

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

Nº Sinistro: 3180424319

Vitima: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

Data do Acidente: 13/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180424319**.

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07461.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07461.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 20:55 horas do dia 22 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12^ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Jardes de Araújo Mendonça**, conhecido(a) por Jardes, CPF nº 884.299.204-63, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário Público Municipal, filho(a) de Jaive de Araújo Mendonça e Jamuel Mendonça de Freitas, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/09/1973 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Damasquins Ramos Maciel, Nº 783, complemento APART. Nº. 201, bairro Bessa, tendo como ponto de referência Próximo a Praça do Cajú, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, nº S/N, Via Pública, Quase de Frente Ao Supermercado Hiper Bom Preço, Cabedelo/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/06/18 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, OUTROS FATOS, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo PCX 150, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2015/2015, placa QFD-6764, chassi 9K2KF1710FR803019, renavam 0104665823-6, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013814173286; nº. P.r.t.: 20180000135452-7; nº. Lacre: 0042010063; nº. Motor: Kf17e1f803019; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Jardes de Araújo Mendonça.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O SEU VEÍCULO JÁ DESCrito ANTERIORMENTE ACIMA, FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E PERDEU O CONTROLE DO MESMO, FINDO A CAIR E SE MACHUCAR, SENDO SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITI (TRAUMINHA) DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA, ASSINADO PELO MÉDICO LEONARDO TORRES, C.R.M./PB 10336.

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.

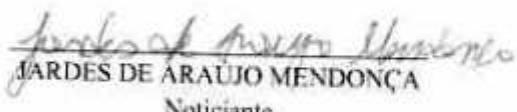




João Pessoa/PB, 24 de agosto de 2018.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Delegacia Distrital da Capital
Soc. de Segurança
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 33710-0


JARDES DE ARAUJO MENDONÇA
Noticiante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JARLES DE ARAUJO MENDONÇA

CPF da Vítima

884.221.204.63

Data do Acidente

13/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

VISÃO DE VANTAGEM: PREVISÃO DE FUTURA AVAIAÇÃO
13 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA

Jarles de Araujo Mendonça
Local e Data

Jarles de Araujo Mendonça

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: ()

Ficha Nr: 136484 Attd: Nao Regulad
Data: 13/06/2018
Hora: 20:43:12
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JARDES DE ARAUJO MENDONCA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 704606140337625 Sexo: M IDENTIDADE: 1626125 Fone: 987600348

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/09/1973 Id: 44 ano(s)

End.: RUA DOUTOR DAMASQUINS RAMOS MACIEL, 768

Bairro: BESSA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JAIVE DE ARAUJO MENDONCA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VEREADOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

Tel/Doc. Responsavel: 987600348 / IDENTIDADE: 1626125

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FR:

[] Politraumatizado [] Convulsao

FC:

TP:

[] Hemorragia [] Dispneia

Peso:

Altura:

[] Diarreia [] Agitado

Glicemias:

IMC:

[X] Regular [] Chocado

Circ. Abd:

O2%:

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

TE A EM 1/3 DISTAL DO RADIO D ENCAMINHADO DO
TRAUMA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

4

1

13 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

~~ANOTACOES DA ENFERMAGEM~~

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03165-8

CONTA: 000010009120-2

Nr. da Autenticação 78E3806084F1D17E

MARIA DAS GRACAS OLIVEIRA DA SILVA
RUA DR DAMASQUINS RAMOS MACIEL, 783/ AP 201 - BESSA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58026-900 (AG-11)

Emissao: 17/07/2018 Referencia: 401/2018

Class/Subject: RESIDENTIAL / RESIDENCY

Chase 3000 Residential Residential
Boston 8-513-3068

7-11120001

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Rm 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58017-680

CNPJ 99.095.180/0001-40 | Inscrição Est. 16.015 R23-0

10. *Journal of the American Statistical Association*, 1980, 75, 362-375.

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°009.538.373

Cód. para Déb. Automático: 000000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	17/07/2018	16/08/2018	543.657.834-81

UC (Unidade Consumidora): 5/880895-8

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Cultura	Data	Cultura	
16/08/18	17950	17/07/18	18347	1
				297

Cód.	Descrição	Demonstrativo									
		Quantidade	Unidade	Venda	Base Cofre	Alm.	Imposto(R\$)	Base ICMS	Preço(R\$)	Desconto(R\$)	
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pto/Cofre(R\$) (1,0545%) (1,9555%)											
0801	Consumo em kWh	287.000	0,739080	219,51	219,51	219,51	219,51	59,28	219,51	2,36	10,96
0801	Adic. B. Vermelha			23,19	23,19	23,19	23,19	5,89	23,19	0,24	1,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			4,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			1,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY



PRONTUÁRIO

Nº: 2018061799

2018061799
17 06 18
alex

NOME DO PACIENTE:

Ana da Silva Moraes

ENFERMARIA: 10 LEITO: 138

Receituário

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONCA
Data: 13/06/2018 18:29:38 Sexo: Masculino CPF: Não Informado

Idade: 44
BAE: 1068192

#ORTOPEDIA#
#18.27HS#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIADA FRATURA DO 1/3 DISTAL DO RADIO DIREITO
CONDUTA:
1- TALAXILLO PALMAR
2- ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACUTAÇÃO

Receituário

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONCA
Data: 13/06/2018 18:29:38 Sexo: Masculino CPF: Não Informado

Idade: 44
BAE: 1068192

#ORTOPEDIA#
#18.27HS#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIADA FRATURA DO 1/3 DISTAL DO RADIO DIREITO
CONDUTA:
1- TALAXILLO PALMAR
2- ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACUTAÇÃO

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep 58031-090

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep 58031-090



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JARDES DE ARAUJO M. Registro:				
Idade: 49	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP: _____
Data: 16/06/18	Cirurgião: Dr. T. Benia		1º Assistente: LEONILDO	LR: _____
2º Assistente: NÉLIO R.	3º Assistente: _____	Instrumentador: _____		
Anestesista: _____	Tipo Anestesia: _____		Horário: E: _____	T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<p>- Fratura - luxação em 1/3 DISTAL DO RÁDIO (D)</p>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<p>- Atividade INCUTA + Fixação EXTERNA</p>				LUMENUS FUSCIOVENOSUS 13 SET. 2018 PROTÓCOLO AG. CIRÚRGICO
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não		Descreva: _____
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1() Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH sob bloco de BLEXO BRASIL
- 2) ASSÉPSIA + ANTISEPSIA
- 3) Alojamento de canos estéreis

Incisão:

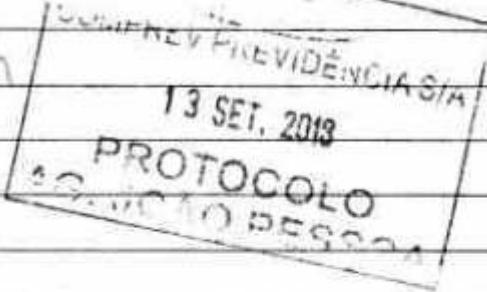
- 4) PEQUENAS INCISÕES EM LÓGOS DOS RINOS

Achados:

- 5) DEDO CÍNGU INVERTIDA
- 6) FIXAÇÃO PRIMARIA COM 2 FIOS DE 1,5

Conduta:

- 7) FERTO FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXAS D (TIPO COLLES)
- 8) CURATIVO
- 9) AX DE CONVOLTE
- 10) TARA AXIAL PRIMARIA



Fechamento:

- 1) FURURA COMBINADA EM NÁDIO TECO DISTAL
- 2) PACIENTE Necessita de DRAIA BLOQUEADA P/ NÁDIO DISTAL COM RUMINSON 2,7 (OMITIDO POR)
- 3) NÃO DEU ALTA AO PACIENTE TRATAMENTO DEFINITIVO EM UTENCI

Data: 14/06/18

Dr. Leonardo
MÉDICO / CRM
CRM/PB 10233
Médico



DECLARAÇÃO

Conforme solicitação do Sr. **JARDES DE ARAÚJO MENDONÇA** estamos entregando cópia do seu prontuário no período de 15/06/2018 a 16/06/2018.

João Pessoa, 24 de Agosto 2018.

Dr. Marco Antonio Barros
CRM 4617
Gestor Clínico
Hospital Samaritano

Marco Antonio Barros
Diretor Clínico



Hospital Samaritano
CENTRO CIRÚRGICO – FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA

Paciente: José da Mota Convenio: 947
Idade: _____ Sexo: _____ Sala: _____ Data: 11/11/2008

SUMÁRIO CLÍNICO

Fractura coluna + descolamento
perito D

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: Dr. Fábio Borboleta

1º Auxiliar: _____

2º. Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Instrumentador(a): Dr. Fábio Borboleta

*PROTÓCOLO
13/11/2008*

DESCRÇÃO DA CIRURGIA

data da Cirurgia: 15/11/08 Hora Inicial: 11h00 Hora Final: 13h30

tipo de Cirurgia: Fixação de fratura de coluna lombosacra stabil

Diagnóstico Pré-Operatório: BPF de coluna lombosacra stabil

Tipo de Anestesia: BPF

Risco Cirúrgico: N2

Intercorrenças Cirúrgicas: N/A

Diagnóstico Pós-Operatório: O anel

Cirurgia (Descrever via acesso, Técnica e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

1) Desprese + artrose

2) Acessa solar

3) Fixação de coluna

4) Fixa placas ilíaca solar +盆腔 ilíaca

5) sutura + osteosíntese

Dr. Fábio G. C. Borboleta

CRM-PE 1006876

CRM-PE 14654

Samaritano

JACOES OC
ANAIS MENDONCA13 SET. 2018
PROTOCOLOCONSELHO
HOSPITAL

ANESTESIA

Dr. Guilherme
Medico Anestesiologista
CRM 8358

CARTERA

COLAR ETIQUETA HOUVER

PERÍODO: 09:00 - 10:00

DATA: 2018/05/17

APENAS

Paciente:	Jardim de Amaro Menezes		Convênio:	PACOTE
Cirurgia:	Fratura fíbula		Data:	15/06/2018
Cirurgião:	Dr. Fábio		Anestesista:	Gutemberg
Auxiliar 1:			Anestesia:	SEDACION + Bloqueio de Plexo
Auxiliar 2:			Circulante:	Gacurutin
Instrumentador:	Anderson + Fernando		Idade:	44
MEDICAMENTOS				
Água Destilada 10 ml	03	Droperidol	01	Nimblum
Adrenalina		Etomidato		Neomicina Pomada
Aminofilina		Efedrina		Neocaína Isobárica
Amicacina		Fenergan		Neocaína Pesada
Atropina		Fentanil 2ml	02	Novabupi 0,5 c/v
Bextra 40mg	01	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v
Buscopam Composto		Flagyl 500mg		Nubalm
Buscopam Simples		Fenitoína		Omeprazol
Brycanil		Flumazenil		Oxacilina 500mg
Clonidina	01	Gentamicina		Pavulon
Cipro 200mg		Glicose 50%		Plasili
Duo Decadron		Hidrocortisona		Precedex
Dimorf 0,2mg		Keflim 1g		Profenid
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	02	Propofol
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin		Prostigumine
Dexametasona mg	01	Kolagenase Pomada		Quelicim mg
Dipirona Sódica	02	Lasix		Rapifen
Dolosal		Liquemine		Ranitidina
Dormonid	01	Narcan		Rocetin 1g
Diazepam		Nauseon	02	Telebrix
SOLUÇÕES				
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml		Soro Ringer c/ Lactato	04	PVP Degermante
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	02	Água Destilada 1L		PVP Tintura
Soro Fisiol. 0,9% 250ml		Purisole		PVP Topico
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol		
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven		
MATERIAIS DESCARTÁVEIS				
Aguilha 13x4,5G	01	Conexão 2 vias	02	Luva de Procedimento
Aguilha 25x7G	03	Dreno Penrose 1		Luva 7,0
Aguilha 40x12G	02	Dreno Penrose 2		Luva 7,5
Aguilha Raqui 25G		Dreno Penrose 3		Luva 8,0
Aguilha Raqui 26G		Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5
Aguilha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11
Aguilha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15
Aguilha Peridural 17G		Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24
Aguilha Peridural 18G		Dreno Tórax 36		Máscara Descartável
Aguilha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38		Propé
Jelco 14G		Espadrapo	OK	Seringa 1ml
Jelco 16G		Eletrodos	OK	Seringa 3ml
Jelco 18G	01	Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml
Jelco 20G		Equipo Microgotas		Seringa 10ml
Jelco 22G		Escova degermante	04	Seringa 20ml
Jelco 24G		Gorro Descartável	05	Seringa 60ml
Atadura Crepom 15cm	06	Gaze Pacote	07	Sonda Foley 3v 18
Atadura Crepom 20cm	06	Gelfoan		Sonda Foley 3v 20
Atadura Geissada		Surgicel		Sonda Foley 3v 22
Coletor Sist. Aberto		Intracath		Sonda Foley 2v 12
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14
Cateter Nasal	03	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16
Cateter Peridural 16		Capa VDL		Sonda Foley 2v 18
EQUIPAMENTOS				
Aspirador	-	Capnógrafo	-	RX/ Arco Cirúrgico
Bisturi Elétrico	-	CO2	-	Tricotomia
Bomba de Infusão	-	Oxigênio	OK	Pega Cirurg:
Carro de VDL	-	Nitrogênio	-	Destino:

