340 5360 5380 5400 5420 5440 5460 5480 5500 5520 5540 5560 5580 5600 5620 5640 5660 5680 5700 5720 5740 5760 5780 5800 5820 5840 5860 5880 5900 5920 5940 5960 5980 6000 6020 6040 6060 6080 6100 6120 6140 6160 6180 6200 6220 6240 6260 6280 6300 6320 6340 6360 6380 6400 6420 6440 6460 6480 6500 6520 6540 6560 6580 6600 6620 6640 6660 6680 6700 6720 6740 6760 6780 6800 6820 6840 6860 6880 6900 6920 6940 6960 6980 7000 7020 7040 7060 7080 7100 7120 7140 7160 7180 7200 7220 7240 7260 7280 7300 7320 7340 7360 7380 7400 7420 7440 7460 7480 7500 7520 7540 7560 7580 7600 7620 7640 7660 7680 7700 7720 7740 7760 7780 7800 7820 7840 7860 7880 7900 7920 7940 7960 7980 8000 8020 8040 8060 8080 8100 8120 8140 8160 8180 8200 8220 8240 8260 8280 8300 8320 8340 8360 8380 8400 8420 8440 8460 8480 8500 8520 8540 8560 8580 8600 8620 8640 8660 8680 8700 8720 8740 8760 8780 8800 8820 8840 8860 8880 8900 8920 8940 8960 8980 9000 9020 9040 9060 9080 9100 9120 9140 9160 9180 9200 9220 9240 9260 9280 9300 9320 9340 9360 9380 9400 9420 9440 9460 9480 9500 9520 9540 9560 9580 9600 9620 9640 9660 9680 9700 9720 9740 9760 9780 9800 9820 9840 9860 9880 9900 9920 9940 9960 9980 10000 10020 10040 10060 10080 10100 10120 10140 10160 10180 10200 10220 10240 10260 10280 10300 10320 10340 10360 10380 10400 10420 10440 10460 10480 10500 10520 10540 10560 10580 10600 10620 10640 10660 10680 10700 10720 10740 10760 10780 10800 10820 10840 10860 10880 10900 10920 10940 10960 10980 11000 11020 11040 11060 11080 11100 11120 11140 11160 11180 11200 11220 11240 11260 11280 11300 11320 11340 11360 11380 11400 11420 11440 11460 11480 11500 11520 11540 11560 11580 11600 11620 11640 11660 11680 11700 11720 11740 11760 11780 11800 11820 11840 11860 11880 11900 11920 11940 11960 11980 12000 12020 12040 12060 12080 12100 12120 12140 12160 12180 12200 12220 12240 12260 12280 12300 12320 12340 12360 12380 12400 12420 12440 12460 12480 12500 12520 12540 12560 12580 12600 12620 12640 12660 12680 12700 12720 12740 12760 12780 12800 12820 12840 12860 12880 12900 12920 12940 12960 12980 13000 13020 13040 13060 13080 13100 13120 13140 13160 13180 13200 13220 13240 13260 13280 13300 13320 13340 13360 13380 13400 13420 13440 13460 13480 13500 13520 13540 13560 13580 13600 13620 13640 13660 13680 13700 13720 13740 13760 13780 13800 13820 13840 13860 13880 13900 13920 13940 13960 13980 14000 14020 14040 14060 14080 14100 14120 14140 14160 14180 14200 14220 14240 14260 14280 14300 14320 14340 14360 14380 14400 14420 14440 14460 14480 14500 14520 14540 14560 14580 14600 14620 14640 14660 14680 14700 14720 14740 14760 14780 14800 14820 14840 14860 14880 14900 14920 14940 14960 14980 15000 15020 15040 15060 15080 15100 15120 15140 15160 15180 15200 15220 15240 15260 15280 15300 15320 15340 15360 15380 15400 15420 15440 15460 15480 15500 15520 15540 15560 15580 15600 15620 15640 15660 15680 15700 15720 15740 15760 15780 15800 15820 15840 15860 15880 15900 15920 15940 15960 15980 16000 16020 16040 16060 16080 16100 16120 16140 16160 16180 16200 16220 16240 16260 16280 16300 16320 16340 16360 16380 16400 16420 16440 16460 16480 16500 16520 16540 16560 16580 16600 16620 16640 16660 16680 16700 16720 16740 16760 16780 16800 16820 16840 16860 16880 16900 16920 16940 16960 16980 17000 17020 17040 17060 17080 17100 17120 17140 17160 17180 17200 17220 17240 17260 17280 17300 17320 17340 17360 17380 17400 17420 17440 17460 17480 17500 17520 17540 17560 17580 17600 17620 17640 17660 17680 17700 17720 17740 17760 17780 17800 17820 17840 17860 17880 17900 17920 17940 17960 17980 18000 18020 18040 18060 18080 18100 18120 18140 18160 18180 18200 18220 18240 18260 18280 18300 18320 18340 18360 18380 18400 18420 18440 18460 18480 18500 18520 18540 18560 18580 18600 18620 18640 18660 18680 18700 18720 18740 18760 18780 18800 18820 18840 18860 18880 18900 18920 18940 18960 18980 19000 19020 19040 19060 19080 19100 19120 19140 19160 19180 19200 19220 19240 19260 19280 19300 19320 19340 19360 19380 19400 19420 19440 19460 19480 19500 19520 19540 19560 19580 19600 19620 19640 19660 19680 19700 19720 19740 19760 19780 19800 19820 19840 19860 19880 19900 19920 19940 19960 19980 20000 20020 20040 20060 20080 20100 20120 20140 20160 20180 20200 20220 20240 20260 20280 20300 20320 20340 20360 20380 20400 20420 20440 20460 20480 20500 20520 20540 20560 20580 20600 20620 20640 20660 20680 20700 20720 20740 20760 20780 20800 20820 20840 20860 20880 20900 20920 20940 20960 20980 21000 21020 21040 21060 21080 21100 21120 21140 21160 21180 21200 21220 21240 21260 21280 21300 21320 21340 21360 21380 21400 21420 21440 21460 21480 21500 21520 21540 21560 21580 21600 21620 21640 21660 21680 21700 21720 21740 21760 21780 21800 21820 21840 21860 21880 21900 21920 21940 21960 21980 22000 22020 22040 22060 22080 22100 22120 22140 22160 22180 22200 22220 22240 22260 22280 22300 22320 22340 22360 22380 22400 22420 22440 22460 22480 22500 22520 22540 22560 22580 22600 22620 22640 22660 22680 22700 22720 22740 22760 22780 22800 22820 22840 22860 22880 22900 22920 22940 22960 22980 23000 23020 23040 23060 23080 23100 23120 23140 23160 23180 23200 23220 23240 23260 23280 23300 23320 23340 23360 23380 23400 23420 23440 23460 23480 23500 23520 23540 23560 23580 23600 23620 23640 23660 23680 23700 23720 23740 23760 23780 23800 23820 23840 23860 23880 23900 23920 23940 23960 23980 24000 24020 24040 24060 24080 24100 24120 24140 24160 24180 24200 24220 24240 24260 24280 24300 24320 24340 24360 24380 24400 24420 24440 24460 24480 24500 24520 24540 24560 24580 24600 24620 24640 24660 24680 24700 24720 24740 24760 24780 24800 24820 24840 24860 24880 24900 24920 24940 24960 24980 25000 25020 25040 25060 25080 25100 25120 25140 25160 25180 25200 25220 25240 25260 25280 25300 25320 25340 25360 25380 25400 25420 25440 25460 25480 25500 25520 25540 25560 25580 25600 25620 25640 25660 25680 25700 25720 25740 25760 25780 25800 25820 25840 25860 25880 25900 25920 25940 25960 25980 26000 26020 26040 26060 26080 26100 26120 26140 26160 26180 26200 26220 26240 26260 26280 26300 26320 26340 26360 26380 26400 26420 26440 26460 26480 26500 26520 26540 26560 26580 26600 26620 26640 26660 26680 26700 26720 26740 26760 26780 26800 26820 26840 26860 26880 26900 26920 26940 26960 26980 27000 27020 27040 27060 27080 27100 27120 27140 27160 27180 27200 27220 27240 27260 27280 27300 27320 27340 27360 27380 27400 27420 27440 27460 27480 27500 27520 27540 27560 27580 27600 27620 27640 27660 27680 27700 27720 27740 27760 27780 27800 27820 27840 27860 27880 27900 27920 27940 27960 27980 28000 28020 28040 28060 28080 28100 28120 28140 28160 28180 28200 28220 28240 28260 28280 28300 28320 28340 28360 28380 28400 28420 28440 28460 28480 28500 28520 28540 28560 28580 28600 28620 28640 28660 28680 28700 28720 28740 28760 28780 28800 28820 28840 28860 28880 28900 28920 28940 28960 28980 29000 29020 29040 29060 29080 29100 29120 29140 29160 29180 29200 29220 29240 29260 29280 29300 29320 29340 29360 29380 29400 29420 29440 29460 29480 29500 29520 29540 29560 29580 29600 29620 29640 29660 29680 29700 29720 29740 29760 29780 29800 29820 29840 29860 29880 29900 29920 29940 29960 29980 30000 30020 30040 30060 30080 30100 30120 30140 30160 30180 30200 30220 30240 30260 30280 30300 30320 30340 30360 30380 30400 30420 30440 30460 30480 30500 30520 30540 30560 30580 30600 30620 30640 30660 30680 30700 30720 30740 30760 30780 30800 30820 30840 30860 30880 30900 30920 30940 30960 30980 31000 31020 31040 31060 31080 31100 31120 31140 31160 31180 31200 31220 31240 31260 31280 31300 31320 31340 31360 31380 31400 31420 31440 31460 31480 31500 31520 31540 31560 31580 31600 31620 31640 31660 31680 31700 31720 31740 31760 31780 31800 31820 31840 31860 31880 31900 31920 31940 31960 31980 32000 32020 32040 32060 32080 32100 32120 32140 32160 32180 32200 32220 32240 32260 32280 32300 32320 32340 32360 32380 32400 32420 32440 32460 32480 32500 32520 32540 32560 32580 32600 32620 32640 32660 32680 32700 32720 32740 32760 32780 32800 32820 32840 32860 32880 32900 32920 32940 32960 32980 33000 33020 33040 33060 33080 33100 33120 33140 33160 33180 33200 33220 33240 33260 33280 33300 33320 33340 33360 33380 33400 33420 33440 33460 33480 33500 33520 33540 33560 33580 33600 33620 33640 33660 33680 33700 33720 33740 33760 33780 33800 33820 33840 33860 33880 33900 33920 33940 33960 33980 34000 34020 34040 34060 34080 34100 34120 34140 34160 34180 34200 34220 34240 34260 34280 34300 34320 34340 34360 34380 34400 34420 34440 34460 34480 34500 34520 34540 34560 34580 34600 34620 34640 34660 34680 34700 34720 34740 34760 34780 34800 34820 34840 34860 34880 34900 34920 34940 34960 34980 35000 35020 35040 35060 35080 35100 35120 35140 35160 35180 35200 35220 35240 35260 35280 35300 35320 35340 35360 35380 35400 35420 35440 35460 35480 35500 35520 35540 35560 35580 35600 35620 35640 35660 35680 35700 35720 35740 35760 35780 35800 35820 35840 35860 35880 35900 35920 35940 35960 35980 36000 36020 36040 36060 36080 36100 36120 36140 36160 36180 36200 36220 36240 36260 36280 36300 36320 36340 36360 36380 36400 36420 36440 36460 36480 36500 36520 36540 36560 36580 36600 36620 36640 36660 36680 36700 36720 36740 36760 36780 36800 36820 36840 36860 36880 36900 36920 36940 36960 36980 37000 37020 37040 37060 37080 37100 37120 37140 37160 37180 37200 37220 37240 37260 37280 37300 37320 37340 37360 37380 37400 37420 37440 37460 37480 37500 375

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 106633424 22 CPF da vítima: 106633424 22 Nome completo da vítima: Samuel Filipe M. Cavalcante

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

Nome completo: Samuel Filipe Maroja Cavalcante CPF: 106633424 22
Profissão: Aux. de Laboratório Endereço: Faz. Engenho Número: SN Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-000
E-mail: Tel. (DDD):

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3914 ☐ CONTA: 0016711 ☐ 5
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a TELA DO IML (Laudo Médico) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: São Paulo - PB 27/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Samuel Filipe Maroja Cavalcante

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPROVAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SIM
05 DEZ. 2018
PROTOCOLO
PESSE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Rosa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754.74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Samuel Felipe M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.633.424.22, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Samuel Felipe M. Cavalcanti, inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.633.424.22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Av. Maria Rosa</u>		Número	<u>58</u>	Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Manairá</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)			Telefone celular (DDD)	
					<u>58038-460</u>	

João Pessoa 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

Alexandra Rosa Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilaine Azevedo da Silva,
RG nº 4.203.687, data de expedição 06/11/2013,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 123.604.554.80, com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA IM/ETADA, nº 51N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima SAMUEL FELIPE MARCELA CAVALCANTE, cujo o condutor era
SAMUEL FELIPE MARCELA CAVALCANTE.

Veículo: moto
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2013
Placa: OFX 1916 / PB
Chassi: 9C2JC41200 DR 534926
Data do Acidente: 29-12-17
Local e Data: Santa Rita, 29-11-18

Edilaine Azevedo da Silva
Assinatura do Declarante

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



Serviço Notarial e Registral
DOURADO DE AZEVEDO

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

11. Tabelionato de Protocolo de Notário

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2252
Santa Rita - Paraíba
CNPJ nº 19.350.697/0001-07

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro

Rua São João, nº 27 - Centro



Dados do Paciente:

Paciente: 143305 SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses

Data de Nascimento: 25/05/1997

Dados da Internação:

Atendimento: 1721559

→ CID: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO

Convênio: 3 UNIMED JOAO PESSOA

Dt Internação: 30/12/2017

Serviço: CIRURGIA GERAL

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 5499

Data: 30/12/2017

Prestador: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Especialidade: 33 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

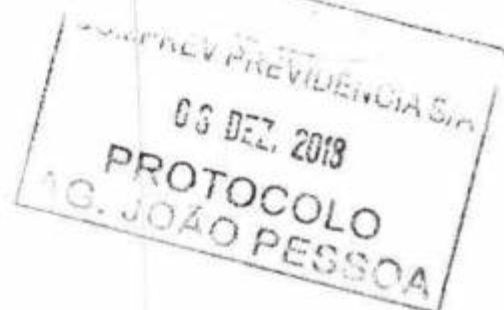
Médico Solicitado: OSMINDO JOSE VIEIRA LOPES

Descrição: PROVÁVEL FRATURA DE ANTEBRAÇO.

Walter Luiz B. Almeida
CRM 003359

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

CRM 003359



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Impresso por consultoripa em 30/12/2017 00:32:48 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - INTERMUNICIPAL PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Conselho / Número Cons.: CRM 003359

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1721559

Leito:

Admissão: 30/12/2017 00:10

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2301354 (FECHADO)

Responsável: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES - CRM 003359 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência:

30/12/2017

Data/Hora do Documento:

30/12/2017 00:24

PACIENTE SOFREU ACIDENTE COM MOTOCICLETA PARESENTANDO ESCORIAÇÕES GENERALIZADAS, E CONTUSÃO NO ANTEBRAÇO DIEREITO COM EDEMA + DOR INTENSA, NEGA VOMITOS , OU OUTROS SINTOMAS.

EGR , EUPNEICO , CORADO , GLASGOW 15.

ACV E AR : NDN

ABDOMEN: PLANO , FLACIDO ,INDOLOR:

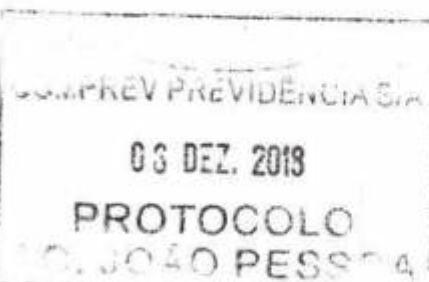
EXTREMIDADES: PROVÁVEL FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

ALTA CIRURGIA GERAL

PARECER DA ORTOPEDIA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

CRM 003359



Hospital

Unimed

João Pessoa



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE:

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

APTO:

UNID. DE INTERN

Nasc.: 26/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
AL: 1721569 Di. Atend.: 30/12/2017 0:10:01
Cartão: 10333100074004480
Mãe: JERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

ATEND.:

MÉDICO:

Dr. Nelson J. Silva

DATA: 30/12/17

ÍTEM DA PRESCRIÇÃO

QF

HORÁRIO

0 Duto oral zero aspirin 100mg

0 - furosemida 40mg IV 12/12 1x 02

0 - Digoxina 0,5mg IV 1x 20 02

0 zero furosemida 40mg IV 1x 02

0 - SSVV + CUCU

Jr. Nilton da Silva Linnare:
CRM: 5044-033/0.505044-
Especialista em cardiologia

30/12/17

RESERVADO À FARMÁCIA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASS. MÉDICO

ASS. DISPENSADOR

COD. 589

F(G).GSUP.001-1

CONFERE COM ORIGINAL

Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:F2844
Em: 30/12/2017 06:50

Paciente...: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE DL Nasc: 25/05/1997 Idade.: (20a 7m 6d)
Atendimento: 1721559 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 30/12/2017 - Hr. Int.: 00:10 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: ROBERTHA
FLAVIA MAROJA CAVALCANTE Convênio.: UNIMED JOAO PESSOA
Médico.: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES - CRM 003359
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição.: 2301655 | Data.: 30/12/2017 | Hr.: 06:44
Diagnóstico.: | Cid.: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO
Altura.: | Sup. Corporea.:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: IRIS PEREIRA DE ANDRADE - COREN: 328066
FUNÇÃO: ENFERMEIRO (A)

1ª VIA



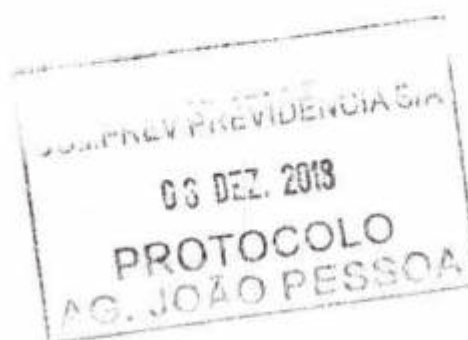
Peso.: |

Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 PROPORCIONAR AMBIENTE COM BAIXOS RUIDOS COM MANUSEIO MINIMO					CONTINUO	[30/12] 06:44
ATENTAR E COMUNICAR AO ENFERMEIRO ALTERAÇÃO SSVV Obs.: REGISTRAR NO BH E ANOTAR NO PRONTUÁRIO					CONTINUO	[30/12] 06:44
4 AFERIR E ANOTAR SINAIS VITAIS Obs.: DE 3/3HORAS					CONTINUO	[30/12] 06:44
5 REALIZAR LAVAGEM DA MAOS ANTES E APOS CONTATO COM O PACIENTE					CONTINUO	[30/12] 06:44
6 FAZER USO DE EPI Obs.: SEMPRE QUANDO INDICADO					CONTINUO	[30/12] 06:44
7 OBSERVAR SINAIS FISIOLÓGICOS Obs.: COMUNICAR E ANOTAR ALTERAÇÕES					CONTINUO	[30/12] 06:44

IRIS PEREIRA DE ANDRADE
COREN 328066



Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Conselho / Número Cons.: CRM 003359

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1721559

Leito:

Admissão: 30/12/2017 00:10

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2301656 (FECHADO)

Responsável: IRIS PEREIRA DE ANDRADE - COREN 328066

Data de Referência:

30/12/2017

Data/Hora do Documento:

30/12/2017 06:45

*ÁREA VERDE**LEITO - 01**

*HD: FRATURA DE PUNHO D

*COMORBIDADES: NEGA

*ALERGIAS: NEGA

06:00H Paciente deu entrada no serviço com relato de acidente de moto e dor intensa em MSD. No momento evolui consciente, orientado, eupneico, em ar ambiente, afebril, normocárdico, normotenso, anictérico, normocorado, contactua com o examinador, abdome globoso, distendido, flácido e indolor a palpação, diurese espontânea. Apresenta pele íntegra, sem LPP, boa perfusão periférica, sem edema, restrita ao leito. Realizou RX de MSD que evidenciou fratura de punho. Segue em observação, aguardando procedimento cirúrgico.

#CONDUTAS:

Atentar e comunicar para queixas algicas do paciente;
Atentar e comunicar presença de sangramento;
Observar presença de sinais flogísticos em AVP;
Solicitar a enfermagem para esclarecimento de dúvidas.

*** METAS:**

Manter SSVV dentro dos parâmetros de normalidade;
Proporcionar alívio da dor sempre que necessário;
Manter pele íntegra;
Manter livre de infecção;
Oferecer assistência qualificada e integral;
Promover alta segura.

IRIS PEREIRA DE ANDRADE
COREN 328066



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Atendimento: 1721659	
Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE	Idade: 20 Anos, 7 Meses
Nome da Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE	Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 25/05/1997	Convênio: UNIMED JOAO PESSOA
Tipo Sanguíneo:	Naturalidade:
Estado Civil: SOLTEIRO	Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL
Responsável: IRIS PEREIRA DE ANDRADE	Profissão:

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: 43649 (FECHADO)

Data do Hist.: 30/12/2017-06:42

ENTREVISTA

QUEIXAS DO PACIENTE

PROCEDÊNCIA	Residência;
QUAL O PERFIL DO PACIENTE?	paciente adulto;
QUAIS AS PRINCIPAIS QUEIXAS DO PACIENTE?	dor;

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

JÁ HOUVERAM HOSPITALIZAÇÕES RELACIONADAS A ESTA DOENÇA?	não;
--	------

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS E/OU PATOLÓGICOS

IMUNIZAÇÕES	Não soube informar;
FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO?	não;
APRESENTA ALGUM TIPO DE ALERGIA?	não;

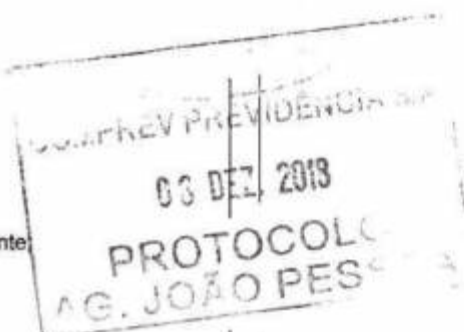
HISTÓRIA PATOLÓGICA FAMILIAR

HÁ HISTÓRIA NA FAMÍLIA DAS DOENÇAS ABAIXO RELACIONADAS?	hipertensão;
HÁ HISTÓRIA DE DOENÇAS GESTACIONAL?	não se aplica;
HÁ PESQUISA DE SOROLOGIA MATERNA?	não se aplica;

NECESSIDADES BÁSICAS

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

SONO E REPOUSO	normal;
ALIMENTAÇÃO	Oral;
HIDRATAÇÃO	oral;
ELIMINAÇÕES/INTESTINAL	normal;
ELIMINAÇÕES/URINÁRIA	normal;
MENSTRUAÇÃO	não se aplica;
CUIDADO CORPORAL	auto-cuidado deficiente



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Atendimento: 1721559	
Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE	Idade: 20 Anos 7 Meses
Nome da Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE	Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 25/05/1997	Convênio: UNIMED JOAO PESSOA
Tipo Sanguíneo:	Naturalidade:
Estado Civil: SOLTEIRO	Sector: PA - POSTO / OBS: GERAL
Responsável: IRIS PEREIRA DE ANDRADE	Profissão:

EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM

CABEÇA E PESCOÇO

CABEÇA	sem alterações;
OUVIDOS	sem alterações;
OLHOS	sem alterações;
BOCA	sem alterações;

SISTEMA RESPIRATÓRIO

AValiação GERAL	eupneico;
-----------------	-----------

SISTEMA CARDIOVASCULAR

AValiação GERAL	não se aplica;
PELE/COR	normal;

SISTEMA DIGESTÓRIO

ABDÔMEN	plano; flácido; indolor à palpação;
RUIDOS HIDROAÉREOS	normais;

SISTEMA GENITOURINÁRIO

AValiação GERAL	sem alterações;
-----------------	-----------------

SISTEMA OSTEOARTICULAR

AValiação GERAL	sem alterações;
-----------------	-----------------

SISTEMA NEUROLÓGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	orientado; Consciente;
PUPILAS	isocóricas foto reagentes (IFR);
SENSIBILIDADE/FALA/MOTRICIDADE	sem déficit;

AValiação PSICOLÓGICA

AValiação GERAL	sem alterações;
-----------------	-----------------



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Atendimento: 1721559

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses

Nome da Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 25/05/1997

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Tipo Sanguíneo:


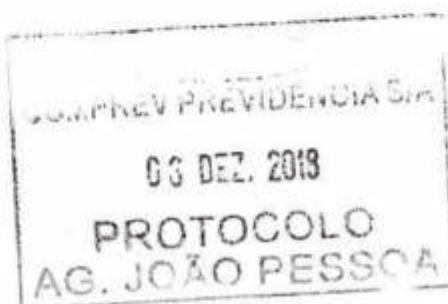
Naturalidade:

Estado Civil: SOLTEIRO

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL -

Responsável: IRIS PEREIRA DE ANDRADE

Profissão:



IRIS PEREIRA DE ANDRADE
COREN - 328066

Avaliação

Prontuário: 143305	
Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE	Idade: 20 Anos
Prestador(a) Assistente/Conselho: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	003359
Função: MEDICO(A) COOPERADO	
Atendimento: 1721559	30/12/2017 12:10
Convênio: UNIMED JOAO PESSOA	Plano: BASICO
Prestador responsável pelo documento: IRIS PEREIRA DE ANDRADE	COREN: 328056
Função: ENFERMEIRO (A)	
Indicador: PRÓT. TEV CIRÚRGICO - CAPRINI (FECHADO)	30/12/2017 06:45
IDADE 41 - 60	0 - NÃO
CIRURGIA DE GRANDE PORTE PRÉVIA < 1 MÊS	0 - NÃO
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	0 - NÃO
CIRURGIA DE PEQUENO PORTE	0 - NÃO
DOENÇA PULMONAR GRAVE	0 - NÃO
DPOC	0 - NÃO
EDEMA MMII	0 - NÃO
GRAVIDEZ E PÓS-PARTO (1 < MÊS)	0 - NÃO
IAM	0 - NÃO
ICC	0 - NÃO
OBESIDADE	0 - NÃO
PERDA FETAL / ABORTO	0 - NÃO
CONTRACEPTIVO ORAL / TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL	0 - NÃO
RESTRIÇÃO DE LEITO	1 - SIM
SEPSIS (<1 MÊS)	0 - NÃO
VARIZES	0 - NÃO
IDADE 61 - 74	0 - NÃO
ARTROSCOPIA	0 - NÃO
CÂNCER	0 - NÃO
CATETER VENOSO CENTRAL	0 - NÃO
CIRURGIA DE GRANDE PORTE (> 45 MIN)	0 - NÃO
RESTRIÇÃO AO LEITO (>72 HORAS)	0 - NÃO
IMOBILIZAÇÃO POR GESSO	0 - NÃO
IDADE > OU = 75 ANOS	0 - NÃO
ANTICOAGULANTE LÚPICO	0 - NÃO
ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA	0 - NÃO
FATOR V DE LEIDEN	0 - NÃO
HISTÓRIA FAMILIAR DE TEV	0 - NÃO
HISTÓRIA PRÉVIA DE TEV	0 - NÃO
HOMOCISTEÍNA ELEVADA	0 - NÃO
PROTROMBINA 20210 A	0 - NÃO
TROMBOCITOPENIA POR HEPARINA	0 - NÃO
AVC (< 1 MÊS)	0 - NÃO
ARTROPLASTIA	0 - NÃO

HOSPITAL UNIMED

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Avaliação

30/12/2017 06:51

Emitido por: F2844

Página 2 de 2

Avaliação

RESULTADO	1.0
INTERPRETAÇÃO	BAIXO RISCO
INTERVENÇÃO	DEAMBULAÇÃO PRECOCE / FISIOTERAPIA

IRIS PEREIRA DE ANDRADE

COREN: 328066



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

HOSPITAL UNIMED

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Avaliação

30/12/2017 06:51

Emitido por: F2844

Página 1 de 1

Avaliação

Prontuário: 143305	
Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE	Idade: 20 Anos
Prestador(s) Assistente/Conselho: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	003359
Função: MEDICO (A) COOPERADO	
Atendimento: 1721559	30/12/2017 12:10
Convênio: UNIMED JOAO PESSOA	Plano: BASICO
Prestador responsável pelo documento: IRIS PEREIRA DE ANDRADE	COREN: 328066
Função: ENFERMEIRO (A)	
Indicador: ESCALA WATERLOW (FECHADO)	30/12/2017 06:44
IMC	0 - MEDIA
TIPO DE PELE	0 - SAUDÁVEL
TIPO DE PELE	0 - SAUDAVEL
IDADE	1 - 14 - 49
MOBILIDADE	0 - TOTAL
DEFICIENCIA DE CAUSA NEUROLOGICA	0 - NÃO SE APLICA
CIRURGIA DE GRANDE PORTE/TRAUMA	0 - NÃO SE APLICA
CONTINENCIA	1 - OCASIONALMENTE INCONTINENTE
SUBNUTRIÇÃO DO TECIDO CELULAR	0 - NÃO SE APLICA
APETITE/INGESTA	3 - DIETA SUSPensa
SUBNUTRIÇÃO DO TECIDO CELULAR	0 - NÃO SE APLICA
SEXO	1 - MASCULINO
MEDICAÇÃO	0 - NÃO SE APLICA
MEDICAÇÃO	0 - NÃO SE APLICA

IRIS PEREIRA DE ANDRADE

COREN: 328066



Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Data de Nascimento: 25/05/1997

Idade: 20

DIAGNÓSTICO(S) DE ENFERMAGEM

ATENDIMENTO: 1721559

DIAGNÓSTICO REALIZADO: 140684

30/12/2017 06:43

PRESTADOR: IRIS PEREIRA DE ANDRADE

DIAGNÓSTICO: ANSIEDADE

DEFINIÇÃO: FATOR RELACIONADO AO ESTADO MENTAL E PSICOLÓGICO

NOTA: RESULTADOS ESPERADOS: MELHORA DO NÍVEL DE ANSIEDADE
FATORES RELACIONADOS: MEDO, MEDO DA MORTE, NEGAÇÃO.
EVIDENCIADO: CHORO, ANGÚSTIA.

DOM/CLASS:

CARACT/

FATORES:

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA INFECÇÃO

DEFINIÇÃO: INDIVÍDUO COM RISCO AUMENTADO PELA INVASÃO DO PATÓGENO.

NOTA: RESULTADOS ESPERADOS: MELHORA DO RISCO, AUSÊNCIA DO RISCO.
FATORES RELACIONADOS: PROCEDIMENTOS INVASIVOS.
EVIDENCIADO: FEBRE, RELATO, DOR, DISPNEIA.

DOM/CLASS:

CARACT/

FATORES:

DIAGNÓSTICO: RISCO DE LESÃO

DEFINIÇÃO: RISCO ACENTUADO DE DANO FÍSICO CAUSADO POR FATORES DE RISCO NEONATAIS

NOTA: O RN APRESENTARÁ MELHORA DO QUADRO CLÍNICO, (COLORAÇÃO DA PELE).

DOM/CLASS:

CARACT/

FATORES:

DIAGNÓSTICO: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA RELAC. A FATORES EXT E INT.

DEFINIÇÃO: INTERRUPÇÃO NA INTEGRIDADE DA PELE

NOTA: VIGILÂNCIA DA PELE; POSICIONAMENTO; PROTEÇÃO CONTRA INFECÇÃO; INTEGRIDADE TISSULAR;
PELE E MUCOSAS

DOM/CLASS:

CARACT/

FATORES:



IRIS PEREIRA DE ANDRADE
COREN 328066

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY

DATA: 30/12/2017 06:50
IMP. POR: IRIS PEREIRA DE ANDRADE

PACIENTE (CÓD.): 143305 SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
DATA NASCTO: 25/05/1997 IDADE: 20 SEXO:
NOME DA MÃE: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE
CONVÊNIO: UNIMED JOAO PESSOA
U. INTERNAÇÃO:

ATENDIMENTO: 01721559
DATA ATEND: 30/12/2017 00:10
CARTEIRA: 00333100074004490
PLANO: BASICO
SETOR: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Riscos do Paciente:

- ☒ Queda
- ☐ Broncoaspiração
- ☒ Flebite
- ☒ Perda de Dispositivos
- ☐ Nutricional
- ☐ Úlcera por Pressão ☒ Sem Risco ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto
- ☒ Infecção
- ☒ Extravasamento
- ☐ Extravasamento QT
- ☐ Outros Riscos:



IRIS PEREIRA DE ANDRADE
COREN: 328066

Atendimento: 1721559

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Data de Nascimento: 25/05/1997

Médico Assistente: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Prestador Responsável: MAYARA DRIELE D. DOS SANTOS LINO

Conselho / Número COREN 869423

Idade: 20 Anos 7 Meses

Leito Atual:

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Data anotação: 30/12/2017

Hora anotação: 07:11

Responsável: MAYARA DRIELE D. DOS SANTOS LINO

Leito:

Anotação

SALA VERDE LEITO 01

00:00 RECEBO PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA APRESENTANDO ESCORIAÇÕES GENERALIZADAS E FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, AR AMBIENTE, COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA SOLICITADO INTERNAÇÃO SEGUE AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

07:30 REALIZADO AVP EM MSE COM JELCO 18.

08:00 MEDICADO CPM.

09:00 OFERTADO DIETA DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA.

11:10 PACIENTE ENCAMINHADO A O APTO 551 B



MAYARA DRIELE D. DOS SANTOS LINO
COREN 869423

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Atendimento: 1721559

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses

Data de Nascimento: 25/05/1997

Leito Atual:

Médico Assistente: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Prestador Responsável: ROZEANE DE FRANCA PEREIRA

Conselho / Número COREN 376854

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Data anotação: 30/12/2017

Hora anotação: 06:40

Responsável: ROZEANE DE FRANCA PEREIRA

Leito:

Anotação:

ALA VERDE LEITO 01

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO PACIENTE APRESENTANDO ESCORIAÇÕES, APOIS DERRAPAR DE MOTO APRESENTANDO FRATURA NO ATEBRAÇO DIREITO COM EDEMA E DOR INTENSA, SENDO MEDICADO CPM, SEGUE IINTERNO, PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, AOS CUIDDAOS GERAIS DA EQUIPE PLANTONISTA.

PREVIDÊNCIA Sim
03 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Rozeane de Franca Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 376854

ROZEANE DE FRANCA PEREIRA
COREN 376854

Atendimento: 1721559

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses

Data de Nascimento: 25/05/1997

Leito Atual:

Médico Assistente: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Prestador Responsável: JOSE SEVERINO MOUSINHO DE BRITO

Conselho / Número COREN 386939

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Data anotação: 30/12/2017

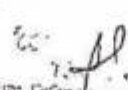
Hora anotação: 06:27

Responsável: JOSE SEVERINO MOUSINHO DE BRITO

Leito:

Anotação:

PACIENTE VEIO DA CIRURGIA COM OM PARECER COM FRATURA DE PUNHO FOI MEDICADO IMOBILIZADO, E SOLICITADO
II RNAÇÃO PARA CIRURGIA.


JOSE SEVERINO MOUSINHO DE BRITO
COREN 386939

Atendimento: 1721559

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Data de Nascimento: 25/05/1997

Médico Assistente: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Prestador Responsável: IRINALDA DA COSTA ARAUJO

Conselho / Número COREN 122602

Idade: 20 Anos 7 Meses

Leito Atual:

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Data anotação: 30/12/2017

Hora anotação: 00:35

Responsável: IRINALDA DA COSTA ARAUJO

Leito:

Anotação

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM MULTIPLAS ESCORIAÇÕES, REALIZADO CURATIVO,
SOLICITADO RX E PARECER DA ORTOPEDIA, PC ENCAMINHADO PRA RX.

COMPREV PREVIDENCIA S/A
03 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Irinalda da Costa ARAUJO
Téc. Enfermagem
COREN 731


IRINALDA DA COSTA ARAUJO
COREN 122602

Atendimento: 1721559

Data de 30/12/2017

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA
CAVALCANTE

Data de Nascimento: 25/05/1997 Idade: 20

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

Prestador(a) Assistente: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES / CRM - 003359

Função: MEDICO (A) COOPERADO

Prestador responsável pelo documento: ROZEANE DE FRANCA PEREIRA / COREN - 376854

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

AFERIÇÃO

Descrição	Valor	Instrumento Utilizado	Responsável	Conselho	Data
PAS	120.0 (MMHG)	ESFIGMOMANÔMETRO	ROZEANE DE FRANCA	COREN - 376854	30/12/17 06:39
PAD	70.0 (MMHG)	ESFIGMOMANÔMETRO	ROZEANE DE FRANCA	COREN - 376854	30/12/17 06:39
EMP	36.0 (GRAUS CELSIUS)	TERMOMETRO	ROZEANE DE FRANCA	COREN - 376854	30/12/17 06:39

Rozeane de Franca Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN PB 376854

ROZEANE DE FRANCA PEREIRA
COREN 376854

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

Unimed

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Unimed

3210442017123000063

01

201702513608



10975183

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Nasc. 28/05/1997 1099620 Sexo M
Al. 1721559 Di. Aline 20/12/2017 0.10 01
Carteira: 003316074004480
Mãe: ROBERTHA PLAVIA MAROJA CAVALCANTE

Samuel Felipe Maroja Cavalcante

Unimed São Paulo
Unimed São Paulo
Unimed São Paulo

40803112

Tratado no ref. 100
RX 2 June 0 em Jeff

01 01

110176

Hosp. Unimed SP

EXAME
UTILIZADO

fa
02:30

UNIMED PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ÁREA
AMARELA

10975184

Nº 32104-4

201702543621

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
NASC: 25/05/1997 1000920 Sexo: M
AI: 1721059 Di. Alard: 30/12/2017 9:10:01
Cartão: 00323105074054650
MÃE: ROBERTHA FLÁVIA MAROJA CAVALCANTE

felipe

30711037

01

786/2018 Coleção de auto

PREV. PREVIDÊNCIA Sim
03 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 425311

ÁREA
DELA

1 - Registro em 321044		2 - Número do Guia Principal	
3 - Data de Análise		4 - Sexo	5 - Data validade da Guia
6 - Número da Carteira 00333100074004490		7 - Unidade de Cuidado	8 - Nome SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
9 - Cód. Nacional de Saúde		10 - Atendimento: a) R/N N	
Dados do Solicitante			
11 - Categoria Operadora 110176		12 - Nome do Contratado UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO	
13 - Nome do Profissional Solicitante WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES		14 - Conselho Profissional 6	15 - Número no Conselho 003350
16 - UF 25		17 - Código CBO 225225	18 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
19 - Caracter. Atend. 2	20 - Data da Solicitação 30/12/2017	21 - Indicação Clínica PROVÁVEL FRATURA,	
22 - Tabela 22	23 - Código do Procedimento 430010M	24 - Descrição 404 - Anestesia	25 - Data Rec. 26 - Data Aut.
Dados do Contratado Executante			
27 - Código no Operadora 110176		28 - Nome do Contratado UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO	
29 - Tipo de Consulta		30 - Código CBO 3056724	
Dados do Atendimento			
31 - Indicação do Atendimento (Assinatura do Médico Responsável)		32 - Tipo de Atendimento	
Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados			
33 - Data	34 - Hora Inicial	35 - Hora Final	36 - Tabela At. - Código do Procedimento
37 - Descrição	38 - Data	39 - Via	40 - Via
41 - Via	42 - Via	43 - Via	44 - Via
45 - Via	46 - Via	47 - Via	48 - Via
49 - Via	50 - Via	51 - Via	52 - Via
53 - Via	54 - Via	55 - Via	56 - Via
57 - Via	58 - Via	59 - Via	60 - Via
61 - Via	62 - Via	63 - Via	64 - Via
65 - Via	66 - Via	67 - Via	68 - Via
69 - Via	70 - Via	71 - Via	72 - Via
73 - Via	74 - Via	75 - Via	76 - Via
77 - Via	78 - Via	79 - Via	80 - Via
81 - Via	82 - Via	83 - Via	84 - Via
85 - Via	86 - Via	87 - Via	88 - Via
89 - Via	90 - Via	91 - Via	92 - Via
93 - Via	94 - Via	95 - Via	96 - Via
97 - Via	98 - Via	99 - Via	100 - Via
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
101 - Nome do Profissional	102 - Conselho Profissional	103 - Número no Conselho	104 - UF
105 - Código CBO	106 - Assinatura do Profissional	107 - Assinatura do Profissional	108 - Assinatura do Profissional
109 - Assinatura do Profissional	110 - Assinatura do Profissional	111 - Assinatura do Profissional	112 - Assinatura do Profissional
113 - Assinatura do Profissional	114 - Assinatura do Profissional	115 - Assinatura do Profissional	116 - Assinatura do Profissional
117 - Assinatura do Profissional	118 - Assinatura do Profissional	119 - Assinatura do Profissional	120 - Assinatura do Profissional
121 - Assinatura do Profissional	122 - Assinatura do Profissional	123 - Assinatura do Profissional	124 - Assinatura do Profissional
125 - Assinatura do Profissional	126 - Assinatura do Profissional	127 - Assinatura do Profissional	128 - Assinatura do Profissional
129 - Assinatura do Profissional	130 - Assinatura do Profissional	131 - Assinatura do Profissional	132 - Assinatura do Profissional
133 - Assinatura do Profissional	134 - Assinatura do Profissional	135 - Assinatura do Profissional	136 - Assinatura do Profissional
137 - Assinatura do Profissional	138 - Assinatura do Profissional	139 - Assinatura do Profissional	140 - Assinatura do Profissional
141 - Assinatura do Profissional	142 - Assinatura do Profissional	143 - Assinatura do Profissional	144 - Assinatura do Profissional
145 - Assinatura do Profissional	146 - Assinatura do Profissional	147 - Assinatura do Profissional	148 - Assinatura do Profissional
149 - Assinatura do Profissional	150 - Assinatura do Profissional	151 - Assinatura do Profissional	152 - Assinatura do Profissional
153 - Assinatura do Profissional	154 - Assinatura do Profissional	155 - Assinatura do Profissional	156 - Assinatura do Profissional
157 - Assinatura do Profissional	158 - Assinatura do Profissional	159 - Assinatura do Profissional	160 - Assinatura do Profissional
161 - Assinatura do Profissional	162 - Assinatura do Profissional	163 - Assinatura do Profissional	164 - Assinatura do Profissional
165 - Assinatura do Profissional	166 - Assinatura do Profissional	167 - Assinatura do Profissional	168 - Assinatura do Profissional
169 - Assinatura do Profissional	170 - Assinatura do Profissional	171 - Assinatura do Profissional	172 - Assinatura do Profissional
173 - Assinatura do Profissional	174 - Assinatura do Profissional	175 - Assinatura do Profissional	176 - Assinatura do Profissional
177 - Assinatura do Profissional	178 - Assinatura do Profissional	179 - Assinatura do Profissional	180 - Assinatura do Profissional
181 - Assinatura do Profissional	182 - Assinatura do Profissional	183 - Assinatura do Profissional	184 - Assinatura do Profissional
185 - Assinatura do Profissional	186 - Assinatura do Profissional	187 - Assinatura do Profissional	188 - Assinatura do Profissional
189 - Assinatura do Profissional	190 - Assinatura do Profissional	191 - Assinatura do Profissional	192 - Assinatura do Profissional
193 - Assinatura do Profissional	194 - Assinatura do Profissional	195 - Assinatura do Profissional	196 - Assinatura do Profissional
197 - Assinatura do Profissional	198 - Assinatura do Profissional	199 - Assinatura do Profissional	200 - Assinatura do Profissional

Impresso por: ACESEDPRD Data/Hora: 30/12/2017 00:30:18

Atendimento: 1721559

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA



1721559

UNIMED PREVIDENCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Atendimento: 1721667
Convênio: 3 UNIMED JOAO PESSOA Plano: 1 BASICO
Matrícula: 00333100074004490 N.º Guia: 201702543705
Titular: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Senha: 201702543705
Filiação: TEMUGIM CAVALCANTE DA SILVA
ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE Estado Civil: SOLTEIRO
Nascimento: 25/05/1997 20a 7m 6d Sexo: MASCULINO Identidade: 4031679
End. Pac.: PRACA ANTENOR NAVARRO Bairro: CENTRO
Cidade: SANTA RITA UF: PB CEP.:
Telefone(s): 83-8770-4425

Prontuário: 143305 N. Dias de Autoriz.: 2 CID: S526
Dt. e Hr. Intern.: 30/12/2017 10:52
Médico(s): MILTON DA SILVA LINHARES CRM: 004714 Tel.:
Procedimento(s):
30720095 FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO CC



Usuário: LUZIVANIA RAMALHO DA SILVA FONTES 30/12/2017

10:53

Impresso por parecepcao em 30/12/2017 10:53:38 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

Hospital

Unimed, 

João Pessoa

Cooperativa de Trabalho Médico

201800002963

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
Al.: 1721667 DI Atend.: 30/12/2017 10:52:22
Carteira: 00333100074004490

Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

LAUDO MI

Solicitação

☒ 157 de UTI

☒ Mudança de Procedimento

☒ Prorrogação de Internamento

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Procedimento de Alto Custo

☐ Outros

Nome do paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Nº GICH: _____

Código Usuário: _____ Hospital: H. UNIMED

Data Internação: 30/12/17 Previsão de Alta: _____

Justificativa: (Detalhada e Legível)

PACIENTE SOFREU FRATURA GRAVE E COMINUTIVA DE RÁDIO E ULA DISTAL DIREITO COM DESVIO CAUSANDO COMPRESSÃO ANTERIOR E VENOSA.

SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA USO DE SEGUINTE MATERIAL:

Data: _____

Ass. Médico Solicitante
CRM: _____

Autor: _____

10 PARAFUSOS DE BLOQUEIO ANATÔMICA DE FRATURA DE RÁDIO E ULA DISTAL EM TITÂNIO

Data: 30/12/17

Ass. Médico Auditor

uf

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Partes contratantes ou nomeadas no CONTRATO

PACIENTE: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Portador da Cédula de Identidade nº 4031679 - SSPPB CPF nº 10663342422

Estado Civil: S Nacionalidade: BRASILEIRO

Residente na: PRACA ANTENOR NAVARRO - CASA - CENTRO

Nº: 54 Cidade: SANTA RITA Estado: PB

Telefones: 83-8770-4426

RESPONSÁVEL: (o acompanhante/responsável. Na ausência do acompanhante/responsável o paciente passa a ser o Responsável):
RACHEL CHRISTINA PEDROSA

Portador da Cédula de Identidade nº CPF nº 52624994491

Estado Civil: Nacionalidade:

Residente na:

Nº: Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB

Telefones:

CONTRATADA: Hospital Unimed João Pessoa, inscrito no CNPJ 08.680.639/0004-10
39, Inscrição Estadual Isenta, com sede nesta Capital, na Avenida Ministro José
Américo 1338 Torre - João Pessoa - PB

Médico Responsável: MILTON DA SILVA LINHARES
CRM: 004714

01. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por sua admissão no Hospital Unimed João Pessoa, simplesmente **HOSPITAL UNIMED**.

02. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** portador do CPF 52624994491, por força deste instrumento e na melhor forma de direito, obriga-se, e aos seus herdeiros e sucessores, nos termos da Legislação Civil Brasileira, a pagar toda e qualquer despesa decorrente da internação do paciente SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE, registro nº 1721887, para tratamento clínico e/ou cirúrgico, responsabilizando-se por pagamentos totais, parciais e complementares que lhe forem exigidos e necessários para efeito de cobertura das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames e outros correlatos, abrangendo a dita responsabilidade por todo período de internação, até a obtenção da alta médica, exceto nos casos em que o **CONVÊNIO/OPERADORA** autorizar previamente.

03. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.

PROT. PREVIDENCIA S/O
06 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA 3

04. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
05. O **HOSPITAL UNIMED** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e/ou laboratoriais indicados/requisitados pelo **MÉDICO** e seus **ASSISTENTES** ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
06. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nomeia o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
07. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL UNIMED** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
08. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante do Código de Ética Médica.
09. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL UNIMED**, nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais previstas na legislação ou autorizadas por autoridade judicial, notificações compulsórias previstas na legislação em vigor ou auditorias de contas pela **OPERADORA**.
10. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
11. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** é responsável pela guarda dos objetos pessoais e de valor, desde a sua admissão até a alta médica, sejam estes do **PACIENTE**, **ACOMPANHANTES** OU **VISITANTES**. O **HOSPITAL UNIMED** recomenda ao **PACIENTE** que valores, jóias e equipamentos eletrônicos, não sejam mantidos no **HOSPITAL**, pois não se responsabilizará por sua guarda.
12. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do **HOSPITAL UNIMED**, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste.
13. Caso o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** seja transferido para uma das **UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**, seus acompanhantes deverão desocupar o leito. A permanência destes estará condicionada à **disponibilidade de leitos por parte do HOSPITAL**, bem como ao pagamento de taxa de ocupação (diária) de acordo com a **Tabela de Preços do Hospital Unimed**, mesmo para pacientes de categoria convênio.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de diárias praticada pelo **HOSPITAL UNIMED**, que está à disposição para consulta no caixa do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem prévio aviso.

03 DEZ 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**Hospital**
Unimed
João Pessoa

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

AV. Min. José Américo de Almeida (Beira Rio), 1338 - Torre - João Pessoa - Paraíba

CEP: 58040-302 - Fone: (083) 3506-9100 / (083) 3506-9200

E-Mail: unimed@unimedjp.com.br

30/12/2017

15. Fica o **HOSPITAL UNIMED** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicatas de prestação de serviços para fins de cobrança dos procedimentos médicos-hospitalares usufruídos.
16. O montante cobrado na conta hospitalar será calculado de acordo com os valores constantes da tabela vigente no momento da realização dos serviços, acrescido da correção monetária e juros moratórios pertinentes.
17. **PACIENTE internado por intermédio de Operadora de plano ou seguro saúde (convênio)** deverá observar o disposto no contrato firmado com a sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro saúde. **O HOSPITAL UNIMED irá atender de acordo com a cobertura informada pela OPERADORA**, sendo que o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** fica ciente de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a tabela do **HOSPITAL UNIMED**, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.
18. O valor dos honorários médicos dos profissionais responsáveis pela admissão e tratamento do **PACIENTE** não está incluído na conta hospitalar, sendo o pagamento de tais honorários de exclusiva responsabilidade do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, exceto quando autorizados pelo convênio/operadora.
19. A fatura emitida pelo **HOSPITAL UNIMED**, decorrente dos serviços prestados, contemplarão os serviços, medicamentos, materiais e taxas sendo que poderá ser emitida no momento da alta hospitalar ou encaminhada posteriormente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** através de boleto bancário acompanhado da respectiva Nota Fiscal ou comparecimento ao **HOSPITAL** para quitação do débito, ressalvados aqueles que estejam cobertos pelos respectivos convênios/operadoras.
20. Alguns serviços prestados pelo **HOSPITAL**, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pela **CONVÊNIO/OPERADORA** e por isso serão faturadas diretamente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** de acordo com a Tabela do **HOSPITAL UNIMED** de preços vigente.
21. As despesas com alimentação de acompanhantes serão faturadas na conta do paciente. Consulte seu **CONVÊNIO/OPERADORA** sobre eventual cobertura de despesas com alimentação de acompanhantes. Em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com o Estatuto do Idoso, o Hospital fornece todas as condições aos acompanhantes para que permaneçam com os pacientes, sendo disponibilizado local para repouso e opções de refeição por meio da copa ("room service") ou da lanchonete no 4º andar.
22. Dietas enterais, parenterais e especiais não estão inclusas nas diárias (salvo quando autorizados previamente pelo convênio/operadora). Alguns itens utilizados durante a internação e/ou procedimentos poderão não ter cobertura do **CONVÊNIO/OPERADORA**. O Hospital Unimed não tem ciência prévia de todos. Sugerimos que o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** consulte seu **CONVÊNIO/OPERADORA** para obter informações, sempre que não houver certeza de cobertura. Os itens sem cobertura serão faturados na categoria particular e cobrados do **PACIENTE/RESPONSÁVEL** posteriormente.
23. É vedado gravar imagens ou fotografar as instalações do Hospital, bem como procedimentos ou atendimentos que estejam sendo realizados pelos profissionais do Hospital. A utilização de "web

can", ou qualquer outra forma de monitoramento remoto no leito do paciente, deverá observar a regra acima, devendo ser preservada a privacidade e intimidade dos pacientes e profissionais envolvidos no atendimento.

24. É vedado ao **PACIENTE**, **RESPONSÁVEL**, **ACOMPANHANTES** e/ou **VISITANTES**, trazer, guardar, expor e/ou ingerir bebida alcoólica em qualquer dos ambientes do hospital, inclusive dentro dos quartos (enfermaria/apartamento/suite), ficando o **HOSPITAL UNIMED**, através de qualquer de seus funcionários, em caso de suspeita de infringência da referida norma, autorizado a fazer a revista necessária, seja em pessoas e/ou volumes, assim como a recolher os produtos que forem encontrados, os quais serão devolvidos apenas quando da alta hospitalar.
25. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara-se ciente de que a apresentação da Guia de Internação (e todas as solicitações médicas requisitadas e autorizadas durante o período da internação), o exime dos pagamentos acima mencionados, ressalvados aqueles que não estejam cobertos pelos respectivos **CONVÊNIOS/OPERADORAS**.
26. Declara-se o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ciente da responsabilidade pelas despesas extras ocorridas no período de internamento como utilização de frigobar, refeições extras e tarifação telefônica, cujos valores serão apresentados no momento da alta hospitalar, mediante apresentação da conta hospitalar.
27. Declara-se o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ciente que a recusa ao pagamento das despesas realizadas, sem motivo justificado, levará o **HOSPITAL UNIMED** a proceder à cobrança judicial. Aos usuários do plano de saúde da **Unimed João Pessoa**, AUTORIZO, outrossim, o **HOSPITAL UNIMED** a incluir tais despesas na próxima mensalidade do plano de saúde Unimed caso não haja pagamento a vista no momento da alta hospitalar.
28. O **HOSPITAL** informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** que não queira ou não possa assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a **transferência do PACIENTE** para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o **PACIENTE** esteja em condições médicas para transferência. O convênio com o Ministério da Saúde é, **exclusivamente**, para transplantes de Fígado, Coração, Rins e Pâncreas e Rins e Pâncreas (conjugados) desde que autorizados previamente.
29. A diária vence às 11h. Após este horário será cobrada nova diária.
30. **PACIENTE/RESPONSÁVEL** declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópias dos mesmos.

21. Acertar a planilha no Foro da Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, para dirimir eventuais correntes desta prestação de serviços.

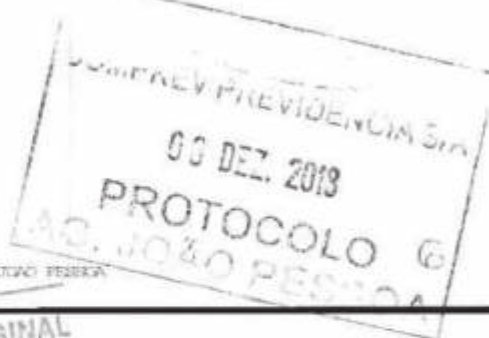
SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
At.: 1721667 Dt. Atend.: 30/12/2017 10:52:22
Carteira: 00333100074004490

Mãe: ROBERTHA FLÁVIA MAROJA CAVALCANTE

João Pessoa, 30 de 12 de 17

Paciente: _____

Responsável Legal: _____



30/12/2017



COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
AV. Min. José Américo de Almeida (Beira Rio), 1338 - Torre - João Pessoa - Paraíba
CEP: 58040-302 - Fone: (083) 3506-9100 / (083) 3506-9200
E-Mail: unimed@unimedjp.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (RESPONSÁVEL)

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) 004714 - MILTON DA SILVA LINHARES sobre os procedimentos 30720095 - FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO COT a que vai se submeter o pai SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE (Atend. 1721667) do qual sou o responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos, incluindo os transfusionais, e objetivos de tratamento. Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que o paciente deverá seguir a fim de alcançar o melhor tratamento não se limita ao procedimento realizado, sendo que o paciente deverá retornar ao consultório/hospital nos dias bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento a

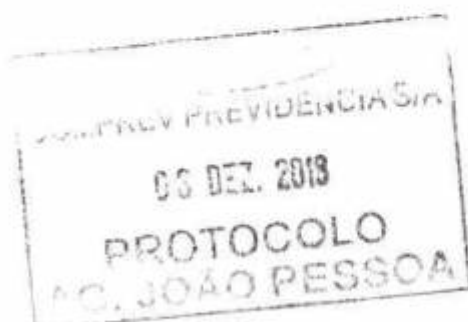
João Pessoa, 30 de 12 de 17.

Responsável

Documento de Identidade

Testemunha 1

Testemunha 2



Eu, SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
portador da identidade nº 4031679 e CPF
nº 10663342422, através deste termo:

(X) declaro que não estou trazendo para as dependências deste hospital
nenhum tipo de medicamento, assumindo assim, toda a responsabilidade em
caso de ter omitido alguma informação,

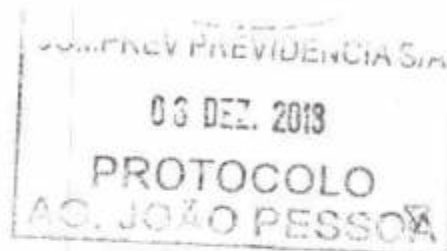
() declaro que estou trazendo para as dependências deste hospital os
medicamentos que faço uso domiciliar e estou ciente que terei que deixá-
los em armário fechado nas dependências do apartamento em que ficarei
internado, e que se as medicações vierem a ser prescritas pelo meu médico
assistente serão administradas somente pela equipe de enfermagem deste
hospital.

**Declaro ainda, estar ciente dos perigos decorrentes do desrespeito das
normas acima expostas, assumindo assim, toda a responsabilidade
sobre qualquer evento ocasionado pelo eventual descumprimento das
regras aqui insertas.**

 João Pessoa, 30 de 12 / 17

Assinatura do(a) paciente ou responsável maior de 18 anos

Nome do Paciente : SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Nº do Atendimento: 1721667
Setor : 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ
Apto : LEITO 551 B
Telefone contato : 83-8770-44
Atendente : LUZIVANIA RAMALHO DA SILVA FONTES (LFONTES)



Hospital

Unimed
João Pessoa



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: _____ APTO: _____
 UNID. DE INTERN _____ ATEND.: _____
 SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
 Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
 Al.: 1721559 Dt. Alim.: 30/12/2017 Q. 10.01
 Cartel.: 10333100074004490
 Mãe: O JERETHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

MÉDICO: Dr. Nelson J. Lemos. DATA: 30/12/14

[illegible]

RESERVADO À FARMÁCIA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

06 DEZ. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ASS. MÉDICO

ASS. DISPENSADOR

15-11-13

15-11-13

2013-11-15 14:00

15-11-13 14:00

15-11-13 14:00

15-11-13 14:00

15-11-13 14:00

15-11-13 14:00

PREV PREVIDENCIA S/A
06 DEZ. 2013
PROTOCOLO
C. JOAO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M4714
Em: 30/12/2017 22:47

Paciente...: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Dt. Nasc: 25/05/1997 Idade.: (20a 7m 7d)
Atendimento: 1721667 Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ Leito.: LEITO 551 B Internação.: 30/12/2017 - Hr. Int.: 10:52
Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE Convênio...: UNIMED JOAO
Pessoa
Médico.: MILTON DA SILVA LINHARES - CRM 004714
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição.: 2303436 | Data.: 30/12/2017 | Hr.: 22:38
Diagnóstico.: | Cid.: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporea.:

1ª VIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE Obs.: APÓS 24H					A CRITÉRIO	

SOROTERAPIA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SORO GLICOSADO 5% 500ML	1	FRASCO		IV	12/12hr - 12/12hr	[31/12] . 05 . 17
3 SORO RINGER C/ LACTATO 500ML	1	FRASCO		IV	12/12hr - 12/12hr	[31/12] . 05 . 17

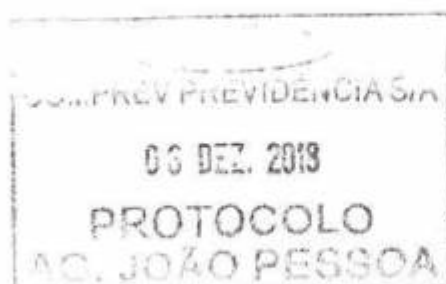
ANTIBIOTICOTERAPIA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 (D1/2) CEFALOTINA 1G FRASCO-AMPOLA I-> AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1	FRA/AMP		IV	6/6hr - 6/6hr	[30/12] . 23 [31/12] . 05 . 17

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 TRAMADON 100MG AMPOLA 2ML I-> SORO FISIOLÓGICO 0.9% BOLSA 100ML	1	AMPOLA		IV	8/8hr - 8/8hr	[31/12] . 05 . 17
6 KIT PROFENID EV I-> SORO FISIOLÓGICO 0.9% BOLSA 100ML	1	FRASCO-		IV	12/12hr - 12/12hr	[31/12] . 05 . 17
7 DAPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML I-> AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1	AMPOLA C/2ML		IV	6/6hr - 6/6hr	[30/12] . 23 [31/12] . 05 . 17
8 OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	1	CAPSULA		VO	12/12hr - 12/12hr	[31/12] . 05 . 17

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9 AFERIR E REGISTRAR SINAIS VITAIS					6/6hr - 6/6hr	[30/12] . 23 [31/12] . 05 . 17

CUIDADOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
10 CUIDADOS GERAIS					CONTINUO	[30/12] 22:38

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 004714 - FORT 6115
MILTON DA SILVA LINHARES
CRM 004714



Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1721667

Leito: LEITO 551 B

Admissão: 30/12/2017 10:52

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2303433 (FECHADO)Responsável: MILTON DA SILVA LINHARES - CRM 004714 /
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

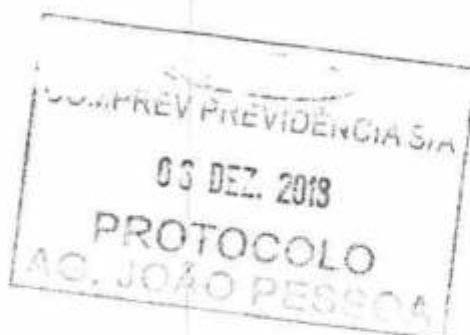
Data de Referência: 30/12/2017

Data/Hora do Documento: 30/12/2017 22:36

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA FRATURA NOS OSSOS DO
ANTEBRAÇO DIREITO, SEM INTERCORRENCIAS.

Dr. Milton da Silva Linares
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

MILTON DA SILVA LINHARES
CRM 004714



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: MILTON DA SILVA LINHARES

Relatório de Evolução

Em 31/12/2017 16:47

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 6 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1721667

Leito: LEITO 551 B

Admissão: 30/12/2017 10:52

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2304991 (FECHADO)

Responsável: MILTON DA SILVA LINHARES - CRM 004714 /
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 31/12/2017

Data/Hora do Documento: 31/12/2017 16:46

PACIENTE NO 1º DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA FRATURA NOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO, SEM INTERCORRENCIAS.
CONDUTA: ALTA HOSPITALAR.

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEST 6115
Ortopedia Traumatologia

MILTON DA SILVA LINHARES
CRM 004714



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 31/12/2017 16:48:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: SAMUEL FELIPE MAROJA
CAVALCANTE

RG: 4031679

PESO:

IDADE: 20 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 25/05/1997

PRESTADOR ASSISTENTE: MILTON DA SILVA LINHARES

DATA DE ATENDIMENTO: 30/12/2017 10:52:22

ATENDIMENTO: 1721667

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: UNIMED JOAO PESSOA

PLANO: BASICO

DIAGNOSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

31-12-2017 RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO

TRATAMENTO TERAPÊUTICO

PRESTADOR: MILTON DA SILVA LINHARES

ÚLTIMA: 31/12/2017

EVOLUÇÃO

PACIENTE NO 1º DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA FRATURA NOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO, SEM INTERCORRENCIAS.
CONDUTA: ALTA HOSPITALAR.

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: DESCOLAMENTO EPIFARIO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO C

OBSERVAÇÃO DE ALTA: PACIENTE NO 1º DPO DE FRATURAS DE EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E ULNA D, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR.



Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6715
Ortopedia Traumatologia
MILTON DA SILVA LINHARES
CRM-001714



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: RNEVES
Em: 31/12/2017 00:16

Paciente...: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Dt. Nasc: 25/05/1997 Idade.: (20a 7m 7d)
Atendimento: 1721667 Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ Leito.: LEITO 551 B Internação.: 30/12/2017 - Hr. Int.: 10:52
Dias Int.: 1 | Nome da Mãe ...: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE Convênio...: UNIMED JOAO
PESSOA
Médico...: MILTON DA SILVA LINHARES - CRM 004714
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição...: 2303585 | Data...: 31/12/2017 | Hr...: 00:16
Diagnóstico...: | Cid...: S528 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]
Peso...: | Altura...: | Sup. Corpora...:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: RAQUEL CRISTINA MENDONÇA NEVES - COREN: 053371
FUNÇÃO: ENFERMEIRO (A)

1ª VIA



PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	PROPORCIONAR AMBIENTE COM BAIXOS RUIDOS COM MANUSEIO MINIMO					EM USO	[31/12] . 11
2	AFERIR E ANOTAR SINAIS VITAIS					6/6hr - 6/6hr	[31/12] . 05 . 11 . 17 . 23
3	OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Obs.: COMUNICAR E ANOTAR ALTERAÇÕES					EM USO	[31/12] . 11
ANOTACOES		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4	OBSERVAR E ANOTAR QUEIXAS ALGICAS					EM USO	[31/12] 00:16

RAQUEL CRISTINA MENDONÇA NEVES
COREN 053371

RAQUEL CRISTINA MENDONÇA NEVES
COREN 053371



Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 1721667

Leito: LEITO 551 B

Admissão: 30/12/2017 10:52

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2302216 (FECHADO)

Responsável: MONICA MENDES SILVEIRA - COREN 222609

Data de Referência:

30/12/2017

Data/Hora do Documento:

30/12/2017 11:06

TRANSFERENCIA INTRA HOSPITALAR #LT 01 AREA VERDE PARA APTO 551#

*HD: FRATURA DE PUNHO D

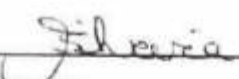
AVP: JELCO N° 20 (30/12/2017)

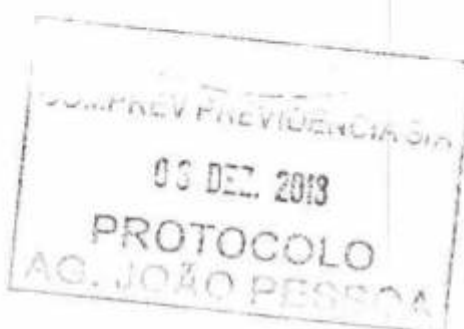
*COMORBIDADES: NEGA

*ALERGIAS: NEGA

Paciente deu entrada no serviço com relato de acidente de moto e dor intensa em MSD. No momento evolui consciente, orientado, eupneico, em ar ambiente, afebril, normocardico, normotenso, anictérico, normocorado, contactua com o examinador, abdome globoso, distendido, flácido e indolor a palpação, diurese espontânea. Apresenta pele integra, sem LPP, boa perfusão periferica, sem edema, restrita ao leito. Realizou RX de MSD que evidenciou fratura de punho. Segue aguardando procedimento cirurgico.

Encaminhado para o apto 551, sob protocolo de segurança do paciente, conduzido por maqueiro e seu acompanhante.


MONICA MENDES SILVEIRA
COREN 222609



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Watterley

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1721667

Leito: LEITO 551 B

Admissão: 30/12/2017 10:52

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2302338 (FECHADO)

Responsável: MARIA APARECIDA RIBEIRO DE MATOS - COREN 032979

Data de Referência: 30/12/2017

Data/Hora do Documento: 30/12/2017 11:57

ADMISSÃO NA INTERÇÃO CIRURGICA // 551 B // 30.1.17

PRE DE CORREÇÃO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

COMORBIDADES: NEGA

PATOLOGIAS: NEGA

ALERGIAS: NEGA

11:30min - Paciente admitido neste setor 5º TSO procedente do PA adulto vítima de queda de moto, Consciente, orientado, acordado, ansioso, deambulando, Apresenta-se com pele íntegra na região sacral, dorsal e em calcâneos, com escoriações em região lombar e em patela direita; normocorado, afebril, acianótico, eupneico, em ar ambiente; normotenso e normocárdico. Mantem CVP/MSE com boa permeabilidade e ausente de sinais flogísticos. MSD com imobilizador tipo tala gessada. Dieta VO zero desde às 09:00horas. Diurese espontânea com características fisiológicas; eliminações intestinais presentes no dia (SIC). Nega HAS, DM e uso contínuo de medicações. Nega alergia medicamentosa. Inserido no protocolo de TEV e quedas. Segue aos cuidados e aguardando procedimento cirúrgico. Cirurgia prevista para hoje a noite.

ESCORES:

News:

#RISCOS IDENTIFICADOS:

Ansiedade
Hipoglicemia

CONDUTAS:

Realizado check list de cirurgia segura;
Orientado e verificado retirada de prótese móvel dentária;
Feito orientações e inspecionado a retirada de adornos;
Realizado orientação e cumprimento do banho com clorexidina 2%;
Promover ambiente calmo e tranquilo;
Atentar para tempo de jejum;
Confirmado identificação do paciente.

METAS:

Mantem pele íntegra;
Mantem livre de infecção;
Oferecer assistência qualificada e integral;
Promover alívio da ansiedade;
Mantem jejum conforme orientação médica.



Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

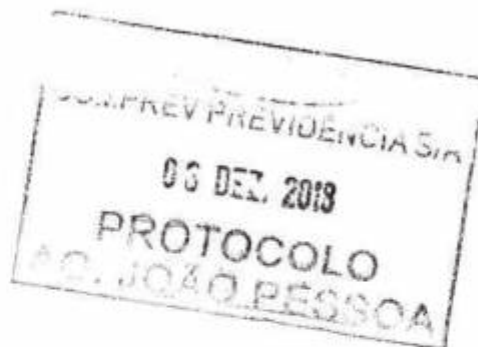
Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

M. APARECIDA RIBEIRO DE MATOS
M. APARECIDA R. DE MATOS
Enfermeira
COREN: 32.575-PR

MARIA APARECIDA RIBEIRO DE MATOS
COREN 032979



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 2

Emitido por: ANA EMILIA CARVALHO DO
NASCIMENTO LEITE
Em 30/12/2017 22:21

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1721867

Leito: LEITO 551 B

Admissão: 30/12/2017 10:52

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2303359 (FECHADO)

Responsável: ANA EMILIA CARVALHO DO N. LEITE -
COREN 059651

Data de Referência:

30/12/2017

Data/Hora do Documento:

30/12/2017 21:34

Procedimento: Fratura de Punho

Lateralidade: Direito

Comorbidades: Nega

Alergias: Nega

Riscos:

- TEV: Baixo risco
- Queda
- Broncoaspiração
- Flebite
- Infecção
- Perda de dispositivo
- Extravasamento
- Queimadura por bisturi elétrico
- Sangramento
- Hipotermia
- Dor

Condutas:

- Usar faixa de segurança em mesa operatória
- Fixar a mesa cirúrgica
- Checar tempo de jejum
- Manter aspirador montado
- Observar presença de sinais flogísticos em AVP
- Inspeccionar a integridade dos materiais, instrumentais e insumos
- Fixar corretamente dispositivos
- Atentar para o manuseio do paciente evitando a perda dos dispositivos
- Observar acesso venoso prévio
- Posicionar corretamente a placa do bisturi elétrico
- Monitorar o funcionamento do bisturi elétrico
- Observar sangramento em F.O.
- Usar aquecedor
- Observar sinais de dor

20:20 H - Admitido no Centro Cirúrgico, procedente da Internação Cirúrgica, consciente, orientado, com SSVV estáveis, com escoriações em região lombar e MID. Dado continuidade a Check List Cirurgia segura. Encaminhado para sala operatória 04, CVP em MSE, monitorizado, e submetido a anestesia bloqueio de plexo + sedação. Realizado degemmação com clorexidina. Posicionado paciente na mesa com placa de bisturi. Realizado Time Out.

20:30 H Administrado pelo anestesista Cefazolina 2g.



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por cirurgico em 30/12/2017 22:21:08 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Transoperatório sem intercorrência.

22:10 H Ao término, foi encaminhado a URPA sonolento, respondendo aos estímulos verbais, em ar ambiente, CVP
pérvio ausente de sinais flogísticos, perfusão periférica satisfatória, F.O. oclusa e limpa em MSD com tala gessada,
ausente de sonda e dreno.

ANA EMILIA CARVALHO DO N. LEITE
COREN 059651



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por cirurgico em 30/12/2017 22:21:08 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

Relatório de Evolução

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1721667

Leito: LEITO 551-B

Admissão: 30/12/2017 10:52

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2303520 (FECHADO)

Responsável: RAQUEL CRISTINA MENDONÇA NEVES -
COREN 053371

Data de Referência:

30/12/2017

Data/Hora do Documento:

30/12/2017 23:51

ADMISSÃO NA INTERÇÃO CIRURGICA // 551 B // 30.1.17
POI DE CORREÇÃO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO
COMORBIDADES: NEGA
PATOLOGIAS: NEGA
ALERGIAS: NEGA

23:50' Retornou do centro cirurgico no POI DE CORREÇÃO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, com estado geral regular, consciente, orientado, eupneico, afebril, mantendo níveis pressóricos, acianótico, anictérico, pele e mucosas normocoradas, restrito ao leito, com hidratação venosa periférica, com tala gessada, dieta livre liberada as 24 h.

ESCORES:

News:0- RETORNO

RISCOS IDENTIFICADOS:

DOR

SANGRAMENTO

CONDUTAS:

Aferir SSVV 4/4H;

Atentar para queixa algicas no paciente;

Administrar medicações prescritas;

Atentar para presença de sangramento;

Comunicar alterações clínicas ao médico assistente.

METAS:

Manter pele íntegra;

Manter livre de infecção;

Oferecer assistência qualificada e integral;



RAQUEL CRISTINA
MENDONÇA NEVES
COREN 053371

RAQUEL CRISTINA MENDONÇA NEVES
COREN 053371

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 1721667

Leito: LEITO 551 B

Admissão: 30/12/2017 10:52

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2304430 (FECHADO)Responsável: JOANNA MANUELLA S VALOIS DA MOTA -
COREN 326315

Data de Referência:

31/12/2017

Data/Hora do Documento:

31/12/2017 11:42

ADMISSÃO NA INTERÇÃO CIRURGICA // 551 B // 30.1.17
1º DPO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO
COMORBIDADES: NEGA
PATOLOGIAS: NEGA
ALERGIAS: NEGA

EVOLUÇÃO:

08:00 Paciente, evoluindo bem, EGR, consciente, orientado, em repouso no leito. Apresenta-se com pele íntegra, afebril, acianótico, eupnéico, em ar ambiente, em uso de HVP/MSE ausente de sinais flogísticos, normotenso com perfusão periférica satisfatória, dieta VO bem aceita (comunicado à copa do setor). No momento segue com sinais vitais estáveis, abdome flácido, FO oclusa e limpa. Diurese espontânea com características fisiológicas, eliminações intestinais ausentes no dia(sic). Segue aos cuidados da equipe do plantão.
16:30 Após avaliação do médico assistente, paciente recebe alta hospitalar melhorada.
17:10 Sai conduzido pelo maqueiro em cadeira de rodas até a recepção principal conforme protocolo de transporte seguro.

ESCORES:

News:0-

RISCOS IDENTIFICADOS:

DOR

SANGRAMENTO

CONDUTAS:

Aferir SSVV 6/6H;

Atentar para queixa algicas no paciente;

Administrar medicações prescritas;

Atentar para presença de sangramento;

Comunicar alterações clínicas ao médico assistente.

METAS:

Manter pele íntegra;

Manter livre de infecção;

Oferecer assistência qualificada e integral;

Joanna Manuella Valois
Enfermeira
COREN-PE 326315

JOANNA MANUELLA S VALOIS DA MOTA
COREN 326315

Atendimento: 1721667

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Data de Nascimento: 25/05/1997

Médico Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Prestador Responsável: EWERTON CAVALCANTI DO NASCIMENTO

Conselho / Número COREN 1098966

Idade: 20 Anos 7 Meses

Leito Atual: 551 B

Setor: 5º A TSO C CIRUR MASC CJ - HP

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Data anotação: 30/12/2017

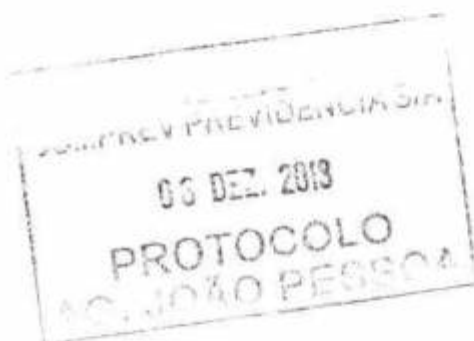
Hora anotação: 11:30

Responsável: EWERTON CAVALCANTI DO NASCIMENTO

Leito: LEITO 551 B

Anotação

11:30 Recebi paciente em PRÉ DE FRATURA DE PUNHO DIREITO, consciente, orientado, deambulando, em O2 ambiente, em HVP em MSE, diurese e evacuações espontâneas, segue aos cuidados.
14:00 Administrado tilatil + dipirona cpm.
17:00 Aferidos ssvv, news 0 comunicado a enfermeira.
17:00 Aplicado escala de dor, resultado 0.
19:00 Paciente segue aos cuidados da equipe de enfermagem.



Ewerton C. do Nascimento
Téc. Enfermagem
COREN-PB 10 98966

EWERTON CAVALCANTI DO NASCIMENTO
COREN 1098966

Atendimento: 1721667

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Data de Nascimento: 25/05/1997

Médico Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Prestador Responsável: MARIA DA PENHA DOS SANTOS

Conselho / Número COREN 293993

Idade: 20 Anos 7 Meses

Leito Atual: 551 B

Sector: 5º A TSO C CIRUR MASC CJ - HP

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Data anotação: 30/12/2017

Hora anotação: 19:00

Responsável: MARIA DA PENHA DOS SANTOS

Leito: LEITO 551 B

Anotação:

19:00hs Recebi paciente evoluindo em PRÉ DE FRATURA DE PUNHO DIREITO, consciente, orientado, deambu, em O2 ambiente, em MSE, eliminações espontâneas, dieta zero, segue em obs.

20:30hs Paciente encaminhado para o BC, na cama, acompanhado do maqueiro.

23:50hs Recebi paciente retornando do BC, em POI DE FRATURA DE DE PUNHO DIREITO, membro mobilizado com tala gessada, com HVP, em MSE, sob efeito anestésico, acordado, consciente e orientado, aferido SSVV. Segue aos cuidados.

24:00hs Administrado, Dipirona, Cefalotina, Tramadol cpm.

05:00hs Administrado, Omeprazol, Profenid cpm.

06:00hs Aferido SSVV. Administrado, Cefalotina, Dipirona cpm.

07:00hs Paciente segue em obs. aos cuidados de enfermagem.



Mª da Penha dos S. Lacerda
Téc. Enfermagem
COREN PB 293993 TEC.

MARIA DA PENHA DOS SANTOS

COREN 293993

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Atendimento: 1721667

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Data de Nascimento: 25/05/1997

Médico Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Prestador Responsável: FRANCISCA F PAIVA

Conselho / Número COREN 604344

Idade: 20 Anos 7 Meses

Leito Atual: 551 B

Setor: 5º A TSO C CIRUR MASC CJ - HP

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Data anotação: 30/12/2017

Hora anotação: 22:34

Responsável: FRANCISCA F PAIVA

Leito: LEITO 551 B

Anotação

PACIENTE ADMITIDO NA URPA ÀS 22:25 EM POI TRAT. CIRURG. FRAT. PUNHO DIREITO, CONCIENTE, ORIENTADO, RECORDADO, COM AVP MSE, AUSÊNCIA DE DRENO, AUSÊNCIA DE SONDA, COM ACESSÓRIO ORTOPÉDICO, SEM QUEIXAS SEGUE MONITORIZADO EM OBSERVAÇÃO, AGUARDANDO ALTA ANESTÉSICA.



Francisca Ferreira Paiva
COREN-PB 604344 - PE
FRANCISCA F PAIVA
COREN 604344

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

Leito: LEITO 551 B

As 7:00 Recebi paciente em 1 dpo de fratura de antebraço, em hv, eliminações espontâneas, fo oclusa com tala gessada.
As 11:00 Administrada medicação conforme prescrição (tramal)
Aferidos ssvv(new
As 13:00 Administrada medicação conforme (dipirona + cefalotina)
Paciente recebe alta hospitalar, sai acompanhado de seus familiares.

COMITAT PROVINCIAL SIN
03 DEZ. 2013
PROTOCOLO
2014 PERSONA

NADJA KELLY MONTEIRO GOMES
COREN 960132

25

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

Atendimento: 1721667 Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Dt. de Nasc.: 25/05/1997 20 Anos Altura: Peso: Leito: 551 B
Médico(a) Assistente: 1070 MILTON DA SILVA LINHARES Data de Realização do Balanço: 30/12/2017 Unidade: 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ
Prestador Responsável: MARIA DA PENHA DOS SANTOS
Conselho / Número Cons.: COREN 293993 Função: TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Item de Sinais Vitais	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00
FR											17.0					18.0	20.0							20.0
Unidade											RPM					RPM	RPM							RPM
PAS											120.0					140.0	130.0							120.0
Unidade											MMHG					MMHG	MMHG							MMHG
PAD											80.0					82.0	80.0							80.0
Unidade											MMHG					MMHG	MMHG							MMHG
FC											88.0					78.0	80.0							78.0
Unidade											BPM					BPM	BPM							BPM
TEMP											36.8					36.0	36.0							36.0
Unidade											GRAUS					GRAUS	GRAUS							GRAUS
SPO2																100.0	95.0							98.0
Unidade											%					%	%							%
NEWS											0.0						1.0							1.0
Unidade																								

MARIA DA PENHA DOS SANTOS
COREN - 293993

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDIC

PROVIDENCIA 011
03 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

Atendimento: 1721567	Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE	DL de Nasc.: 25/05/1997 20 Anos	Altura:	Peso: 71,1 kg	Leito: 551 B
Médico(a) Assistente: 1070 MILTON DA SILVA LINHARES	Data de Realização do Balanço: 30/12/2017		Unidade: 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ		
Prostador Responsável: MARIA DA PENHA DOS SANTOS					
Conselho / Número Cons.: COREN 293993	Função: TÉCNICO EM ENFERMAGEM				

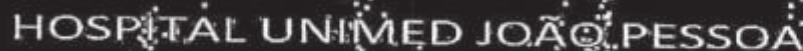
Balanço		HORAS DE COLETAS E FECHAMENTOS DE BALANÇO HÍDRICO																								
Ganhos		07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	Total
SORO GLICOSADO 8% 800ML	IV																		500,0						500,0	1000,0
SORO RINGER C/ LACTATO	IV																			500,0					500,0	1000,0
PROFENO 100MG IV	IV																				100,0				100,0	100,0
Total de Ganhos																			500,0	500,0				1000,0	2100,0	
PERDAS		07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	Total
																										0,0
Total de Perdas																										0,0
ASPECTO EVACUAÇÃO																										
QUANTIDADE EVACUAÇÃO																										
QUANTIDADE VÔMITO																				***						
QUANTIDADE DIURESE												****								***				****		
QUANTIDADE SUDORESE																										
EVOLUÇÃO (Ganhos-Perdas)																			500,0	1000,0				2100,0	2100,0	

MARIA DA PENHA DOS SANTOS
COREN - 293993

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

COMUNICACION PREVIDENCIA S.A.
03 DEZ. 2013
PROTOCOLO
CÓDIGO PERSONA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

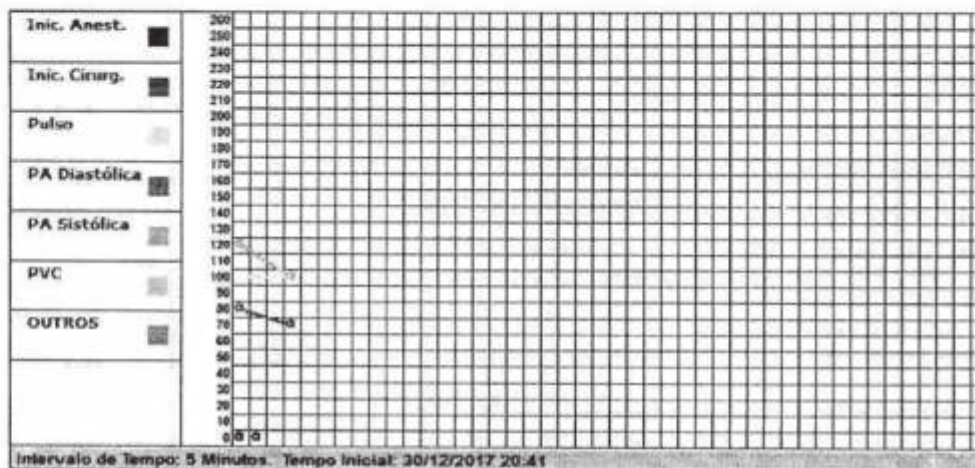


MÃE: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

Data Chirurgia: 30/12/2017

FIM DA ANESTESIA: 21.10

28



DROGAS E MATERIAIS UTILIZADOS

ANEST. GERAL / SEDAÇÃO	QTDE	DOSE UTZ	ANEST. GERAL / SEDAÇÃO	QTDE	DOSE UTZ
AGUA DESTILADA 10 ML		03	ONDOSETRONA 4 / 8 MG	01	4MG
ALFENTANIL AMP			PLASIL AMP		
ATROPINA AMP			PROFENID FR	01	100MG
BEXTRA AMP			PROPOFOL 10 / 20 ML		
CISATRACÚRIO AMP			PROPOFOL PFS 1% / 2%		
CLONIDINA AMP			PROSTIGMINE AMP		
DEXAMETASONA AMP			QUETAMINA FR		
DEXMEDETOMIDINA AMP			REMIFENTANIL FR		
DIPIRONA AMP	01	01	ROCURÔNIO FR		
DOPAMINA AMP			SEVORANE ML		
DRAMIN B6 AMP	01	01	SUFENTANIL AMP		
DROPERIDOL			TENOXICAM 40 MG		
EFEDRINA AMP			TORADOL		
EFORTIL AMP			TRAMAL 50 / 100 MG		
ETOMIDATO AMP			ELETRODOS UNID	05	05
FENTANIL 2 ML / 20 ML	01	01	CATETER NASAL UNID	01	01
FLUMAZENIL AMP			OXIGÊNIO L / MIN	2L/M	
HIDROCORTIZONA 500 MG			ÓXIDO NITROSO L / MIN		
ISOFLURANE ML			JELCO Nº 24 / 22 / 20	20	01
MIDAZOLAM 5,0 / 15 MG	5MG	02	JELCO Nº 18 / 16 / 14		
MORFINA 0,2 / 2,0 / 10 MG			MÁSCARA LARÍNGEA UNID		
NALOXONE AMP			TUBO TRAQUEAL Nº		
NORADRENALINA AMP					
NUBAIN 10 MG AMP					
OCITOCINA AMP 5 UNID					

José Luciano Mendes

Médico
CRM 2856

Dr.(a): JOSE LUCIANO MENDES
CRM : 003858

Imprimido por: C:\Users\adm\Documents\30/12/2017 20:51:57 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - IMPRIMIR FOLHA DESSA



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

Gastos da Cirurgia

Aviso de Cirurgia : 00130142 Sala : 0006 SL 04 CIR
Paciente : 00143305 SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Convênio : 003 UNIMED JOAO PESSOA
Leito : 0416 LEITO 551 B
Data : 30/12/2017 Hora de Início : 20:10
Atendimento : 1721667
Carteira :
Hora de Término : 22:30

Cirurgia

30721199 FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANESTESIA(S): 15 BLOQUEIO DE PLEXO
PUNHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

Equipe Médica

CIRURGIAO 00001070 MILTON DA SILVA LINHARES
ANESTESISTA 00000662 JOSE LUCIANO MENDES
1 AUXILIAR 00001109 NILVAN DA SILVA LINHARES

Materiais e Equipamentos Utilizados na Cirurgia

Materiais Utilizados :		Unidade	Qt.
MATERIAL HOSPITALAR	00000883 AGULHA DE BISEL CURTO P/ ANESTESIA DE PLEXO 22GX2	UNIDADE	001
MATERIAL HOSPITALAR	00000899 AGULHA DESCARTAVEL 25X7	UNIDADE	007
MATERIAL HOSPITALAR	00000902 AGULHA DESCARTAVEL 40X12	UNIDADE	002
MATERIAL HOSPITALAR	00000382 ATADURA GESSADA 15 CM X 3 MT	ROLO	001
MATERIAL HOSPITALAR	00000437 ELETRODO PARA ECG ADULTO (C/GEL)	UNIDADE	005
MATERIAL HOSPITALAR	00035183 FIO MONONYLON 2-0 C/AG 3CM 3/8 CORT. CIRC. (NM103X)	UNIDADE	002
MATERIAL HOSPITALAR	00000932 LAMINA DE BISTURI ESTERIL Nº 11	UNIDADE	001
MATERIAL HOSPITALAR	00000934 LAMINA DE BISTURI ESTERIL Nº 15	UNIDADE	001
MATERIAL HOSPITALAR	00000936 LAMINA DE BISTURI ESTERIL Nº 23	UNIDADE	001
MATERIAL HOSPITALAR	00000903 LUVA DE PROCEDIMENTOS NAO ESTERIL (MEDIA)	PARES	005
MATERIAL HOSPITALAR	00000912 LUVA DESCARTAVEL ESTERIL N 7.5 C/TALCO	PARES	001
MATERIAL HOSPITALAR	00040098 SERINGA DESC. 10ML SEM AGULHA LUER SLIP	UNIDADE	001
MATERIAL HOSPITALAR	00040099 SERINGA DESC. 20ML SEM AGULHA LUER SLIP	UNIDADE	002
MATERIAL HOSPITALAR	00000679 TIPOIA VELPEAU TNT (LOGOMARCA)	UNIDADE	001
MATERIAL HOSPITALAR	00009322 TRANSOFIX (SIST. DE TRANSF. PARA FLUIDOS ESTÉREIS)B	UNIDADE	001
MEDICAMENTOS	00002344 AGUA PARA INECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	AMPOLA	002
MEDICAMENTOS	00036792 DORMIRE 1MG/ML AMPOLA 5ML	AMPOLA C/5	002
MEDICAMENTOS	00001510 KEFAZOL 1G FRASCO-AMPOLA	FRA/AMP C/1	002
MEDICAMENTOS	00001839 LIDOCAINA 2% S/V 5ML INJETAVEL	AMPOLA C/5	002
MEDICAMENTOS	00001600 LIDOCAINA 2% S/VASO FRASCO-AMPOLA 20ML ESTÉRIL	FRA/AMP C/2	001
MEDICAMENTOS	00002191 NOVABUPI 0.5% C/V 20ML INJETAVEL	FRA/AMP C/2	002
MEDICAMENTOS	00008659 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 500ML	BOLSA	002
MEDICAMENTOS	00008663 SORO RINGER COM LACTATO BOLSA 500ML	BOLSA	009
MEDICAMENTOS	00039330 UNIFENTAL 50MCG/ML AMPOLA 2ML	AMPOLA	001
O.P.M.E (CONSIGNADOS)	00010385 PARAFUSOS DE BLOQUEIO EM TITANIO	UNIDADE	006
O.P.M.E (CONSIGNADOS)	00028363 PINO DE BLOQUEIO TITANIO	UNIDADE	004
O.P.M.E (CONSIGNADOS)	00010383 PLACA C/ BLOQUEIO EM TITANIO	UNIDADE	001

06 DEZ. 2017

PROTOCOLO

30

Aviso de Cirurgia : 00130142

Sala : 0006

SL 04 CIR

Paciente : 00143305

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Equipamentos Utilizados:

Qt. Utilizada. Data/Hora Início Data/Hora Fim

0006 MONITOR CARDIACO

001

0012 RX TV

001

0087 OXIGENIO SOBRE CATETER

001

0089 OXIMETRO DE PULSO

001



**HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY**

Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico

Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 1 / 1
Emitido por: M4714
Em: 30/12/2017 22:36

Ficha de Cirurgia Descritiva

Diretor Clínico :

Aviso de Cirurgia :130142

Sala :0006

Paciente :143305

Convênio Atend. :003

Leito :0416

Dt. Início :30/12/ 2017 21:00

Cid Pré-Operatório:S526

Cid Pós-Operatório:

Anestesia:BLOQUEIO DE PLEXO

SL 04 CIR

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

UNIMED JOAO PESSOA

LEITO 551 B

Dt. Fim: 30/12/2017 22:00

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Código da Descrição: 1504

Atendimento : 1721667

Carteira : 00333100074004490

Idade : 20 Anos

Procedimentos e Equipe Médica

Procedimento	Convênio	Plano
3 - 199 Fraturas e/ou luxações do punho - tratamen	003 UNIMED JOAO PESSOA	001

Equipe

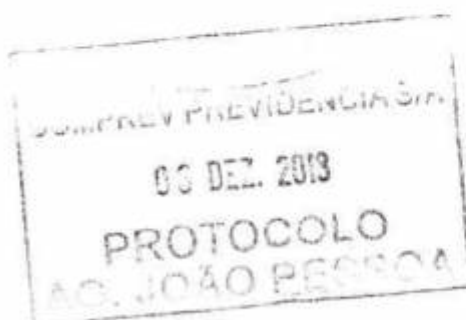
CIRURGIAO	004714 MILTON DA SILVA LINHARES
1 AUXILIAR	005044 NILVAN DA SILVA LINHARES
ANESTESISTA	003858 JOSE LUCIANO MENDES

Descrição**Detalhamento**

PACIENTE EM DDH
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
VIA DE ACESSO ANTERIOR, CO INCISÃO LONGITUDINAL NO ANTEBRAÇO D.
DISSECÇÃO POR PLANOS
NEURÓLISE DO NERVO ULNAR E MEDIANO, ISOLANDO-OS;
FEITO REDUÇÃO CIRÚRGICA DAS FRATURAS DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DA ULNA D. COM FIXAÇÃO COM 01
PLACA VOLAR DE BLOQUEIO DE ÂNGULO VARIÁVEL, ANATÔMICA P/ RÁDIO + 10 PARAFUSOS DE BLOQUEIO EM TITÂNIO, SOB
ESCOPIA, FEITO RX DE CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO, CUIDADOS DE HEMOSTASIA; RECHAMENTO POR PLANOS, SUTURA
SIMPLES
IRATIVO COMPRESSIVO + TALA GESSADA AXILO-PALMAR.

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

MEDICO (A) COOPERADO: MILTON DA SILVA LINHARES
CRM: 004714



32

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ANTONIO DE PADUA G DE S
NEVES

Relatório de Evolução

Em 30/12/2017 23:50

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 25/05/1997

Prestador Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Conselho / Número Cons.: CRM 004714

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1721667

Leito: LEITO 551 B

Admissão: 30/12/2017 10:52

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2303517 (FECHADO)Responsável: ANTONIO DE PADUA G DE S NEVES - CRM
002589 / ANESTESIOLOGIA

Data de Referência: 30/12/2017

Data/Hora do Documento: 30/12/2017 23:48

ALTA DA RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

PACIENTE CONSCIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, PA= 120 X 80 mmhg, FC= 76 bpm, PO2= 99%, COM DISCRETO BLOQUEIO MOTOR RESIDUAL NO MSD.
LIBERADO PARA APARTAMENTO E COM DIETA LÍQUIDA AUTORIZADA.

ANTONIO DE PADUA G DE S NEVES
CRM 002589

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



Assistência de Enfermagem Transoperatória

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Nasc. 12/05/1997 Idade 20 Sexo: M Al: 172.1667 Di Alend: 30/12/2017 10:52:22 Carteira: 00333100074004490 Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE		Preencher quando não houver etiqueta Paciente: <u>Samuel Felipe Maroja</u> Vão: <u>Roberttha Flavia Maroja</u> Atendimento: <u>172.1667</u> Convênio: <u>Unimed</u>		Leito: <u>551-13</u>
Cirurgia: <u>Fratura e luxações</u>		Cirurgião: <u>Dr. Milton Sanches</u>		Sala: <u>04</u>
Data: <u>30/12/2017</u>	Hora Chegada C.C.: <u>20:00h</u>	Hora Chegada S.O.: <u>20:10h</u>	Hora Saída S.O.: <u></u>	Destino: <u>URPA</u>
Dados da Cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Pac. Interno <input type="checkbox"/> Pac. Ambulatorial <input type="checkbox"/> Cir. Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Cir. Urgência <input type="checkbox"/> Cir. Limpa <input type="checkbox"/> Potenc. Contaminada <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada				
1- Equipe cirúrgica: Cirurgião: <u>Dr. Milton Sanches</u> 1º Auxiliar: <u>Dr. Nilvan Sanches</u> 2º Auxiliar: <u></u> Anestesiologista: <u>Dr. Luciano Mendes</u> Início da Anestesia: <u>20:20h</u> Término da Anestesia: <u>22:10h</u>				
2- Tipo de Anestesia: <input type="checkbox"/> G. Venosa <input type="checkbox"/> G. Inalatória <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> Peridural <input checked="" type="checkbox"/> Plexo <input type="checkbox"/> Tubo endot. N° <u></u> <input type="checkbox"/> S/Cuff <input type="checkbox"/> C/Cuff <input type="checkbox"/> Fio Guia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Guedel n° <u></u> <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Proteção ocular <input type="checkbox"/> Colírio <input type="checkbox"/> Pomada				
3- Parto cirúrgico: Hora Nascimento: <u></u> Sexo: <u></u> Apgar: <u></u> Pediatra: <u></u> <input type="checkbox"/> Feto Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Natívivo <input type="checkbox"/> Natimorto				
4- Condições gerais do paciente no início da cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Incioso <input type="checkbox"/> Entubado <input type="checkbox"/> Outro: <u></u>				
5- Sinais Vitais: Hora: <u>20:20</u> PA: <u>120 x 46</u> PULSO: <u>89</u> FC: <u>89</u> FR: <u>-</u> SPO2: <u>95</u> T°: <u>36</u> IDOR: <u>0</u> <u>20:55</u> <u>111 x 51</u> <u>51</u> <u>51</u> <u>-</u> <u>97</u> <u>36</u> <u>0</u> <u>22:00</u> <u>112 x 60</u> <u>89</u> <u>89</u> <u>-</u> <u>95</u> <u>36</u> <u>0</u>				
6- Posição operatória: <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventra <input type="checkbox"/> Lateral: <u></u> <input type="checkbox"/> Ginecológica <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Proclive <input type="checkbox"/> Proctológica				
7- Cateteres e Drenos: <u>Paciente veio em N.S.G. de 18</u> <input type="checkbox"/> Acesso central FR <u></u> Lumens <u></u> <input type="checkbox"/> SNG n° <u></u> <input type="checkbox"/> Pen rose n° <u></u> <input type="checkbox"/> Acesso venoso periférico MS: <u></u> <input type="checkbox"/> Acesso arterial <u></u> <input type="checkbox"/> Dreno tórax <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Kherr <u></u> <input type="checkbox"/> SVD n° <u></u> <input type="checkbox"/> Silicône <input type="checkbox"/> 2 vias <input type="checkbox"/> 3 vias <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> S/restricção <input type="checkbox"/> C/restricção <input type="checkbox"/> Antisséptico utilizado <u></u> Balão insuflado com <u></u> ml Aspecto: <u></u> Passado por: <u></u>				
8- Coxim: <input checked="" type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Coluna cervical <input type="checkbox"/> Coluna lombar <input type="checkbox"/> Ombro <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Outros <u></u>				
9- Bisturi Elétrico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local da placa: <input type="checkbox"/> Panturrilha <input type="checkbox"/> Coxa <input type="checkbox"/> Quadril				
10- Serviços requisitados: <input type="checkbox"/> Banco de sangue <input checked="" type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Laboratório				
11- Exames realizados: <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Coagulograma <input type="checkbox"/> Gasometria <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Biópsia de congelação				

F(NG).ATCI.325-4

03 DEZ 2017
34PROTOCOLO
JOAO PESSOA



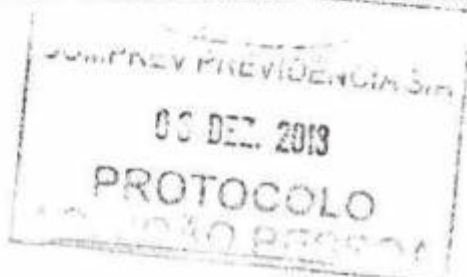
Assistência de Enfermagem Transoperatória

12- Intercorrências: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Relate: _____			
13- Peça para Anátomo-patológico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> SF 0,9% Lote _____ VAL: _____ Topografia: _____ Lateralidade: _____ Encaminhada para: _____			
14- Ao final da cirurgia: Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Semi-oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input type="checkbox"/> Tampão			
15- Encaminhado com: <input type="checkbox"/> Mela elástica <input type="checkbox"/> Compressor pneumático <input type="checkbox"/> Acessórios respiratório <input type="checkbox"/> Acessórios ortopédico <input type="checkbox"/> Manta térmica			
Medicações adm. no transoperatório	Horário	Medicações adm. no transoperatório	Horário
Kyazol 2g	20:30		
16- Transferência do Paciente: Sinais e sintomas de complicações anestésicas / obstétricas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se sim, quais? <input type="checkbox"/> Sangramento Imediato <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Reação Anafilática <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Depressão Respiratória <input type="checkbox"/> Choque Anafilático Destino do Paciente: <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> URPA Passo plantão para: _____ Hora: _____			
17- Anotações de Enfermagem: Paciente admitido no CC para submeter-se a cirurgia de fratura e luxação do punho D. Constante orientado e responde verbal acuradamente. Veio com AVP em MSE, placa n.º 18. Realizada anestesia local + plexo. Monitorizado, feito dignificação do local. Iniciada cirurgia sem intercorrências. Feito antisséptico (Kyazol 2g) às 20:30h. Fez uso do arco cirúrgico em todo o cirúrgico. Passado o garrote com faixa de smach às 20:50h. Retirado garrote às 21:55h. Ao término da cirurgia que transcorreu sem anormalidades, feito curativo, depois gessado. Em seguida encaminhado paciente para URPA. Isabela Espinola de Oliveira Téc. Enfermagem COREN-195137 Ass./Carimbo: COREN-195137 Circulante: Isabela / Nadya Instrumentador: _____ / Enfermeiro (a): Ana Emília OBS: ** Relatar motivo de suspensão de cirurgia, caso ocorra.			

F(NG).ATCI.325-4

Expresso por cirurgião em 24/12/2017 13:05:32 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOÃO PESSOA

35



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M

Al: 1721667 Di Alend: 30/12/2017 10:52:22

Carteira: 00333100074004490

Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

Paciente :
Atendimento :
Convênio :

Cirurgia: Fratura e luxação de punho **D**

Cirurgião: Dr. Milton da Silva Pinheiro

Sala: 04

Data: 30/12/2017

Circulante de sala :

~~B. Isabel Cristina de Oliveira~~

Tec. Enfermagem:

+ Noelle

COREN-195137

[illegible]

COMPRÉV PREVIDÊNCIA SIM

03 DEZ. 2018

PROTOCOLLO

F(NG) ASCIR .021-1

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Nasc.:25/05/1997 Idade:20 Sexo: M

At: 1721667 Di Alend: 30/12/2017 10:52:22

Carteira: 00333100074004690

Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

Paciente _____
Atendimento _____
Convênio _____

Cirurgia: Trat. Cirúrgico de Fratura e Luxação Anca E.
Cirurgião: Dr. Milton Lanhães
Sala: 04 Data: 30/12/2017 Circulante de sala: Téc. Enfermagem: Isabela Espinola de Oliveira

COREN-195137

Ex Volante	Infecciosa	104° Milion	e/26 pcp
134°C	Resame 3041		
30/12/17	103/18		
BIONOVA IC10/20FR INCUBADORA DE LEITURA RÁPIDA PROGRAMA: 1 Hs / 60°C DATA: 30/12/17 HORA DE INÍCIO: 18:19 HORA DE LEITURA: 19:19 TUBO DE AMOSTRA: 2 NEGATIVO			
JUN PREV PREVIDÊNCIA S/A			

BIONOVA IC10/20FR
INCUBADORA DE
LEITURA RÁPIDA
PROGRAMA: 1 Hs / 60°C
DATA: 30/12/17
HORA DE INÍCIO: 18:19
HORA DE LEITURA: 19:19
TUBO DE AMOSTRA: 2
NEGATIVO

50. PREV PREVIDENCIA S/A

~~06 DEC. 2018~~

PROTOCOLLO

~~30-89-17~~

~~2~~

~~long center file A~~

~~30-83-17~~

~~30-82-17~~

~~03-18~~

~~Prova 32~~

2. $\text{Al}(\text{OH})_3$ 3. $\text{Al}(\text{OH})_3$ 4. $\text{Al}(\text{OH})_3$

2405 330 20

010307094

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
 Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
 AL: 1721667 DI Alend.: 30/12/2017 10:52:22
 Cadeira: 00333100074004490
 Mto: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

Paciente:

Atendimento: 1721667

Apto: 551-B

Circulante:

Isabela Espinola de Oliveira
Téc. Enfermagem

Date: 30/12/2017

COREN-195137

Empresa Arstis 1

01 PLACA c/ângulo variável
Bhogueado em Lameo

06 PARAFUSO DE BLOQUEIO Lento

04 PINO STANO BLOQUADO L'Enrico

06 DEZ. 2018
PROCOLO
2018 PES

presso por cirurgião em 03/09/2017 09:01:07 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA MONTELEONE -- UNIDAD JUAN PESSOA

38

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

PROTOCOL
03 DEC 2017
SANTANA FARMACIA S.A.



www.unimedjp.com.br
Av. Ministro José Américo de Almeida,
nº 1450 - Torre CEP 58040-300
João Pessoa - PB
Fone: (83) 2106-0216

CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA


Paciente.....: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Cód. Atendimento: 1721667 Data Nasciº: 25/05/1997
Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE
Convênio.....: UNIMED JOAO PESSOA Nº Acesso: #649648
Médico Solicitante.....: MILTON DA SILVA LINHARES
Data.....: 31/12/2017 09:20 Laudo...: 525562 Nº do Exame.: 3528

RELATÓRIO

EXAME: RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Exame radioscópico para acompanhamento transoperatório de osteossíntese de fratura do punho direito.




LAETÔNIO JUNIOR LOUREIRO
CRM 005053

39



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

Impresso por digit.doc2 em 31/12/2017 09:21:40 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

ANS - nº 32104-4

COD. 000545

CONFERE COM ORIGINAL

Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



ATENDIMENTO: 1721667
CÓD. PACIENTE: 143305
LEITO: LEITO 551 B

PACIENTE: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
UNIDADE DE INTERNAÇÃO: 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ
SETOR: 5º A TSO C CIRUR MASC CJ - HP

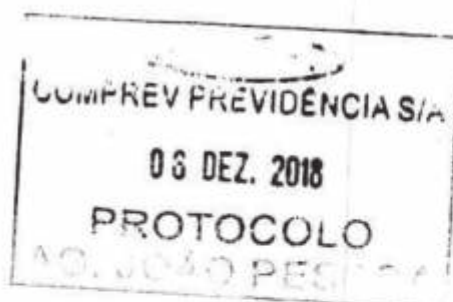
RELATÓRIO CONTROLE DE DESCARTÁVEIS

DATA DA DISPENSAÇÃO 30/12/2017

QUANTIDADE	CÓD. ESTOQUE	CÓD. FATURAMENTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO
2	899	04000899	AGULHA DESCARTAVEL 25X7
1	40098	04040098	SERINGA DESC. 10ML SEM AGULHA LUER SLIP
1	40096	04040096	SERINGA DESC. 3ML SEM AGULHA LUER SLIP

DATA DA DISPENSAÇÃO 31/12/2017

QUANTIDADE	CÓD. ESTOQUE	CÓD. FATURAMENTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO
10	899	04000899	AGULHA DESCARTAVEL 25X7
3	872	04000872	EQUIPO MACRO GOTAS PINCA ROLETE C/INJ.LAT CÂMARA FLEXÍVEL
1	40098	04040098	SERINGA DESC. 10ML SEM AGULHA LUER SLIP
3	40096	04040096	SERINGA DESC. 3ML SEM AGULHA LUER SLIP
3	40097	04040097	SERINGA DESC. 5ML SEM AGULHA LUER SLIP



Atendimento: 1721667

Dt Atendimento: 30/12/2017 - 10:52

Dt Alta: 31/12/2017 - 17:13

Paciente: 143305 SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Serviço: 50 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 3 UNIMED JOAO PESSOA

Leito: 416 LEITO 551 B

Plano: 1 BASICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: F2684

Diretor Clínico:

CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento de Alta 52070069 - DESCOLAMENTO EPIFARIO DOS OSSOS DO ANTEBRACO - TRATAMENTO C

Observação de Alta

PACIENTE NO 1º DPO DE FRATURAS DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E ULNA D. SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR.

Joanna Manuella Vals
Enfermeira
COREN-PB 326315

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

42

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE TRÂNSITO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

NOME
SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE

DOCUMENTO / OUTROS
4031679 8808 PB

CPF
106.633.424-22

DATA NASCIMENTO
25/05/1997

FRACÇÃO
TEÓFIMO CAVALCANTE DA SILVA
ROBERTA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

PROFISSÃO
ACC CREMA AB

Nº IDENTIFICAD
05924561307

VALIDADE
04/11/2021

1ª EMISSÃO
28/09/2017

OBSERVAÇÕES

Samuel Filipe Maroja Cavalcante
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
25/10/2018

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISOR

13048108140
PB037781685

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1665455734

PROIBIDO PLASTIFICAR
1665455734

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR MP 2627718 SSP PB	
	CPF DATA NASCIMENTO 046.502.754-74 21/08/1982	
	FILIAÇÃO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE	
	PARENTESCO MATERNA MATERNA	
Nº REGISTRO 01051269660		
VIGÊNCIA 16/01/2019		
1ª EMISSÃO 29/06/2001		
OBSERVAÇÕES		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL JOAO PESSOA, PB		
DATA EMISSÃO 17/01/2014		
 ASSINATURA DO EMISSOR		
66588356744 VB027919595		

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

UNIPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575201 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO E ULNA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575201 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO E ULNA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Samuel Felipe Mancha Calvacante
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
aux. laboratorial, CI RG nº 4035679,
CPF/MF nº 106.633.424-22 residente e domiciliado(a) à Rua
SITIO ENGENHO DO MEIO SIN,
Cidade de SANTA RITA, Estado
Paraíba, CEP: _____, telefone
98663-4900 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita, 19 de novembro de 2018.

DOURADO
DE AZEVEDO

Samuel Felipe Mancha Calvacante

OUTORGANTE



Serviço Notarial e Registral
DOURADO DE AZEVEDO
1ª Subseção de Registro de Imóveis
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2252
Santa Rita - Paraíba
E-mail: fone.3229.2252@pb.jus.br



Em test. da verdade, Santa Rita-PB 19/11/2018 14:52:41
Gerlane Ribeiro da Costa - Escrevente Substituta
[2018-0089994]EML:R\$ 49,48 FAFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 FEN:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHR80101-0064
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442001/18

Número do Sinistro: 3180575201

Vítima: SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE

CPF: 106.633.424-22

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 29/12/2017

Titular do CPF: SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575201 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO E ULNA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura: