
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



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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

0663342422 Samuel Filipe M. Garalcante

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

Nome completo:

Samuel Filipe Marofa Garalcante

CPF: 0663342422

Profissão:

Aux. de Laboratório

Enderço: Faz. Engenho

Bairro:

Zona Rural

Número: 50 Complemento:

Cidade:

Santa Rita

Estado: PB CEP: 58300-000

Estado:

Tel (DDD):

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914

CONTA: 00116711 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 o laudo do IML (Instituto Médico Legal) para 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 exames para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza exames 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/73, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascido(a) (não nascer): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 verificável poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE
MORTE
ASSINATURA
DO DECLARANTE

Local e Data:

João Pessoa - PB 27/11/2018

Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(* Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:
03 DEZ. 2018

PROTOCOLO
PESSOAS

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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 Manzúá, 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:

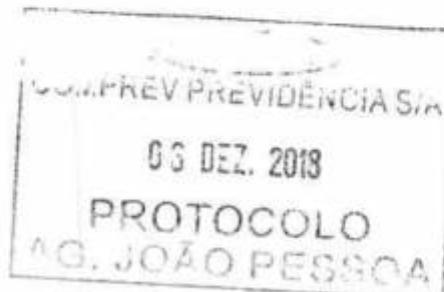
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, PRETA, 2013/2013, PLACA OFX1916/PB, CHASSI 9C2JC41200DR534926, registrada em nome de Edilberto Valentim da Silva, quando perdeu o controle ao derrapar na areia vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme ATENDIMENTO Nº 1721559, 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 fé.

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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

0663342422 Samuel Filipe M. Garalcante

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

Nome completo:

Samuel Filipe Marofa Garalcante

CPF: 0663342422

Profissão:

Aux. de Laboratório

Enderço: Faz. Engenho

Bairro:

Zona Rural

Número: 50 Complemento:

Cidade:

Santa Rita

Estado: PB CEP: 58300-000

Estado:

Tel (DDD):

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1914

CONTA: 00116711

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

5

(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 o laudo do IML (laudo médico) para 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 exames para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza exames 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/73, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou descendente (nascido): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 verificável poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa - PB 27/11/2018

Nome:

CPF:

Sommel Filipe Marofa Garalcante (*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:
03 DEZ. 2018

PROTOCOLO
EVIDÊNCIAS
PESSOAS

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



HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA

Sistema de Urgência e Emergência

Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência



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 ANTENOR NAVARRO			Num :	54
Bairro :	CENTRO		Cidade :	SANTA RITA	
Convênio :	UNIMED JOAO PESSOA			Plano :	BASICO
Carteira :	00333100074004490			Tipo :	ATENDIMENTO (URGÊNCIA)
Mae :	ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE				

<u>Classificação de Risco</u>	<u>Senhia</u> : A0137	<u>Usuário</u> : RISALVA KLARICE DE CARVALHO (COREN : 238463)	
	<u>Hora do Totem</u> : 23:53:43	<u>Inicio Classificação</u> : 23:59:49	<u>Fim Classificação</u> : 00:00:43
<u>Prontidão</u> :	AMARELO - URGENTE	<u>Especialidade</u> :	CIRURGIA GERAL
<u>Queixa Principal</u> :	PACIENTE APRESENAT ESCORIAÇÕES MULTIPLAS EM MMII E MSD APÓS DERRAPAR NA AREIA DE MOTO HA 1 HORA.USAVA CAPACETE,NEGA DESMAIO E VOMITO		
<u>Fluxograma/Sintoma</u> :	TRAUMA MAIOR	<u>Discriminadores</u> :	HEMORRAGIA MENOR INCONTROLEVEL
<u>Observação</u> :	NEGA HAS/NEGA DM NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS		

Sinais Vitais

FESC COMA DE GLASGOW ADULTO:15) (NIPS - DE 0 A 28 DIAS:5) (SPD2: 98 %)

Alergias

Dos - Junt 1) , fó hñor H

from John six 2 feet 1
M - Jorg
to ~~Mr. & Mrs. John~~
PACIENTE/RESPONSÁVEL
M. Jorg
about 14 feet
long

PACIENTE/RESPONSÁVEL

①. Well 014, 6, 12/12/20
②. Dijima 014, 6 (6/20/20)

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Página: 1 / 1
Emitido 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.: 2301353 | Data.: 30/12/2017 | Hr.: 00:28
Diagnóstico...: | Cid.: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO Peso.: |
Altura.: | Sup. Corporea.: |

1ª VIA

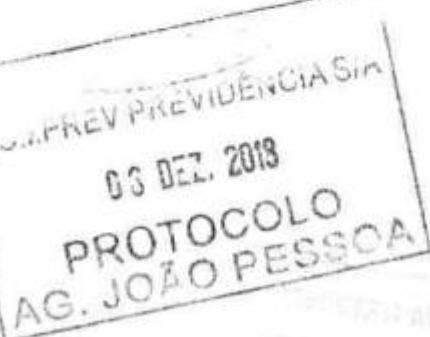


Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

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

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



Documento para pagamento de conta.
Documento não é segundária da conta.

Documento para pagamento da conta fiscalizada de energia elétrica N° 015.300.895

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av 230, Km 25 - Cristo Rei/Porto - Joinville/PR - CEP 88071-480
CNPJ 04.090.163/0001-40 - INSC. FIS. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO MAROJA
FAZ ENGENHO SIN
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1310670-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

NOV/2018

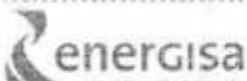
09/11/2018

4336

19/11/2018

R\$ 2.192,62

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHES AQUI

SEVERINO MAROJA

Roteiro: 05-009-890-0200

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

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

19/11/2018

R\$ 2.192,62

1310670-2018-11-0



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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

06633424 22 Samuel Filipe M. Garalcante

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

Nome completo:

Samuel Filipe Marofa Garalcante

CPF: 06633424 22

Profissão:

Aux. de Laboratório

Endereço:

Faz. Engenho

Número: 50 Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Santa Rita

Estado:

PB

CEP: 58300-000

E-mail:

Tel (DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1914

CONTA: 00116711

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

5

(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 o laudo do IML (Instituto Médico Legal) para 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 exames para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza exames 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/73, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascido(a) (até nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 verificável poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

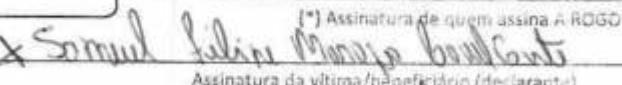
INVALIDEZ PERMANENTE
MORTE
ASSINATURA
DO DECLARANTE

Local e Data:

João Pessoa - PB 27/11/2018

Nome:

CPF:


Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:
03 DEZ. 2018

PROTOCOLO
PESSOAS

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Leter Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.454-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Samuel Felipe M. Cavalcante, inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.633.424-22, do sinistro de DPVAT cobertura Final de dez da Vítima Samuel Felipe M. Cavalcante, 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 Lider-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>
Bairro	<u>Manaira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>CEP 58038-460</u>

João Pessoa, 12 de Dezembro de 2018
 Local e Data

Alexandra Leter Duarte
 Assinatura do Declarante

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 RÁDIO ✓

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 Bandeira Alves

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

CRM 003359



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Em 30/12/2017 00:27

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 DIREITO 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

SUPERREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

10. JOAO PESSOA

Hospital

Unimed João Pessoa 

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
Al: 1721593 Of. Aland: 30/12/2017 0:10:01
Cartel: 10333100074004490
Mae: JERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

APTO:

UNID. DE INTERN

ATEND.:

MÉDICO

Dr. Martin J. Loring

DATA: 3 12 14

RESERVADO À FARMÁCIA

SUAPREV PREVIDÊNCIA S.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASS. MÉDICO

ASS. DISPENSADOR

CÓD. 589

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

F(G).GSUP.CD1-1



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 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.: 2301655 | Data.: 30/12/2017 | Hr.: 06:44
Diagnóstico...: | Cid.: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO
Altura...: | Sup. Corporea...: Peso...: |
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: IRIS PEREIRA DE ANDRADE - COREN: 328066
FUNÇÃO: ENFERMEIRO (A)

1ª VIA

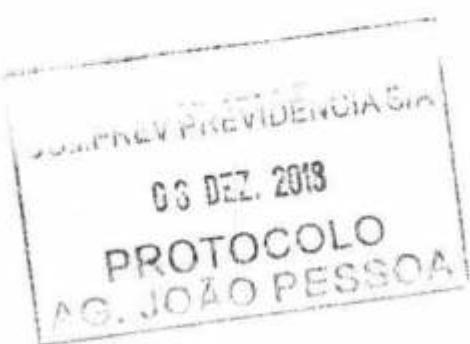


Classificação de Risco: URGENTE

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 ALTERACAO SSVV Obs.: REGISTRAR NO BH E ANOTAR NO PRONTUÁRIO					CONTINUO	[30/12] 06:44
4 AFERIR E ANOTAR SINAIS VITais Obs.: DE 3/3 HORAS					CONTINUO	[30/12] 06:44
5 REALIZAR LAVAGEM DA MÃOS ANTES E APÓS 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 FLOGÍSTICOS 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, normocardíco, normotensão, 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:

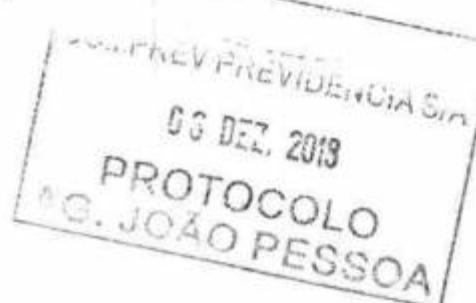
Atentar e comunicar para queixas álgicas do paciente;
 Atentar e comunicar presença de sangramento;
 Observar presença de sinais flogísticos em AVP;
 Solicitar a enfermagem para esclarecimento de dúvidas.

“METAS:

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

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 não;
RELACIONADAS A ESTA DOENÇA?

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 hipertensão;
RELACIONADAS?
HÁ HISTÓRIA DE DOENÇAS GESTACIONAL? não se aplica;
HÁ PESQUISA DE SOROLOGIA MATERNA? não se aplica;

NECESSIDADES BÁSICAS

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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

IRIS PEREIRA DE ANDRADE
03 DEZ 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Atendimento:	1721569	Idade:	20 Anos 7 Meses
Paciente:	SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE		
Nome da Mãe:	ROBERTHA FLÁVIA MAROJA CAVALCANTE	Sexo:	Masculino
Data de Nascimento:	25/05/1997	Convênio:	UNIMED JOAO PESSOA
Tipo Sangüíneo:		Naturalidade:	
Estado Civil:	SOLTEIRO	Setor:	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;
RUÍDOS HIDROAÉREOS	normais;

SISTEMA GENITOURINÁRIO

AVALIAÇÃO GERAL	sem alterações;
-----------------	-----------------

SISTEMA OSTEOARTICULAR

AVALIAÇÃO GERAL	sem alterações;
-----------------	-----------------

SISTEMA NEUROLÓGICO

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

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

AVALIAÇÃO GERAL	sem alterações;
-----------------	-----------------

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

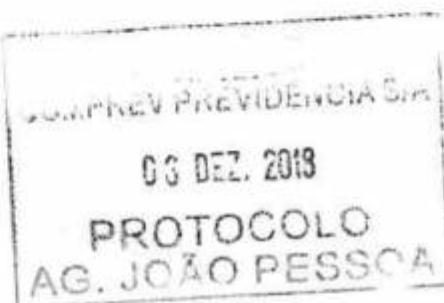
Impresso por paadulto em 30/12/2017 06:50:51 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

05 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

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



IRIS PEREIRA DE ANDRADE
COREN - 328066

Avaliação

Prontuário: 143305	Idade: 20 Anos
Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE	
Prestador(a) Assistente/Conselho: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	003359
Função: MEDICO (A) COOPERADO	
Atendimento: 1721559	30/12/2017 12:10
Convenio: UNIMED JOAO PESSOA	Plano: BASICO

Prestador responsável pelo documento: IRIS PEREIRA DE ANDRADE COREN: 328086
Função: ENFERMEIRO (A)

Indicador: PROT. 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

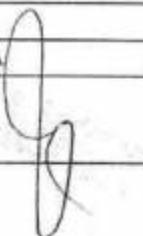
Página 2 de 2

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(a) Assistente/Conselho: WALTER LUÍZ BANDEIRA ALVES

003359

Função: MEDICO (A) COOPERADO

Atendimento: 1721589

30/12/2017 12:10

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: BASICO

Prestador responsável pelo documento: IRIS PEREIRA DE ANDRADE

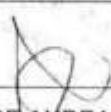
COREN: 328066

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 - 40
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: INDIVIDUO COM RISCO AUMENTADO PELA INVASÃO DO PATOGENO.
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 LESAO

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; PROTECAO CONTRA INFECÇÃO; INTEGRIDADE TISSULAR:
PELE E MUCOSAS

DOM/CLASS:

CARACT/

FATORES:

IRIS PEREIRA DE ANDRADE
COREN 328066

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por paachito em 30/12/2017 06:50:41 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOÃO PESSOA

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: BÁSICO
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

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: MAYARA DRIELE D. DOS SANTOS LINO

Conselho / Número COREN 869423

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Hora anotação: 07:11

Data anotação: 30/12/2017

Leito:

Responsável: MAYARA DRIELE D. DOS SANTOS LINO

Anotação

SALA VERDE LEITO 01

:00 RECEBO PALNTÃO 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 PERIFERICA SOLICITADO INTERNAÇÃO SEGUE AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

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 ENCAMINHADOA O APTO 551 B



MAYARA DRIELE D. DOS SANTOS LINO
COREN 869423

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por paadlito em 30/12/2017 11:03:14 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOÃO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

Atendimento: 1721559

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Data de Nascimento: 25/05/1997

Médico Assistente: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Prestador Responsável: ROZEANE DE FRANCA PEREIRA

Conselho / Número COREN 376854

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: 06:40

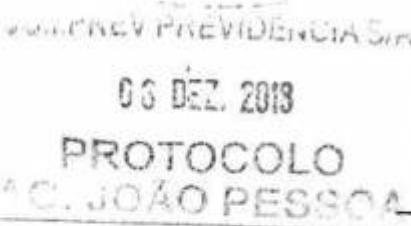
Responsável: ROZEANE DE FRANCA PEREIRA

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 IUNTERNO, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, AOS CUIDAOS GERAIS DA EQUIPE PLANTONISTA.



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

ROZEANE DE FRANCA PEREIRA

COREN 376854

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: 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 CIRUGIA COMOM PARECER COM FRATURA DE PUNHO FOI MEDICADO IMOBILIZADO, E SOLICITADO
TRANCAÇÃO PARA CIRUGIA.



JOSE SEVERINO MOUSINHO DE BRITO

COREN 386939

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por traumatologia em 30/12/2017 06:29:27 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

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

Hora anotação: 00:35

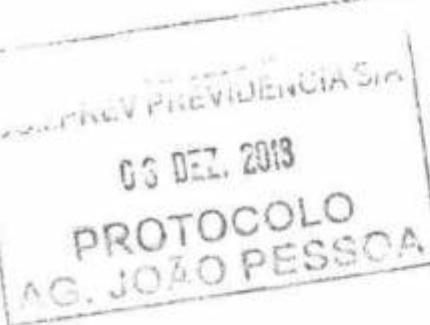
Data anotação: 30/12/2017

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.



IRINALDA DA COSTA ARAUJO
COREN 122602

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Aferição

Página 1 de 1

Emitido por: F80041

Em: 30/12/2017 06:40

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	38.0 (GRAUS CELSIUS)	TERMÔMETRO	ROZEANE DE FRANCA	COREN - 376854	30/12/17 06:39



Rozeane da Franca Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN PB 376854

ROZEANE DE FRANCA PEREIRA
COREN 376854

Impresso por poadulto em 30/12/2017 06:40:51 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

Jnimed

Nº 32104-4

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Nasc.: 26/05/1997
Sexo: M
AI: 1721659
Carteira: 0333310007400480
Mãe: ROBERTA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

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

201702513608

Samuel Felipe Maroja Cavalcante



10975183

40803118

Frete de 20 reais para o Brasil

01 01

110176

Hosp. Unimed RJ

00

EXAME
REALIZADO

fa
02-30

Edson Roberto da Silva

QD-7518

SISTEMA PREVIDÊNCIA SIM
06 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



W. 32104-4

SAMUEL FELIPE MARQUES CAVALCANTE
Nasc.: 15/05/1997 Icada: 99 Sexo: M
Av. 1721059 - Dt. Alard. 20/11/2017 0:10:01
Cidade: 00333100074004450
Mae: ROBERTA FLAVIA MARQUES CAVALCANTE

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE
THERAPEUTICO E TERAPIA - SP/SADT

201702543621

AREA
AMARELA

10975184

the 1st of October

32211037

51

- 107 -

MARCELO PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPI/ADT**

3 - NC Guide to Residential 425311

unimed		DIAGNÓSTICO E TERRAÇA - OFICIAL															
1 - Registro ANV	2 - Número do Diário Principal																
321044																	
4 - Data da Autorização	5 - Série	6 - Data Vencimento da Série		7 - Município de Nossa Senhora das Flores													
8 - Dados do Beneficiário		9 - Número do Contrato		10 - Unidade de Controle		11 - Nome		12 - Cidade/Nacional de Residência		13 - Documento de Identidade							
		00333100074004490				SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE						N					
14 - Dados do Solicitante		15 - Código do Consultor		16 - Nome do Consultor		17 - Conselho Profissional		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Consultor					
		110176		UNIMED J PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO				25		225225							
21 - Dados da Consulta / Procedimento e Exames Solicitados		22 - Data da Série		23 - Indicação Clínica		24 - Conselho Profissional		25 - Número no Conselho		26 - UF		27 - Código CBO					
21 - Código do Consultor 2 - 110176		22 - 30/12/2017		23 - INDICAÇÃO CLÍNICA PROVÁVEL FRATURA,		24 - Conselho Profissional 8		25 - Número no Conselho 003350		26 - UF 25		27 - Código CBO 225225					
28 - Data		29 - Código do Procedimento		30 - Descrição		31 - Código da Série		32 - Data da Série		33 - Código CBO		34 - Assinatura					
28 - 2017/12/30		29 - 4000104		30 - Fratura REALIZADO		31 - 110176		32 - 30/12/2017		33 - 3056724							
EXAME REALIZADO																	
35 - Código do Consultor Executivo		36 - Número do Consultor		37 - Nome do Consultor		38 - Código CBO											
35 - Código do Consultor 2 - 110176		36 - Número do Consultor 110176		37 - Nome do Consultor UNIMED J PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO		38 - Código CBO 3056724											
39 - Dados do Atendimento		40 - Número do Atendente (Atendente ou Técnico Responsável)		41 - Tipo de Consulta		42 - Código CBO											
39 - Número do Atendente		40 - Número do Atendente (Atendente ou Técnico Responsável)		41 - EXAME DE CONSISTÊNCIA DE ASSISTÊNCIA		42 - 3056724											
43 - Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		44 - Data		45 - Hora Início		46 - Hora Fim		47 - Código do Procedimento		48 - Descrição		49 - Código CBO					
43 - Número do Atendente		44 - 30/12/2017		45 - 10:00		46 - 10:00		47 - 4000104		48 - EXAME DE CONSISTÊNCIA DE ASSISTÊNCIA		49 - 3056724					
50 - Data		51 - Hora Início		52 - Hora Fim		53 - Código do Procedimento		54 - Descrição		55 - Código CBO		56 - Valor Total(R\$)					
50 - 30/12/2017		51 - 10:00		52 - 10:00		53 - 4000104		54 - EXAME DE CONSISTÊNCIA DE ASSISTÊNCIA		55 - 3056724		56 - 0,00					
57 - Descrição dos Profissionais Executantes		58 - Série Ref.		59 - Série Port.		60 - Código da Consultora/CBO		61 - Nome do Profissional		62 - Conselho Profissional		63 - Número no Conselho		64 - UF		65 - Código CBO	
57 - Número do Profissional Executivo		58 - 110176		59 - 110176		60 - 3056724		61 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE		62 - 3056724		63 - 110176		64 - 25		65 - 225225	
66 - Classe de Realização de Procedimentos em Série		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Total de CRM (R\$)		69 - Total de MDR (R\$)		70 - Total de GMS (R\$)		71 - Total de GMS/Medical (R\$)		72 - Total de GMS/Medical (R\$)		73 - Total de GMS (R\$)		74 - Total (R\$)	
66 - 1		67 -		68 - 0,00		69 - 0,00		70 - 0,00		71 - 0,00		72 - 0,00		73 - 0,00		74 - 0,00	
75 - Observações / Justificativas																	
76 - Total de CRM (R\$)		77 - Total de MDR (R\$)		78 - Total de GMS (R\$)		79 - Total de GMS/Medical (R\$)		80 - Total de GMS/Medical (R\$)		81 - Total de GMS (R\$)		82 - Total (R\$)					
76 - 0,00		77 - 0,00		78 - 0,00		79 - 0,00		80 - 0,00		81 - 0,00		82 - 0,00					
83 - Assinatura do Profissional Executivo		84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		85 - Assinatura do Consultor		86 - Assinatura do Consultor		87 - Assinatura do Consultor		88 - Assinatura do Consultor		89 - Assinatura do Consultor		90 - Assinatura do Consultor			
83 -		84 -		85 -		86 -		87 -		88 -		89 -		90 -			

Impresso por: ACESSO PRD Data/Hora: 30/12/2017 00:30:18 Abendemar: 1721559 Correção: UNIMED JOAÇ PESSOA

SUCESSO PREVIDENCIAS
03 DEZ. 2013
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA



HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
Sistema de Internação Hospitalar - MV Informática Ltda
Anamnese do Paciente
LEITO LEITO 551 B

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 Estado Civil: SOLTEIRO
ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE
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 parceiro em 30/12/2017 10:53:38 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

Hospital

Unimed, S.A.

João Pessoa

201800002963

Cooperativa de Trabalho Médico

951B

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

LAUDO MÉDICO

Solicitação

PREV. PREVIDÊNCIA Sim

Diárias de UTI

PRO~~O~~to~~l~~c~~o~~de Procedimento

AC. JO~~U~~ Prorrogação de Internamento

- Uso de Oxigenadores
- Procedimento de Alto Custo
- Outros

Nome do paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE N° GICH:

Código Usuário: Hospital: Unimed

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

Justificativa: (Detalhada e Legível)

Paciente sofreu FRATURA GRAVE
E COMINUTIVA DE RÁDIO E UINA
DISTAL DIREITO com DESVIO
CAYSANDO com PRESSÃO ANTERIOR
E VENOSA.

Solicito AUTORIZAÇÃO PARA USO
DE SISTEMA MATERIAIS =
ORIFÍCIA BLOQUEADA

Ass: Médico solicitante
CRM:

Data:

Audiotor:
Armbands VARIÁVEL ORTOPÉDICA
MATERIAIS DE RÁDIOS DISTAL em TITÂNIO
10 PARAFUSOS DE BLOQUEIO em TITÂNIO
Data: 30/12/17

Jr. Milton da Silva Andrade
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

Ass: Médico Auditor

mjt

CONFERE COM CRIMINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wandtke

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 04031679 - SSPPB CPF nº 10663342422

Estado Civil: S Nacionalidade: BRASILEIRO

Residente na: PRACA ANTENOR NAVARRO - CASA - CENTRO

Nº: 54 Cidade: SANTA RITA Estado: PB

Telefones: 83-8770-4425

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: S 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 171169, 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**.

06 DEZ. 2013

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA 3

4. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
5. 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.
6. 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**.
7. 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.
8. 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.
9. 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.

03/07/2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
 AV. Min. José Américo de Almela (Belra 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.

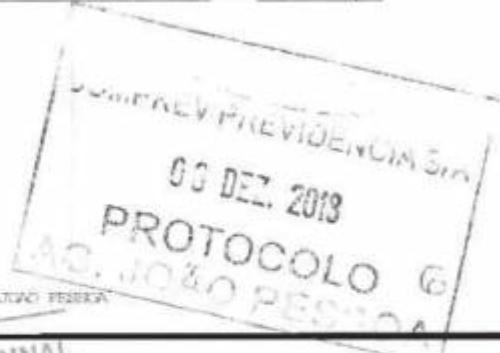
24. É vedado ao PACIENTE, RESPONSÁVEL, ACOMPANHANTES e/ou VISITANTES, trazer, guardar, expor e/ou ingerir bebida alcoólica em qualquer dos ambientes do hospital, inclusive dentro dos quartos (enfermaria/apartamento/suite), ficando o HOSPITAL UNIMED, através de qualquer de seus funcionários, em caso de 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 CONVÉNIOS/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.

As partes firmaram o Foro da Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, para dirimir eventuais
SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE correntes desta prestação de serviços.
Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
Av: 1721667 Dt Atend: 30/12/2017 10:52:22
Carteira: 00333100074004490
Mãe: ROBERTA FLAVIA 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

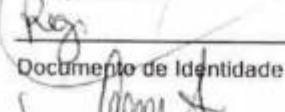
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (RESPONSÁVEL)

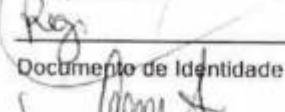
Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) sobre os procedimentos 30720095 -FRATURA E/OU LUXAÇÕES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO COT a que vai se submeter o pai SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE (Atend. 1721667) do qual sou o responsável legal, bem como do diagnóstico, 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 resultado. O tratamento não se limita ao procedimento realizado, sendo que o paciente deverá retornar ao consultório/hospital nos dias subsequentes para 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 acima mencionado.

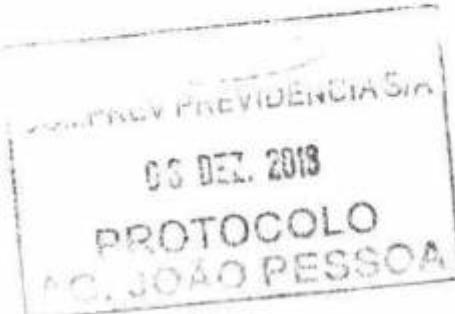

João Pessoa, 30 de 12 de 17.

Responsável


Documento de Identidade


Testemunha 1

Testemunha 2



TERMO DE RESPONSABILIDADE
(Medicamento do paciente)

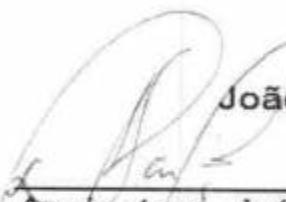
30/12/2017 10:54:26

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

() 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,

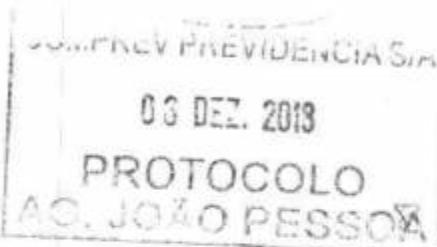
() declaro que estou trazendo para as dependências deste hospital os
medicamentos que faço uso domiciliar e estou ciente que terei que deixá-
los em armário fechado nas dependências do apartamento em que ficarei
internado, e que se as medicações vierem a ser prescritas pelo meu médico
assistente serão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



Impresso por parecpcão em 30/12/2017 10:54:33 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOÃO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley



Hospital

PREScrição MÉDICA

PACIENTE: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
Apt.: 1721559 Of. Atend.: 30/12/2017 00:00:01
Carteir.: 1033310007400490 Mae.: DERTHA FLAVA MAROJA CAVALCANTE
UNID. DE INTERN.: _____ APTO: _____
ATEND.: _____

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

RESERVADO À FARMÁCIA

... PREV PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASS. MÉDICO

ASS. DISPENSADOR



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 RÁDIO E DO CUBITO [ULNA]
Peso: | Altura: | Sup. Corporea:

1ª VIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

TIPO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
DIETA					A CRITÉRIO	
1 DIETA LIVRE						
Obs: APÓS 24H						
SOROTERAPIA						
1 SORO GLICOSADO 5% 500ML	1	FRASCO		IV	12/12hr - 12/12hr	[31/12] 05:00
3 SORO RINGER C/ LACTATO 500ML	1	FRASCO		IV	12/12hr - 12/12hr	[31/12] 05:00
ANTIBIOTICOTERAPIA						
4 (D1/2) CEFALOTINA 1G FRASCO-AMPOLA	1	FRA/AMP		IV	6/6hr - 6/6hr	[30/12] 23:00
J-> ÁGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1	AMPOLA				[31/12] 05:00
MEDICAMENTOS						
5 TRAMADON 100MG AMPOLA 2ML	1	AMPOLA		IV	8/8hr - 8/8hr	[31/12] 05:00
J-> SORO FISIOLOGICO 0,9% BOLSA 100ML	1	BOLSA				
6 KIT PROFENID EV	1	FRASCO-		IV	12/12hr - 12/12hr	[31/12] 05:00
J-> SORO FISIOLOGICO 0,9% BOLSA 100ML	1	BOLSA				
7 DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML	1	AMPOLA C/2ML		IV	6/6hr - 6/6hr	[30/12] 23:00
J-> ÁGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1	AMPOLA				[31/12] 05:00
8 OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	1	CAPSULA	VO		12/12hr - 12/12hr	[31/12] 05:17
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM						
9 AFERIR E REGISTRAR SINAIS VITAIS						
					6/6hr - 6/6hr	[30/12] 23:00 [31/12] 05:17
CUIDADOS						
10 CUIDADOS GERAIS					CONTINUO	[30/12] 22:38

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4214 TEC 6115
Milton da Silva Linhares
CRM 004714

PREV PREVIDÊNCIA SIA

06 DEZ. 2013

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

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 30/12/2017 22:37

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

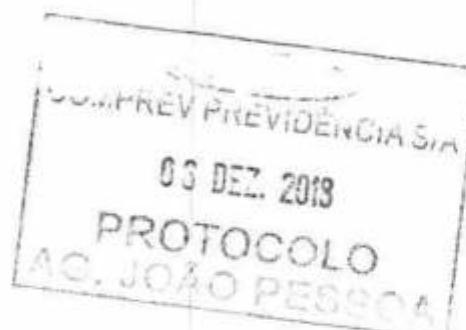
EVOLUÇÃO: 2303433 (FECHADO)

Responsável: MILTON DA SILVA LINHARES - CRM 004714 / Data de Referência: 30/12/2017
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Data/Hora do Documento: 30/12/2017 22:36

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

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 / EOT 6115
Ortopedia Traumatologia

MILTON DA SILVA LINHARES
CRM 004714



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por MVPEP em 30/12/2017 22:37:00 horas. Autentico originalmente digitado pelo usuário MILTON DA SILVA LINHARES

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

44

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

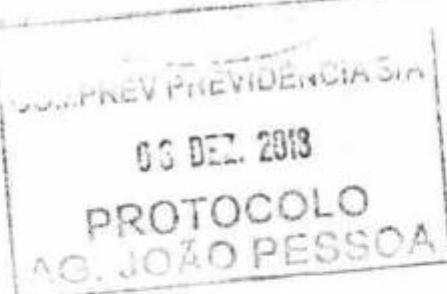
Plano: BASICO

EVOLUÇÃO: 2304991 (FECHADO)

Responsável: MILTON DA SILVA LINHARES - CRM 004714 / Data de Referência: 31/12/2017
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 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 4714-1601-0115
Ortopedia Traumatologia
MILTON DA SILVA LINHARES
CRM 004714



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 31/12/2017 16:48:06

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

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

31-12-2017 RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO

TRATAMENTO TERAPÉUTICO

PRESTADOR: MILTON DA SILVA LINHARES ÚLTIMA: 31/12/2017

EVOLUÇÃO

PACIENTE NO 1º DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE URGÊNCIA 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 RÁDIO E ULNA D. SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR.



Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6115
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.: | Cld.: S528 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CUBITO (ULNA)
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporal.:
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 ALGÍCAS					EM USO	[31/12] 00:16



RAQUEL CRISTINA MENDONÇA NEVES
COREN 053371



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: MONICA MENDES SILVEIRA

Relatório de Evolução

Em 30/12/2017 11:13

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

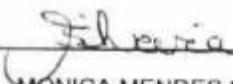
AVP: JELCO N° 20 (30/12/2017)

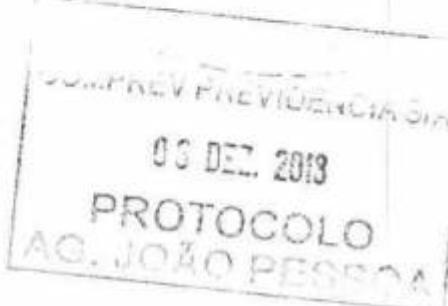
*COMORBIDADES: NEGA

*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 íntegra, sem LPP, boa perfusão periférica, sem edema, restrita ao leito. Realizou RX de MSD que evidenciou fratura de punho. Segue aguardando procedimento cirúrgico.

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


MONICA MENDES SILVEIRA
COREN 222609



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por paadilto em 30/12/2017 11:13:07 HOSPITAL ALBERTO URQUiza WALTERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

15

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Walterley

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Evolução

510
Página 1 de 2

Emitido por: MARIA APARECIDA RIBEIRO
DE MATOS
Em: 30/12/2017 17:38

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
Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Leito: LEITO 551 B

Admissão: 30/12/2017 10:52

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, eupnéico, em ar ambiente; normotensão e normocárdico. Mantém 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 à 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 adorno;

Realizado orientação e cumprimento do banho com clorexidina 2%;

Promover ambiente calmo e tranquilo;

Atentar para tempo de jejum;

Confirmado identificação do paciente.

METAS:

Manter pele íntegra;

Manter livre de infecção;

Oferecer assistência qualificada e integral;

Promover alívio da ansiedade;

Manter jejum conforme orientação médica.



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 2 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: MARIA APARECIDA RIBEIRO
DE MATOS
Em 30/12/2017 17:38

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

Milton
Milton da Silva Linhares

Informações
COREN: 32.676-PA
MARIA APARECIDA RIBEIRO DE MATOS
COREN 032979



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por Dado em 30/12/2017 17:38:51 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JANO PESSOA

17

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

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 1721667	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
" Iergias: Nega

Riscos:

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

Condutas:

- Usar faixa de segurança em mesa operatória
- Travar da 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
- Alertar para o manuseio do paciente evitando a perda dos dispositivos
- Observar acesso venoso pélvico
- 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 degermação com clorexidina. Posicionado paciente na mesa com placa de bisturi. Realizado Time Out.

20:30 H Administrado pelo anestesiista Cefazolina 2g.



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 2 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

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

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

Transoperatório sem intercorrência.

22:10 H Ao término, foi encaminhado a URPA sonolento, respondendo aos estímulos verbais, em ar ambiente, CVP prévio 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
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 JORO PESSOA

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: RAQUEL CRISTINA

Relatório de Evolução

MENDONCA NEVES

Em 30/12/2017 23:58

Paciente: 143305 - SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses 5 Dias

Data de Nascimento: 26/05/1997

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: BÁSICO

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 CIRÚRGICA // 551 B // 30.1.17

POI DE CORREÇÃO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

COMORBIDADES: NEGA

PATOLOGIAS: NEGA

ALERGIAS: NEGA

23:50' Retornou do centro cirúrgico no POI DE CORREÇÃO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, com estado geral regular, consciente, orientado, eupneico, afebril, mantendo níveis pressóricos, acianótico, anclítérico, 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:

Mantar pele Integra;

Mantar livre de infecção;

Oferecer assistência qualificada e integral;



RAQUEL CRISTINA MENDONÇA NEVES
COREN 053371

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Atendimento: 1721667

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses

Data de Nascimento: 25/05/1997

Leito Atual: 551 B

Médico Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Setor: 5º A TSO C CIRUR MASC CJ - HP

Prestador Responsável: EWERTON CAVALCANTI DO NASCIMENTO

Conselho / Número COREN 1098966

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/12/2017

Hora anotação: 11:30

Data anotação: 30/12/2017

Leito: LEITO 551 B

Responsável: EWERTON CAVALCANTI DO NASCIMENTO

Anotação

11:30 Recebi paciente em PRÊ 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
Tec. Enfermagem
COREN-PB 10 98966



EWERTON CAVALCANTI DO NASCIMENTO
COREN 1098966

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: MARIA DA PENHA DOS SANTOS

Conselho / Número COREN 293993

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: 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 P. em MSE, eliminações espontâneas, dieta zero, segue em obs.
20hs 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.



Maria da Penha dos S. Lacerda
Tec. Enfermagem
COREN 293993 TEC.

MARIA DA PENHA DOS SANTOS
COREN 293993

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por Sso em 31/12/2017 06:18:00 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOÃO PESSOA

23

- UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Anotação de Enfermagem

Página 1 de 1
Emitido por: FRANCISCA F PAIVA
Data da Emissão: 30/12/2017 22:36

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

CIENTE ADMITIDO NA URPA ÁS 22:25 EM POI TRAT. CIRURG. FRAT. PUNHO DIREITO, CONCIENTE, ORIENTADO, ACORDADO, COM AVP MSE, AUSENCIA DE DRENO, AUSENCIA DE SONDA, COM ACESSORIO ORTOPEDICO, SEM QUEIXAS, SEGUO MONITORIZADO EM OBSERVAÇÃO, AGUARDANDO ALTA ANESTESICA,

03 DEZ. 2013

PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Francisca Ferreira Paiva
COREN-PB 604344
FRANCISCA F PAIVA

COREN 604344

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Atendimento: 1721667

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Idade: 20 Anos 7 Meses

Data de Nascimento: 25/05/1997

Leito Atual: 551 B

Médico Assistente: MILTON DA SILVA LINHARES

Sator: 5º A TSO C CIRUR MASC CJ - HP

Prestador Responsável: NADJA KELLY MONTEIRO GOMES

Conselho / Número COREN 960132

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 31/12/2017

Data anotação: 31/12/2017

Hora anotação: 16:34

Responsável: NADJA KELLY MONTEIRO GOMES

Leito: LEITO 551 B

Anotação

As 7:00 Recebi paciente em 1 dpo de fratura de antebraço ,em hvp,eliminações espontâneas, fo oclusa com tala gessada.

As 11:00 Administrada medicacão conforme prescriçao (tramal)

Aferidos ssvv(new

As 13:00 Administrada medicacão conforme (dipirona + cefalotina)

Paciente recebe alta hospitalar,sai acompanhado de seus familiares



NADJA KELLY MONTEIRO GOMES
COREN 960132

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por: SSO em: 31/12/2017 17:04:28 - HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED J. PESSOA

25

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp Alberto Urquiza Wanderley

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Sistema de Gerenciamento da Unidade

Ficha de Balanço e Controles

Página 2 de 2

Emitido por: MPSANTOS

Data da Emissão: 31/12/2017 08:

Atendimento: 1721667

Paciente: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Dt. de Nasc.: 29/05/1997 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 283993

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

Itens 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																										
	Unidade																									
PAS																										
	Unidade																									
PAD																										
	Unidade																									
FC																										
	Unidade																									
TEMP																										
	Unidade																									
SPO2																										
	Unidade																									
NEWS																										
	Unidade																									



Maria da Penha dos Santos
COREN - 283993

IMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDIC

03 DEZ. 2013

PROTÓCOLO

AN. J. PESSOA

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Sistema de Gerenciamento da Unidade

Ficha de Balanço e Controles

Página 1 de 2

Emitido por: MPSANTOS

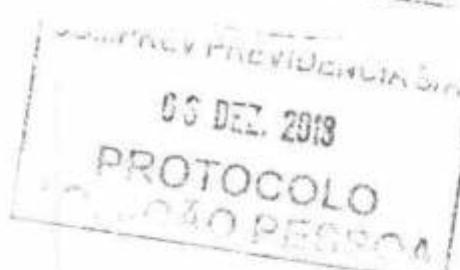
Data da Emissão: 31/12/2017 06:19

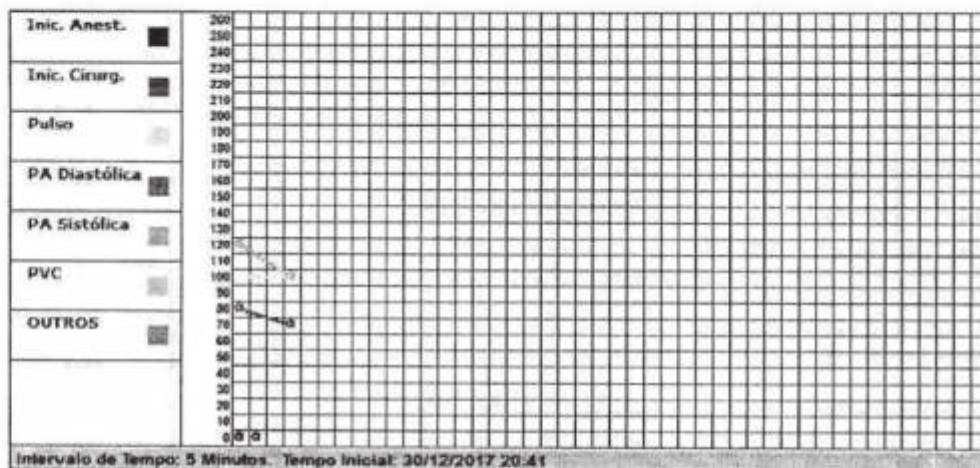
Atendimentos: 1721567 Paciente: SAMUEL FELIPE MARQUA CAVALCANTE DL de Nasc.: 25/05/1997 20 Anos Altura: Peso: Leito: 551-B
 Médico(a) Assistente: 1070 MILTON DA SILVA LINHARES Data de Realização do Balanço: 30/12/2017 Unidade: S³ AND TSO CIR MASCULINO CONJ
 Prestador Responsável: MARIA DA PENHA DOS SANTOS Função: TECNICO EM ENFERMAGEM
 Conselho / Número Cons.: COREN 293993

do Balanço		HORAS DE COLETAS E FECHAMENTOS DE BALANÇO HÍDRICO																								Total
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	
SORO GLICOSADO 8% 500ML	IV																			500,0					500,0	1000,0
SORO RINGER CL LACTATO	IV																			500,0					500,0	1000,0
PROFENID 100MG IV	IV																							100,0	100,0	100,0
Total de Ganhos																				500,0	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	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


 CONFERE COM ORIGINAL
 Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



DROGAS E MATERIAIS UTILIZADOS

ANEST. GERAL / SEDAÇÃO	QTDE	DOSE UTZ	ANEST. GERAL / SEDAÇÃO	QTDE	DOSE UTZ
ÁGUA DESTILADA 10 ML		03	ONDOSENTRONA 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		
EFORTEL 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 N°		
NORADRENALINA AMP					
NUBAIN 10 MG AMP					
OCITOCINA AMP 5 UNID					

Jose Luciano Mendes
Médico
CRM 003858

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



Impresso por impressora em 10/12/2017 20:51:57 HOSPITAL ALBERTO URQUISA WANDERLEY - TRIBUTO FATO FERIDA

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 PUNHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO Anestesia(s): 15 BLOQUEIO DE PLEXO

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	0002344 AGUA PARA INJECAO 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 FISIOLOGICO 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

03 DEZ. 2013

PROTÓCOLO

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



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

Cid Pré-Operatório: S526

Cid Pós-Operatório:

Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

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 ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

VIA DE ACESSO ANTERIOR, CO INCISÃO LONGITUDINAL NO ANTEBRAÇO D.

DISSECÇÃO POR PLANOS

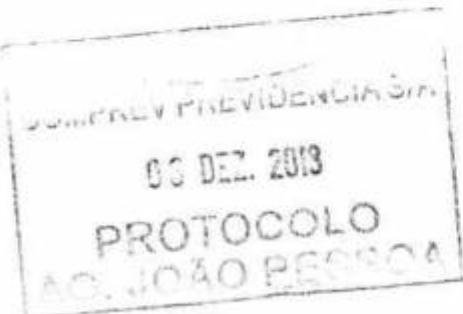
NEURÓLISE DO NERVO ULRNAR E MEDIANO, ISOLANDO-OS;

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, ANATOMICA 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



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.*Acaba n-*ANTONIO DE PADUA G DE S NEVES
CRM 002589

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por sistema em 30/12/2017 23:50:55 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

33

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley



Assistência de Enfermagem Transoperatória

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE Nasc.: 12/05/1987 Idade: 20 Sexo: M AI: 11721667 Di Aland.: 30/12/2017 10:52:22 Carteira: 00335100074004490 Mãe: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE		Preencher quando não houver etiqueta Paciente: Samuel Felipe Maroja Mãe: Robertha Flavia Maroja		Leito: 551-B
Cirurgia: Trat. cirúrgico N° Fratura e luxações		Atendimento: 172.1667	Convênio: Unimed	
Data: 30/12/2017 Pura: Hora Chegada C.C.: 20:00h	Cirurgião: Dr. Hilton Simões	Sala: 04		
Hora Chegada S.O.: 20:10h	Hora Saída S.O.:	Destino: URPA		
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: Dr. Hilton Simões		1º Auxiliar: Dr. Silviano Nenêdes	2º Auxiliar: Dr. Silviano Nenêdes	
Anestesiologista: Dr. Silviano Nenêdes		Início da Anestesia: 20:20h	Término da Anestesia: 22:10h	
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° _____ <input type="checkbox"/> S/Cuff <input type="checkbox"/> C/Cuff <input type="checkbox"/> Fio Guia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Guedell n° _____ <input type="checkbox"/> Fixação <input type="checkbox"/> Proteção ocular <input type="checkbox"/> Colírio <input type="checkbox"/> Pomada				
3- Parto cirúrgico:				
Hora Nascimento:	Sexo:	Appar:	Pediatra:	
<input type="checkbox"/> Feto único	<input type="checkbox"/> Gemelar	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Natimorto	
4- Condições gerais do paciente no inicio da cirurgia:				
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Inciso <input type="checkbox"/> Entubado <input type="checkbox"/> Outro: _____				
5- Sinais Vitais:				
Hora:	PA:	PULSO:	FC:	FR:
20:00	12 x 46	89	89	=
20:05	11 x 51	51	51	=
20:10	12 x 60	89	89	=
6- Posição operatória:				
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventra <input type="checkbox"/> Lateral: _____		<input type="checkbox"/> Ginecológica <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Próclive <input type="checkbox"/> Proctológica		
7- Cateteres e Drenos:				
<input type="checkbox"/> Acesso central FR Lumens: _____ <input type="checkbox"/> SNG n° _____ <input type="checkbox"/> Pen rose n° _____ <input type="checkbox"/> Acesso venoso periférico MS: _____ <input type="checkbox"/> Acesso arterial <input type="checkbox"/> Dreno tórax <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> 2 vias <input type="checkbox"/> 3 vias <input type="checkbox"/> Kherr <input type="checkbox"/> SVD n° _____ <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> S/restricção <input type="checkbox"/> C/restricção <input type="checkbox"/> Antisséptico utilizado: _____ Balão insulfado com: _____ ml Aspecto: _____ Passado por: _____				
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				
9- Bisturi Elétrico:				
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local da placa: _____		<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 2013
34
PROTÓCOLO
JOAO PESSOA



Assistência de Enfermagem Transoperatória

12- Intercorrelações:				
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não			
Relate:				
13- Peça para Anatomopathológico:				
<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:				
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<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 <i>Rejafol 2g</i>	Horário <i>20:30</i>	Medicações adm. no transoperatório	Horário	
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:				
<p>Paciente admitido no CC para submeter-se a cirurgia de Fratura e fixação do Punto D.</p> <p>Consciente orientado supino com febre acianótico, urinário com AVP em NSE falso n° 18. Realizado anestesia local +plexo. Nonuturizado, feito deglúteo e tocar iniciado cirurgia sem intercorrências.</p> <p>Foi usado antibiótico (Rejafol 2g) às 20:30h. Foi uso do arco cirúrgico em todo ato cirúrgico.</p> <p>Passado o gártio com faixa de Smith às 20:50h.</p> <p>Retirado gártio às 21:55h, ao término da cirurgia que transcorreu sem anormalidades, feito curativo, depois gessado. Em seguida encaminhado paciente para URPA.</p> <p>Isabel Espírito de Oliveira Téc. Enfermagem</p> <p>COREN-195137</p>				
<p>Isabel Espírito de Oliveira Téc. Enfermagem</p> <p>COREN-195137</p>				
<p>Circulante: <i>Jacelita</i>, Nadja, Anna Emilia</p>				
<p>Instrumentador: _____ / Enfermeiro (a): _____</p>				
<p>OBS : ** Relatar motivo de suspensão de cirurgia, caso ocorra.</p>				

espresso por cirurgo1co em 24/12/2017 13:05:32 HOSPITAL ALBERTO GURKIZA WANDERLEY - UNIMED-JD0 PESSOA

F(NG) ATC1,325-4

SUMARIO PREVIO EN MATERIA
06 DEZ. 2013
PROTOCOLO
030 07000

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE

Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
 AI: 1721667 DT Atend: 30/12/2017 10:52:22

Carteira: 0033310007403480

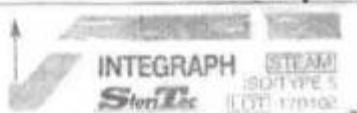
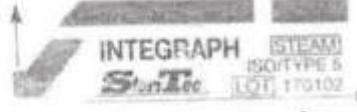
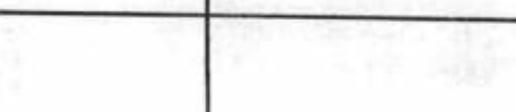
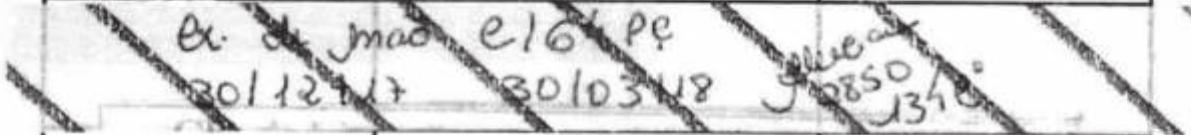
Mae: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE

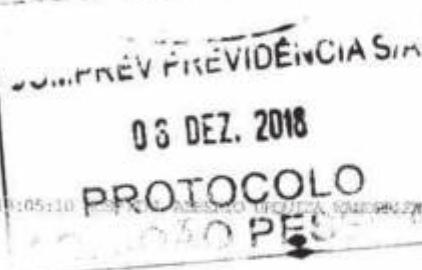
Paciente:
 Atendimen:
 Convênio:

Cirurgia: Fratura e luxação de punho D.

Cirurgião: Dr. Milton da Silva Binhares Isabela Oliveira

Sala: 04 Data: 30/12/2017 Circulante de sala: Tec. Enfermagem + Naelipa COREN-195137

30.12.17	03	26.12.17	02	30.12.17	02	30.12.17	02	29.12.17	03	30.12.17	01
Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código	Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código	Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código	Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código	Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código	Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código
30.03.18	02	26.02.18	02	30.03.18	01	30.03.18	02	29.03.18	02	30.03.18	02
(No. de Circunfer.)	BRODIE	(No. de Circunfer.)	BRODIE	(No. de Circunfer.)	BRODIE	(No. de Circunfer.)	BRODIE	(No. de Circunfer.)	BRODIE	(No. de Circunfer.)	BRODIE
3430		2016	3430	3430	3430	3430	060	2/20			
30.12.17	01	30.12.17	01	27.12.17	03						
Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código	Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código	Dia do Processo Data de Válida	No. do Equipamento No. do Código						
30.03.18	02	30.03.18	02	27.02.18	02						
(No. de Circunfer.)	BRODIE	(No. de Circunfer.)	BRODIE	(No. de Circunfer.)	BRODIE						
3430	2/20		3119								
 											
 											
 											
											
											



F(NG).ASCIR .021-1

~~2 30-52-03-1
Lorain Co. Ohio
30-52-17
30-52-18
Provo 32~~

SEARCHED
INDEXED
SERIALIZED
FILED

Unimed
5000 Pts

SAMUEL FELIPE MARQUA CAVALCANTE
Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
Alt: 1721667 DI ALand: 30/12/2017 10:52:22
Carteira: 00333100074004490
MSO: ROBERTA FLAVIA MARQUA CAVALCANTE

MATERIAL ESPECIAL

Paciente:

Atendimento: 1721667

Data: 30/12/2017

Apto: 551-B

Circulante:

Isabela Espírito de Oliveira
Téc. Enfermagem
COREN-195137

EMERGÊNCIA

- 01 PLACA c/ Angulo variável
Bh que cdc em L lados
- 06 PARAFUSO DE BH que cdc L-lados
- 04 PINO SERRA BH que cdc L-lados

UNIVERSIDADE FEDERACAO
06 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
ESPECIAL

presso por cirurgico em 03/09/2017 09:01:07 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

38

00 CEE
00 COCCON
00 COCCON
00 COCCON

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

Paciente.....: SAMUEL FELIPE MAROJA CAVALCANTE
Cód. Atendimento: 1721667 Data Nasclº: 25/05/1997
Mãe.....: ROBERTHA FLAVIA MAROJA CAVALCANTE
Convênio.....: UNIMED JOAO PESSOA N° Acesso: #649648
Médico Solicitante....: MILTON DA SILVA LINHARES
Data.....: 31/12/2017 09:20 Laudo.: 525562 N° do Exame.: 3528

RELATÓRIO

EXAME: RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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



LAUTONIO JUNIOR LOUREIRO
CRM 005053

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

COOP Membro da Aliança
Cooperativa Internacional
Impresso por digitador em 31/12/2017 09:21:40 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOÃO PESSOA

ANS - nº 32104-4

COD. 000545

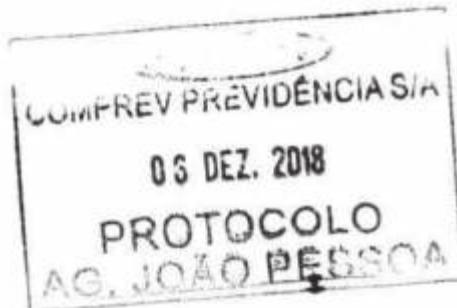
CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Alberto Urquiza Wanderley



SAMUEL FELIPE MARCIA CAVALCANTE
Nasc.: 25/05/1997 Idade: 20 Sexo: M
Al.: 1721667 Dt. Aprend.: 30/12/2017 10:52:22
Carteira: 00333100074004490
Mãe: ROBERTHA FLAVIA MARCIA CAVALCANTE

40
1969
10000000





HOSPITAL UNIMED JOAO PESSOA

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE UNIDADE

RELATÓRIO DE ITENS DISPENSADOS POR PACIENTES

05/01/2018 8:03:39

Página 1 de 1

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 FLEXIVEL
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

~~COMPRA PREVIDÊNCIA S/A~~

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

~~10.000 PESOS~~

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

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 JOÃO PESSOA

Leito: 416 LEITO 551 B Plano: 1 BÁSICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: F2684

Diretor Clínico:

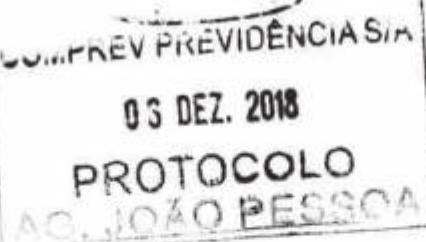
→ CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CUBITO [ULNA] ↘

Procedimento de Alta → 52070089 - DESCOLAMENTO EPIFARIO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO C

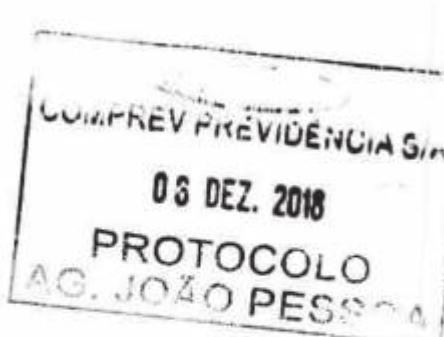
Observação de Alta

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

Joanna Manuelle Vaz
Enfermeira
COREN-PB 326315



H2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PARTEIRA/NACIONAL DE HABILITACAO

NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE		
DOC. INSCRIÇÃO - ORG. EMISSOR Nº 2627718 SEP PB		
CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982		
TÍTULO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE		
PERMISSÃO ACC CADARME B		
NPZ 01051269660	VENCIMENTO 16/01/2019	VALIDADE 29/06/2001
OBSERVAÇÕES		
<i>Alexandra Cesar Duarte</i> SAQUEADORA DO PORTUGUÊS		
IDEN. JOAD PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014		
<i>Rodrigo Gouveia/lns</i> ESTRUTURA DO CONCESSIONÁRIO 66588356744 V8027919595		

PROBLEMA PLASTIFICAR
894056231



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 URNA 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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

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 URNA 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 Mendes Calvacante
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
vaid. habilitado, CI RG nº 4031679,
CPF/MF nº 106.633.429-22 residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio ENGENHO DO MEIO S/N,
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 Mendes Calvacante

OUTORGANTE

03 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
DE PESQUISA

03 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
DE PESQUISA

Brasil São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-100
Fone/Fax: (83) 3229-2252
Santa Rita - Paraíba
24.4.1.106.001-32000001-23

Serviço Notarial e Registrável
DOURADO DE AZEVEDO
at Fazenda do Presidente da República
Ofício do Notário

Em test. da verdade. Santa Rita-PB 19/11/2018 14:52:41
Gerlane Ribeiro da Costa - Escrevente Substituta
[2018-008994]EMDR:R\$ 0,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,00 DE:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AH080101-V064
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2017

Titular do CPF: SAMUEL FILIPE MAROJA CAVALCANTE

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

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 URNA 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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".