Hospital	INCIDENTE	DATA (dd/mm/aaaa)	SEGURO	COE	PESO (kg)	DATA DEURG (dd/mm/aaaa)
spital Samaritano	PRESSÃO (mmHg) / FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	ESTADO MENTAL	ASA 1 2 3 4 5 6 E	CONVEXO		
DIAGNÓSTICO	IC-10	EXAMES (exames)	EFETO SANGUINOLÉTICO	ESTADO DO PACIENTE	UNA, N	UNIF
EXAMINAMENTO/ATUALIZADO	EXAMES (exames)	DIAGNÓSTICO	EFETO SANGUINOLÉTICO	ESTADO DO PACIENTE	UNA, N	UNIF
ORÁRIO DO PROCEDIMENTO	MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO
AP. ANEST. CHEGADO	<input type="checkbox"/> N / AR					
CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> SEGUIMENTO					
OXIMETRIA DE PULSO	<input type="checkbox"/> OXIGENIO					
CAPNOGRAFIA	<input type="checkbox"/> AUTOATMÉA					
BIS	<input type="checkbox"/> MANUAL					
ESTADO DE CONVOCADA	<input type="checkbox"/> MECÂNICA					
NÃO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OXIMETRIA					
EST. DE NERVO	<input type="checkbox"/> ETCO ₂					
NULHAN ⁺	<input type="checkbox"/> BIS					
ACESSO VENOSO	<input type="checkbox"/> DEXG					
CATETERIV	<input type="checkbox"/> CATETERIV	<input type="checkbox"/> CATETERIV	<input type="checkbox"/> CATETERIV	<input type="checkbox"/> CATETERIV	<input type="checkbox"/> CATETERIV	<input type="checkbox"/> CATETERIV
INTRACRATH	<input type="checkbox"/> DIP. LUMEN					
BOMBA DE INFUSÃO						
VIA AÉREA DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>					
INTUBAÇÃO	<input type="checkbox"/> ORO TRAQUEAL					
	<input type="checkbox"/> NASOTRAQUEAL					
	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA					
	<input type="checkbox"/> CÂNULA GUEDEL					
	<input type="checkbox"/> MASCARA FACIAL					
	<input type="checkbox"/> CATETER NASE					
ALÉRGAS	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>					
SA ALGUMA MEDICACAO	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>					
QUAL						
TÉCNICA ANESTÉSICA: GERAL BALANCEADA <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA TOTAL <input type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> PLEXO <input type="checkbox"/> SEDACAO <input type="checkbox"/> OUTROS						
DURADA: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> FINAL <input type="checkbox"/> MÉDIA						
BALANÇO HÍDRICO						



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA
RG: 1626125 SSP-PB

Data: 15/06/2018
Origem: RECEPÇÃO
INTERNAÇÃO

Nome da Mãe: JAIVE DE ARAUJO MENDONÇA

Cirurgião: FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA CRM: 5395

2º Cirurgião: _____

Anestesista: _____

Convênio: PARTICULAR

Cirurgia: . . . - TAXA DE USO ARCO CIRURGICO

. . . - PACOTE FRATURAS DE EXTREMIDADES (MAO/PUNHO)

Autorizo o Drº _____, CRM: _____, ou outro médico credenciado ao Hospital Samaritano a realizar o procedimento de anestesia sedação _____, para o exame: procedimento: _____, a qual serei submetido em 15/06/2018. A proposta desse procedimento anestésico/sedação possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca de melhor resultado.

Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e componentes em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Confirmei que recebi explicações, li, compreendi e concordei com os itens acima referidos, e que foi me dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Paciente / Responsável Legal

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA

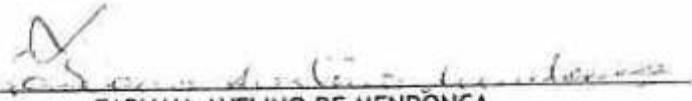
Data de Nasc.: 05/09/1973

RG: 2429426

Responsável: FABIANA AVELINO DE MENDONÇA

Parentesco: ESPOSO(A)

JARDES DE ARAUJO MENDONÇA


FABIANA AVELINO DE MENDONÇA

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO MÉDICO

Eu, _____, CRM: _____, expliquei o procedimento de anestesia/sedação ao paciente anteriormente identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido e esclarecido todas as perguntas formuladas por ele. De acordo com seu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo que o foi explicado.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre Esclarecido desse paciente ou representante legal para a realização dos procedimentos propostos.

Não possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de emergência.

João Pessoa _____ de _____ de _____





HOSPITAL SAMARITANO

CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA

Data: 15/06/2018

RG: 1626125 SSP-PB

Origem: RECEPÇÃO

Nome da Mãe: JAIVE DE ARAUJO MENDONÇA

INTERNAÇÃO

Cirurgião: FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA CRM: 5395

2º Cirurgião: _____

Anestesista: _____

Convênio: PARTICULAR

Cirurgia: . . . - TAXA DE USO ARCO CIRURGICO

. . . - PACOTE FRATURAS DE EXTREMIDADES (MAO/PUNHO)

O presente Termo de Consentimento informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Samaritano em João Pessoa.

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, em indicação de realização do procedimento cirúrgico descritos acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujo os métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativas.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: X *[Assinatura]*

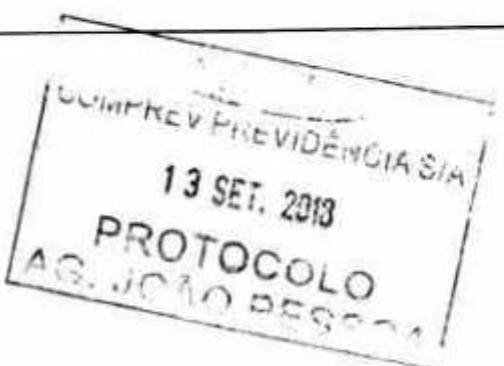
João Pessoa, 15 de 06 de 2018

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão ocorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/ responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do médico: _____

João Pessoa, 15 de 06 de 2018





Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 0015183 NOME: JARDÉS DE ARAÚJO MENINICA NASC.: 09/07/1971 (44 ANOS) MÃE: JANE DE ARAÚJO MENINICA CONVENIO: PARTICULAR/BNP/COT INSTITUICAO: HOSPITAL DO BOM JESUS DATA: 03/09/94	Paciente:	JARDÉS DE A. MENINICA	Data: 15/10/61
	Nome da Mãe:		Convênio:
	Cirurgião:	F.D.A.	2º Cirurgião:
	3º Cirurgião:		Anest. Gutemberg
	Cirurgia:	Fratura punho	Origem:

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Procedência: () Recepção () Urgência () Enfermaria () Apartamento () UTI

Prótese dentária: () Sim (✓) Não

leum: () Sim () Não

Uso de Medicações: ()Sim (✓) Não Qual:

Respostas: () Sim () Não Qual: _____ () Mais () Outros: _____

Morbididades: () Obesidade () Hipertensão () Diabetes () Asma () Outros:

EVOLUÇÃO NA SALA CIRÚRGICA

Puncão Venosa: () Periférica MS () Subclávia () Dissecção Venosa () Jugular () Cervical () Lateral C/ Uterina () Lateral E/ D ()

Sondagem Vesical: () Sim () Não nº () 2 Vias 3 () 3 Vias c/III rigidez

Tipo: () Demora () Alivio

Presença de Diurese: () Sim (✓) Não

Tipo de Anestesia: () Geral (✓) Raquianestesia () Peridural () Sedação () Analgésico () Anestesia Local () Anestesia Endotraqueal () Alta Hospitalar () Óbito () URPA Hora da Saída: : : hs

Destino: () Apto () UTI () Alta Hospitalar () Óbito () Outro

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

* 16:30 paciente foi adm.pto neste setor para
submeter a cirurgia de fratura do punho
realizado o check list de cirurgia seguro.

~~Eroniklo 350g
EXP 2010
COPPER 43.16%~~

13 SEPT. 2013

Assinatura do Enfermeiro
COREN

PROTOCOLO
SUSCÂM PESS

Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 0015183
NOME: JARDIM DE ARAUJO MENDONÇA
NÍVEL: DEPARTAMENTO (HABITAR)
MÃE: JANE DE ARAUJO MENDONÇA
CONVENIO: PARCIAL ARCACTE
INTERNAÇÃO CIRÚRGICA DATA: 13/09/2013

Paciente: Jardim de Araujo M Data: 15/06/18
Nome da Mãe: Convenio: pacoti
Cirurgião: Dr. J-Pdiz 2^a Cirurgião
Cirurgião: Anest. Gutemberg Origem:
Cirurgia: Fratura de Rodo Disk

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: Paciente Interno () Paciente Ambulatorial () Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência Venoclise () Sim Não () Periférico MS () Central

Estado geral/Nível de Consciência:

Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA 120/70 mmHg P: 69 bpm R: _____ bpm SPO₂ 99

TRANS-OPERATÓRIO

Grau de Contaminação: Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular
() Contaminada: colôn, reto e ânus, crânio, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectada: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: Dorsal () Ventral () Lateral E/D () Ginecológica

Coxim: () Dorsal () Coluna Cervical () Ombro () Tórax () Outros:

Bisturi Elétrico: () Sim () Não Local da Placa: () Panturrilha () Face posterior da coxa () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: () PVPI Clorexidina () Outros

Cateteres e Drenos: SVD n ^o _____ () 2 vias () 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, _____ Balão insuflado n _____ ml, Passado por: _____	() Acesso central <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso periférico MS _____	() SNG n ^o _____, () Pen rose n ^o _____, () Dreno succão kher. () Dreno de blacker n ^o _____ () Dreno de tórax n ^o _____
--	--	--

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Geral () Raquianestesia () Peridural () Sedação () Local () Geral Venoso
 Bloqueio de plexo Sedação () Tubo Endot. N^o _____ Fio guia: () Sim () Não () Guedel n^o _____

Serviços Requisitados: () Banco de Sangue () Radiologia () Laboratório

Hora do Início: 16:45

Hora do Término: 18:30

Intercorrenças: () Sim () Não

Qual: _____

13 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. 0010 PESSOA



Hospital Samaritano

CHECK LIST CIRUGIA SEGURA – SALVA VIDAS

Hospital Samaritano REGISTRO: 0015933 NOME: LARDES DE ALAUJO MENDONÇA NASC. BARTH (MANOEL) MÃE: LAUDE ALAUJO MENDONÇA CONVENIO: PARTELLA/BENEFICIO INTERNAÇÃO CIRÚRGICA DATA: 15/06/18		Paciente: <u>LARDES DE ALAUJO MENDONÇA</u> Data: <u>15-06-18</u> Nome da Mãe: <u></u> Convenio: <u></u> Cirurgião: <u>F. J. A.</u> 1º Aux. Cirurgião: <u></u> Anestesista: <u></u> Circulante: <u></u> Cirurgia: <u>FAT. PUNHO</u>	
1 - PRE-OPERATORIO (INTERNAÇÃO CIRÚRGICA)			
1.1 Informação sobre o paciente:			
Pulseira de identificação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tempo de jejum <u>+08</u> <input type="checkbox"/> Não Tipo de alimentação <u></u> <input type="checkbox"/> NA HASP <u>/</u> mmHg <u></u> DM: <u></u> mgh/dl TAX Banho com clorexidina 4% (implante) <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Higiene oral com clorexidina 0,12% (anestesia geral) <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Tricotomia Hora: <u></u> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Retirou adormentos e/ou próteses <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Usa marcapasso <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Termo de consentimento <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA			
1.2 Faz uso de profilaxia antes da cirurgia? <input type="checkbox"/> Medicamentosa, horas: <u></u> <input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Não			
1.3 Lateraisidade? <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> NA			
1.4 Alergias? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não QUAL: <u></u>			
1.5 Porta exames? <input type="checkbox"/> Impressos <input type="checkbox"/> CD Avaliação pré anestésica? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A (Urgência/Emergência)			
1.6 Administrado medicação pré anestésica? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Hora: <u></u>			
1.7 Transporte conforme protocolo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<p style="text-align: center;">  Eronildo Junior Enfermeiro Coren-SP <u>43.3.164</u> Deus é Fiel Assinatura / Carimbo Coren </p>			
2 - ANTES DA INDUÇÃO ANESTESICA			
2.1 Checagem de equipamentos <input checked="" type="checkbox"/> Carro de anestesia + Alarms <input type="checkbox"/> Aspirador <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio + Agentes Inalatórios <input checked="" type="checkbox"/> Bisturi elétrico (placa + cabo) <input checked="" type="checkbox"/> Realizado desinfecção da sala, n <u>o</u> <input checked="" type="checkbox"/> Conferido esterilização das embalagens <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não conforme <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> OPME <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA			
2.2 Transposição do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Travava da mesa cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Maca e mesa nivelada 2.3 Via aéria difícil Risco de Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Material Específico <input type="checkbox"/> N/A 2.4 Risco de perda sanguínea <input type="checkbox"/> Sim (2 Acesso, intravenoso calibrosos <input type="checkbox"/> Não Reserva de Hemocomponente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> N/A			
<p style="text-align: right;"><u>Bibas</u></p> <p style="text-align: right;">Assinatura / Carimbo Coren</p>			
3 - ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
3.1 Confirmar se toda equipe se apresentou pelo nome e função: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3.2 Antibioticodefilaxia feito (30/60min) antes da incisão? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: <u></u> 3.2.1 Realizar repike (antibiótico) em cirurgia >3hs <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 3.3 Realizado antisепse do campo operatório <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Com quê: <u></u> 3.4 Equipe médica conformou verbalmente <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento 3.5 Imagem disponível? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA 3.6 Uso seguro do Eletrocotálterio, proximidade da placa & incisão: <input type="checkbox"/> Coxas <input type="checkbox"/> Panturrilhas <input type="checkbox"/> Gluteos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Assinatura: <u></u> 3.7 Materiais Solicitados e Disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Estimulador de Nervo Periférico <input checked="" type="checkbox"/> intensificador de Imagem <input type="checkbox"/> N/A (Urgência / Emergência) 3.8 - Exames protocolados e devolvidos <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A			
<p style="text-align: right;"><u>Bibas</u></p> <p style="text-align: right;">Assinatura / Carimbo Coren</p>			
4 - AO TÉRMINO DA CIRURGIA			
4.1 - Equipe conforma verbalmente <input checked="" type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input checked="" type="checkbox"/> Peça cirúrgica corretamente identificada <input checked="" type="checkbox"/> Repike antibiótico-profilático (não > 3hs) <input checked="" type="checkbox"/> Transporte do paciente (não > 30min) <input checked="" type="checkbox"/> Drenos, sondas e acessórios, todos e identificados 4.2 - SSV PA <u>110</u> x <u>70</u> TAX <u>10</u> C 4.3 Gestão <input type="checkbox"/> IURPA <input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> UTI			
<p style="text-align: right;"><u>Bibas</u></p> <p style="text-align: right;">Assinatura / Carimbo Coren</p>			

CÓPIA CONFERIDA PELO DRA. JOSÉ
HOSPITAL SANTO ANTONIO

REGISTRO: 0015193
NOME: JABESI EV. ARAUDI MENENGINA
SAC: 00015193 (4 ANOS)
SAF: INÍCIO DE ABAUDÃO NO MÉDICO: 4
CONVENIÊNCIA: PARTEIRAL ASSISTÊNCIA
INTENSIVA, AO ESTABELECER DATA: 10/06/2004.



COPIA CONFERMATA DAL DOTTOR
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Jardel de Anaya Merida

Atendimento: linurgia

Convênio: Protocolo 01/2018

Cirurgia: Extracorporeal Radiotherapy

Cirurgião: Dr. Fidias

Sala: 01 Data: 15/06/2018

Circulante de sala (não rubricar): Se Giuliano

✓

<p>Dados do Operador Data de Expedição Nº do Ofício</p> <p>BRASIL</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Dados do Operador Data de Expedição Nº do Ofício</p> <p>BRASIL</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Dados do Operador Data de Expedição Nº do Ofício</p> <p>BRASIL</p> <p>[REDACTED]</p>
<p>Dados do Operador Data de Expedição Nº do Ofício</p> <p>BRASIL</p> <p>[REDACTED]</p>		
	<p>13 SET. 2013</p> <p>PROTÓCOLO</p> <p>DE PREVIDÊNCIA SOCIAL</p>	<p>13 SET. 2013</p> <p>PROTÓCOLO</p> <p>DE PREVIDÊNCIA SOCIAL</p>



Hospital Samaritano

Copy Center - 20030000
Hospital 5 - 20030000

P. Jardes mendicó

59

False love

Dr. F. G. E. Borden
SOT 9876
CRM 14854
CAPE 14854

18:47 HS

15/06/18

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassonografia

Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – PB

Phone: (83) 3048-2100



Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Jardim de Memória
Leito: _____ Convênio: _____ Setor: _____

DATA

15/06/12

Adm. 05

Pr. adm. 05/06/12

pr. adm. 05/06/12

Dr. Fides G. P. Barbaren

TELE 9570

CRM 93 500-0000-1051

18

Bs-up.

05/06/12

A SR

Dr. Fides G. P. Barbaren

TELE 9570

CRM 93 500-0000-1051

13 SET. 2013

PROTÓCOLO

ADM. 05/06/12



Hospital Samaritano

2005383

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Date: 15/06/18

Patient 1:

1074 in A new source

Apt: 50

310

Clinical

Georg

for

MÉDICO:

CPM

NE 112 1/2 PDR:
ENCL 14.835
CORE



Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

De: 16/06/17

Paciente:

Jardim Amanhecer

Clinica:

Ap. 301

End: Particular

OED	AGENTE TERAPÉUTICO	QUANTIDADE / VIA	NOTA
①	2 levar		
②	Fosfam Quinolos	1x00	
③	Tolte levar		
④	Alfor hospitalar	OK	

Dr. Indias G. F. Barbosa
CRM-PE 5000-CRMA-PE 24864
CET 9876

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ OREGONI

MÉDICO:

CRM:

EST. PAP. DE POR:

Guilherme
Silvana de Oliveira
Eduardo
COR-49833640



OCULISTAS ASSOCIADOS DA PARAIBA

PRESIDENTE EPITACIO PESSOA
JOÃO PESSOA
58040-000 Fone: 83-2107-1602

Sua visão em foco

Nº. 1602 TORRE
PB
Fax:

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

Data Nascimento: 05/09/1973 Idade: 44

Ficha: 219945

Convenio HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Médico

TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA

OLHO DIREITO:

Estafiloma posterior. Superfície retiniana regular com depressão foveal presente.
Discreto aumento da refletividade da membrana limitante interna.
Espessura retiniana dentro dos padrões da normalidade na fóvea.
Camadas retinianas organizadas.
Linha correspondente à interface dos segmentos internos e externos dos fotorreceptores visualizada e sem alterações na região foveal.
Linha correspondente ao complexo EPR-Bruch-Coriocapilar visualizada e sem alterações na região foveal.

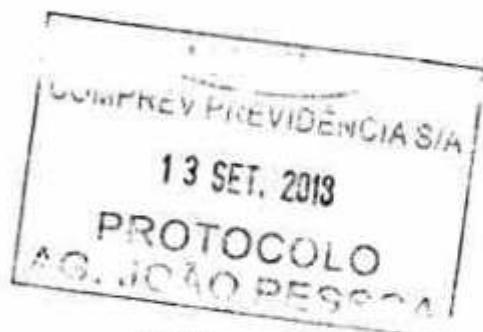
OLHO ESQUERDO:

Estafiloma posterior. Superfície retiniana regular com depressão foveal presente.
Discreto aumento da refletividade da membrana limitante interna.
Espessura retiniana dentro dos padrões da normalidade na fóvea.
Camadas retinianas organizadas.
Linha correspondente à interface dos segmentos internos e externos dos fotorreceptores visualizada e sem alterações na região foveal.
Linha correspondente ao complexo EPR-Bruch-Coriocapilar visualizada e sem alterações na região foveal.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Estafiloma posterior em ambos os olhos.
Mácula aplicada em ambos os olhos.

JOÃO PESSOA, 16/07/2018



JUAN CARLOS LUNA DA COSTA
Medico oftalmologista

CRM - 8282



OCULISTAS ASSOCIADOS DA PARAIBA

PRESIDENTE EPITACIO PESSOA
JOÃO PESSOA
58040-000 Fone: 83-2107-1602

Nº. 1602 TORRE
PB
Fax:

Sua visão em foco

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

Data Nascimento: 05/09/1973 Idade: 44

Ficha: 219945

Convenio HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Médico

RETINOGRAFIA SIMPLES

OLHO DIREITO:

OPACIDADE DE MEIOS ÓPTICOS

OLHO ESQUERDO:

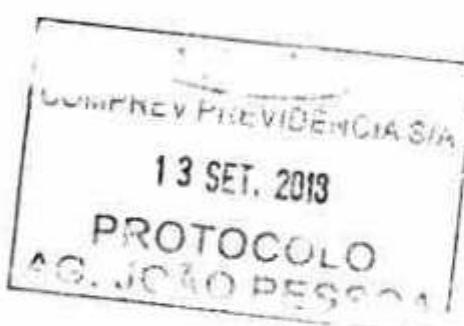
MEIOS ÓPTICOS TRANSPARENTES. DISCO ÓPTICO INCLINADO, PÁLIDO, PRESENÇA DE ATROFIA PERIPAPILAR. MÁCULA DE BRILHO DIMINUIDO DEVIDO A INTESA RAREFAÇÃO DO EPITÉLIO PIGMENTADO DA RETINA. VASOS DE CALIBRE E TRAJETO NORMAIS.

Hipótese Diagnóstica

Sugestão

JOÃO PESSOA, 08/07/2018

IAN BELTRAO DE SA MARTINS
Medico oftalmologista
CRM - 9364



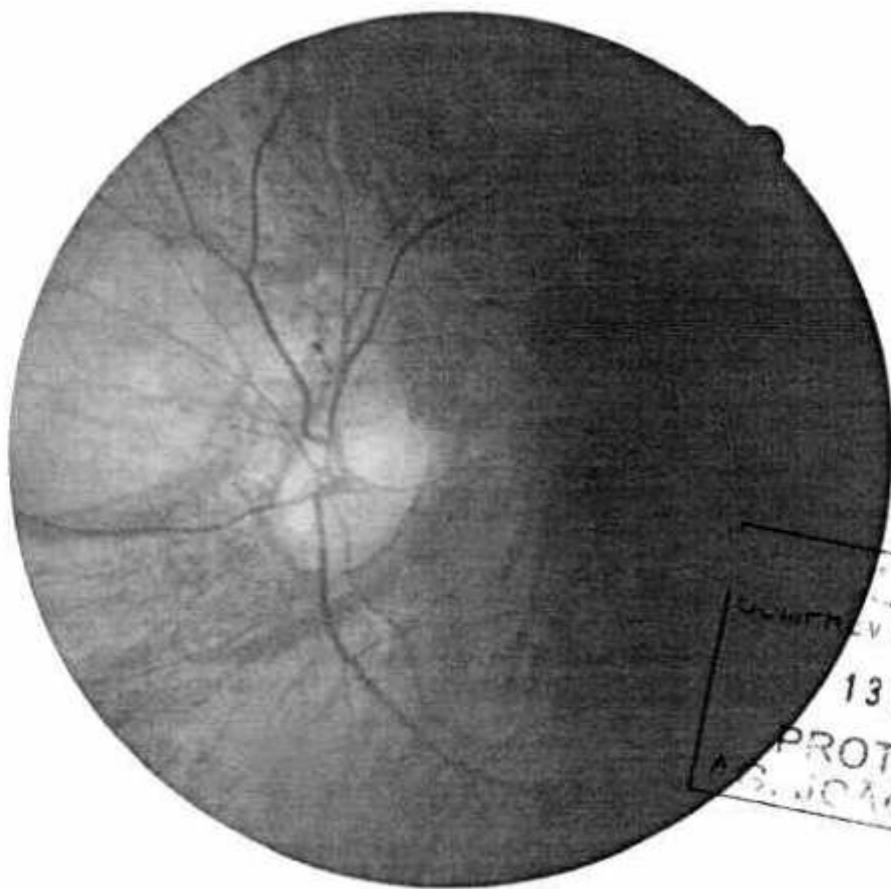
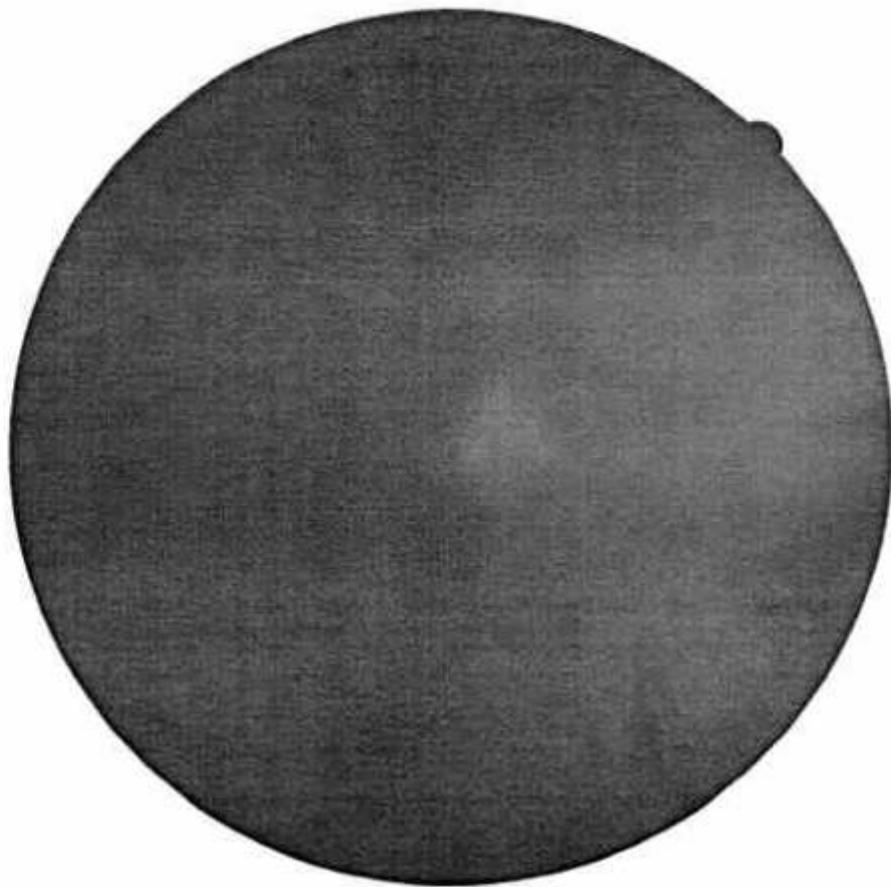
CARLOS ARQUIMEDES COSTA OLIVEIRA
MEDICO
CRM - 10972

CENOFT - Centro Oftalmico Tarcizio Dias

Av. Epitacio Pessoa, 1602

(83) 2107-1602

MENDONCA, JARDES DE ARAUJO DOB:05/09/1973 ID:219945 Exam:25/06/2018

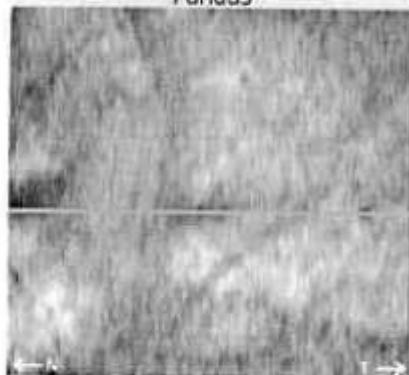


Nome: MENDONCA JARDES DE ARAUJO
Nº Ref.: 219945
Nascimento: 05/09/1973
Idade: 44

Data de impressão: 16/07/2018
Data do exame: 16/07/2018 10:01:53
Gênero: Não Definido
Olho: L



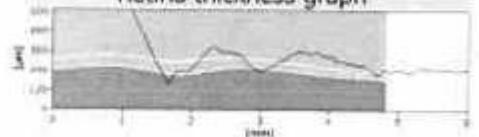
Fundus



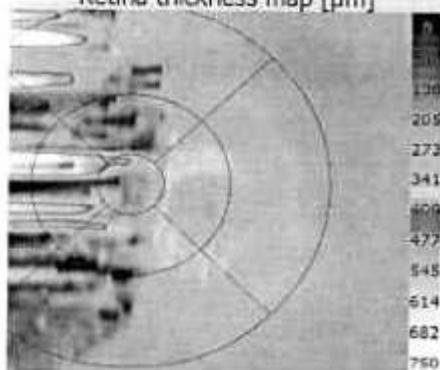
Tomogram



Retina thickness graph

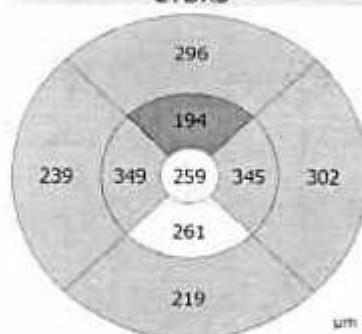


Retina thickness map [μm]



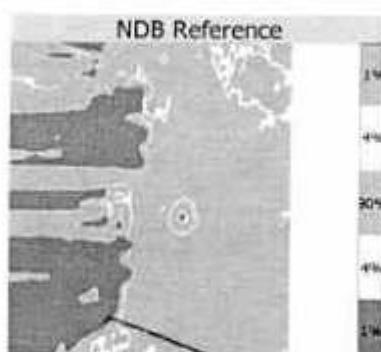
	Central field thickness	Volume	Average thickness
ILM - IS/OS	259 μm	9,36 mm ³	260 μm

ETDRS

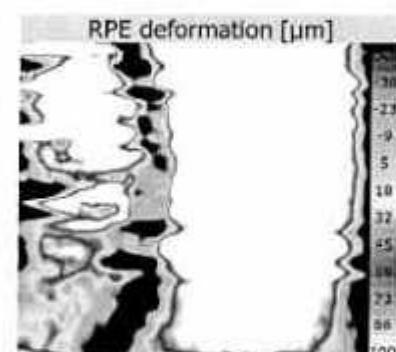


Diametro: 1/3/6 mm Valor: Média

NDB Reference



RPE deformation [μm]



Comentários:

Operador:
Assinatura do Médico:

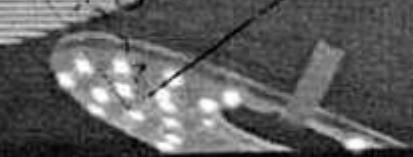
13 SET. 2018
PROTÓCOLO
AGENDA PESQUISA



13.8.1.2018
PROTOCOL
NO. 1

13 SET 2008
PROTOCOLLO
C. 111

13.5.2018
enctouch
13.5.2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
904443688

NAME: JARDÉS DE ARAUJO MENDONÇA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR IF: 1626125 SSP PB

CP: 884.299.204-63 DATA Nascimento: 05/09/1973

PAISAGEM: JAVIEL MENDONÇA DE FREITAS
JAIVE DE ARAUJO MENDONÇA

PERMISSÃO: ADE CATAR

Nº REGISTRO: 00406317558 VALIDADE: 24/07/2019 1ª HABILITAÇÃO: 30/09/1993

OBSERVAÇÕES:
A. J.

Jardes de Araujo Mendonça
ASSINATURA DO PORTADOR

DOC: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 25/07/2014
Rodrigo Carvalho 76282228453
 ASSINATURA DO COMISSÃO PB028969812

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DNT - PB (PARAÍBA)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013914173286

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VEÍCULO: 0104666823-6 00/00000000

1 0104666823-6 00/00000000

NOME/ENDERECO: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA
R. CICERO VALDIVINO TRAJANO 35
FUNCIONARIOS II
58076170 JOAO PESSOA - PB

CPF/CNPJ: 88429020463 PLACA: 4F06764/PB

NOME ANTERIOR: DAYVSON CLOVIS RUBENS MEIXNERA

PLACA/ANTR: NOVO CHASSI: 9C2KE1710FR803019

ESPECIE TIPO: PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/PCX 150 ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

CAP/POU/CL: 2 P/152 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

N. Motor: NF17E1F803019

LOCAL: JOAO PESSOA- PB DATA: 09/09/2018

41023

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013814173286

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: 0104666823-6 00/00000000 2018

1 0104666823-6 00/00000000 2018

NOME: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA

OFFICINA: 88429020463 PLACA: OF06764/PB

PLACA ANTR: NOVO PB 4C2KE1710FR803019

ESPECIE TIPO: PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/PCX 150 ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

CAP/POU/CL: 2 P/152 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: IPVA PAGO EM: 00/00/0000 VENC. COTA UNICA: 1º

FAA/IFPA: IPVA PAGO EM: 00/00/0000 VENC. COTAS: 2º

IPVA: 41023 VENCIMENTO/COTAS: 3º

PRÉMIO TANRIF (R\$) 0,00 PRÉMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO: 20/03/2018

SEGURADO: JOAO PESSOA- PB DATA: 09/03/2018

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA- PB 41023 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180424319 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARDES DE ARAUJO MENDONCA **Data do acidente:** 13/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

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 DEBILIDADE 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

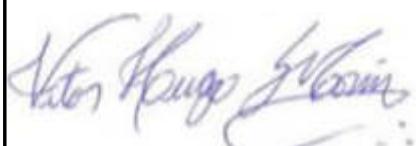
Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180424319 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARDES DE ARAUJO MENDONCA **Data do acidente:** 13/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

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 DEBILIDADE 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334336/18

Vítima: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

CPF: 884.299.204-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/06/2018

Titular do CPF: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JARDES DE ARAUJO MENDONCA : 884.299.204-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 13/09/2018
Nome: JARDES DE ARAUJO MENDONCA
CPF: 884.299.204-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

JARDES DE ARAUJO MENDONCA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA