

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

Carta nº 13372378





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 12ª 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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. da Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-9



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 24 de agosto de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governador: João Paulo Freire
Secretário de Segurança Pública:
Alexandre José Nunes de Souto Lima
Comissão: Matr. 357.112.4

JÁRDES DE ARAÚJO 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

JARDES DE ARAUJO MENDONÇA

CPF da Vítima

884.224.204.63

Data do Acidente

13/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

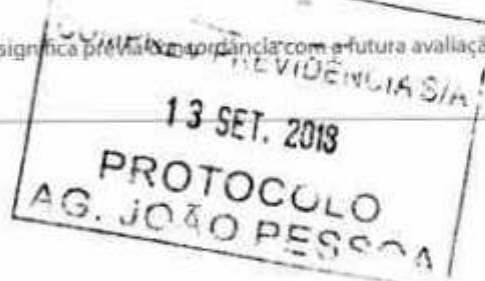
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



João Pessoa, 24 de Agosto de 2018
Local e Data

Jardeste de Araújo 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 Atd: Nao Regulad
Data: 13/06/2018
Hora: 20:43:12
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

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

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VEREADOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JARDES DE ARAUJO MENDONCA

Tel/Doc. Responsavel: 987600348 / IDENTIDADE: 1626125

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DO TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.001799

Pai:

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☒ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

Queixa Principal

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

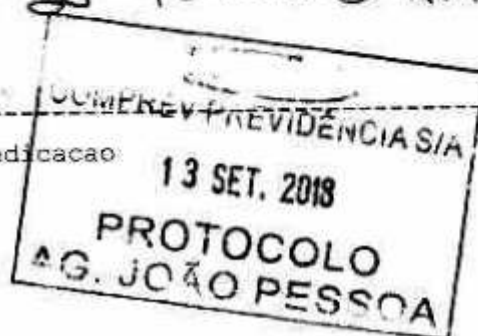
Pos ca visto as lesões as unhas:

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

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/Responsavel

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: 58035-000 (AG: 1)

Emissao: 17/07/2018 Referencia: Jul/2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO B-230, Km 25 - Costa Redentor - Joao Pessoa/PB - CEP 58071-680

Roteiro: B-B-512-2048 Nº medidor: 0000808958



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº009.538.171

Cód. para Deb. Automático: 0000808958

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: 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 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/880895-8**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 15/06/18	Leitura 17950	Data 17/07/18	Leitura 18247	1
				297
				32

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Outro	Alug.	Imposto	Base	Outro
				Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pot/Colins(R\$)	(1,0645%)	(R\$9950%)
0801	Consumo em kWh	287,000	0,739080	219,51	219,51	27	59,28	219,51	2,36
0801	Adic. B. Vermelha			22,19	22,19	27	5,80	22,19	0,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 06/2018			0,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 06/2018			4,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018			1,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00





**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY



PRONTUÁRIO

Nº: 2018061799

13 SET 2018
14 06 18
1079 Alex

NOME DO PACIENTE:

João de Deus Moraes

ENFERMARIA: 10 **LEITO:** 138

Receituário

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA

Idade: 44

Data: 13/06/2018 18:29:38 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1088192

#ORTOPEDIA#
#18:27HS#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA DO 1/3 DISTAL DO RADIO DIREITO
CONDUITA:
1- TALA AXILLO PALMAR
2- ENCAMINHAMENTO AO TRAUMATOLÓGICO CONFORME PACUTACAO


Luiz Juvencio Medeiros de Arruda Camara
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 20.537 / 15.921

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

Receituário

Paciente: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA

Idade: 44

Data: 13/06/2018 18:29:38 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1088192

#ORTOPEDIA#
#18:27HS#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA DO 1/3 DISTAL DO RADIO DIREITO
CONDUITA:
1- TALA AXILLO PALMAR
2- ENCAMINHAMENTO AO TRAUMATOLÓGICO CONFORME PACUTACAO


13 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA


Luiz Juvencio Medeiros de Arruda Camara
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 20.537 / 15.921

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

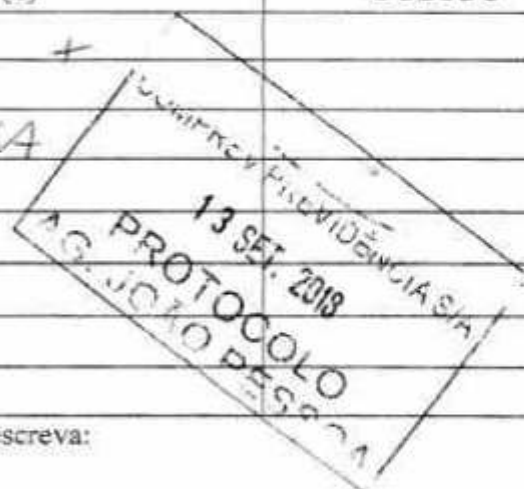
8637/PB

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: JACQUES DE ARAUJO MENDONÇA		Registro:	
Idade: 44	Sexo: M	Cor:	Clinica:
EMP:		LR:	
Data: 14/06/18	Cirurgião: DR. TIBÉRIO	1º Assistente: LEONARDO	
2º Assistente: AURELIO R3	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
- Fratura - Luxação 1/3 DISTAL DO RÁDIO (D)			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
- REDUÇÃO INCERTA + FIXAÇÃO EXTERNA			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
(X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em D.D.H. sob bloco de plexo braquial
- 2) Assépsia e antissépsia
- 3) Alocação de carlos estéreis

Incisão:

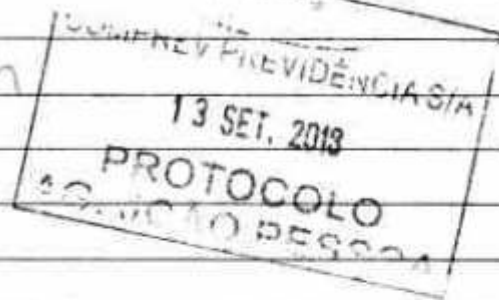
- 4) Pequenas incisões em couro dos rins

Achados:

- 5) Redução incompleta
- 6) Fixação espontânea com 2 fios de 1,5

Conduta:

- 7) Feito fixação externa com fixador (tipo Colles)
- 8) Curativo.
- 9) Plx de controle
- 10) Tapa axila paciente



Fechamento:

- 1) Futura cominativa em nível torácico distal

OBS:

- 2) Paciente necessita de placa bloqueada R/ nível torácico distal com parafusos 2,7 (colocado por D. Torres)
- 3) Nível em alta ao paciente tratamento definitivo em UTI

Data: 14.06.18

Dr. Leonardo Torres
MÉDICO
CRM/PA 10835



DECLARAÇÃO

Conforme solicitação do Sr. **JARDES DE ARAÚJO MENDONÇA** estamos entregando copia 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

SEXO: _____ Sala: _____ Data: _____/_____/____

Convenio

\int is for + change + definite
limits D

Cirurgião:

EQUIPE CIRURGICA

Dr. F. B. Borbely

1º Auxiliar:

2º. Auxiliar:

3^o Auxiliar:

Anestesista :

Instrumentador(a):

ata da Cirurgia: 15.10.11

Hora Inicial:

More Fish

tipo de Cirurgia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Anestesia:

Risco Cirúrgico:

Intercorrelencias Cirúrgicas:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório: 0

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

Dr. Vítor G. F. Borborema

De Minas G. C. Borborensis

CRM PD 6205 CRM PE 14654

- ① Isoprene + anti-isoprene
- ② Aceto acetyl
- ③ Methylerythritol phosphate
- ④ HMG CoA
- ⑤ Farnesyl pyrophosphate
- ⑥ Squalene + Oxosterols

Paciente: Jardim de Amaral Mendeltonca
Cirurgia: Prosture de Rodo distal
Cirurgião: Dr. Fidia
Auxiliar 1:
Auxiliar 2:
Instrumentador: Anônimo + Fernando
Convênio: partil
Data: 15/06/2018
Anestesista: Gutemberg
Anestesia: Sedação + Bloqueio de Plex
Circulante: gacurim
Idade: 44

MEDICAMENTOS

Água Destilada 10 ml	03	Droperidol	01	Nimbium		Tilatil mg	
Adrenalina		Etomidato		Neomicina Pomada		Transamim	
Aminofilina		Efedrina		Neocaina Isobárica		Tramal 50mg	
Amicacina		Fenergan		Neocaina Pesada		Tracrium	
Atropina		Fentanil 2ml	02	Novabupi 0,5 c/v	01	Ultiva 2mg	
Bextra 40mg	01	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v		Unasyn 3g	
Buscopam Composto		Flagyl 500mg		Nubaim		Xilocaína 2% Fr	
Buscopam Simples		Fenitoína		Omeprazol		Xilocaína 2% 5ml	04
Brycanil		Fiumazenil		Oxacilina 500mg		Xilocaína 2% geléia	
Clonidina	01	Gentamicina		Pavulon		Dramin 85	
Cipro 200mg		Glicose 50%		Plasil		Vitamina C	
Duo Decadron		Hidrocortisona		Precedex		Vitamina K	
Dimorf 0,2mg		Keflim 1g		Profenid		Vitamina B	
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	02	Propofol	01		
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin	02	Prostigimine		HALOGENADOS	
Dexametasona mg	01	Kolagenase Pomada		Quelicim mg		Sevorane (ml)	
Dipirona Sódica	02	Lasix		Rapifen		Halotano (ml)	
Dolosal		Liquemine		Ranitidina		Forane (ml)	
Dormonid	01	Narcan	02	Roceln 1g		Gulamine 01	
Diazepam		Nauseidon		Telebrix			

SOLUCOES

Soro Fisiol. 0,9% 1000ml		Soro Ringer c/ Lactato		PVPi Degermante	13 SET. 2018	Clorexidina 2% degerm	100 ml
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	02	Água Destilada 1L		PVPi Tintura		Clorexidina 2% alc	100 ml
Soro Fisiol. 0,9% 250ml		Purisol		PVPi Tópico		Eter	
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol				Alcool 70%	100 ml
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven					

MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Agulha 13x4,5G	01	Conexão 2 vias	02	Luva de Procedimento	02	Cartucho de Ligacip	
Agulha 25x7G	03	Dreno Penrose 1		Luva 7,0	02	Perfusor Seth	
Agulha 40x12G	02	Dreno Penrose 2		Luva 7,5	04	Sonda Gástrica 18	
Agulha Raqui 25G		Dreno Penrose 3		Luva 8,0	04	Sonda Gástrica 20	
Agulha Raqui 26G		Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5	01	Sonda Uretral 4	
Agulha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11		Sonda Uretral 6	
Agulha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15	01	Sonda Uretral 8	
Agulha Peridural 17G		Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24	01	Sonda Uretral 10	
Agulha Peridural 18G		Dreno Tórax 36		Máscara Descartável	05	Sonda Uretral 12	
Agulha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38		Propé		Sonda Uretral 14	
Jelco 14G		Esparadrapo	05	Seringa 1ml		Torneirinha 3 vias	
Jelco 16G		Eletrodos	05	Seringa 3ml		TOT 6,5	
Jelco 18G		Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml	03	TOT 7,0	
Jelco 20G	01	Equipo Microgotas		Seringa 10ml	03	TOT 7,5	
Jelco 22G		Escova degermante	04	Seringa 20ml	02	TOT 8,0	
Jelco 24G		Gorro Descartável	04	Seringa 60ml		TOT 8,5	
Atadura Crepom 15cm	06	Gaze Pacote	07	Sonda Foley 3v 18		TOT 9,0	
Atadura Crepom 20cm	06	Gelfoan		Sonda Foley 3v 20		Transfix	01
Atadura Gessada		Surgicel		Sonda Foley 3v 22		Equipo de BIC	
Coletor Sist. Aberto		Intracath		Sonda Foley 2v 12		Equipo de Sangue	
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14		Equipo irrigoplás	
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16		Algodão Ortopédico	02
Cateter Peridural 16		Capa VDL		Sonda Foley 2v 18			

EQUIPAMENTOS

Aspirador	-	Capnógrafo	-	Fonte de Luz	-	RX/ Arco Cirúrgico	
Bisturi Elétrico	-	CO2	-	Monitor	OK	Tricotomia	
Bomba de Infusão	-	Oxigênio	OK	Respirador	-	Peça Cirurg.	
Carro de VDL	-	Nitrogênio	-	Oxímetro	OK	Destino:	

Jucelina Faustino da Silva
COREN-PB 523.018-EP

[illegible]

						DIURSE		
						INICIAL	FINAL	
						m	m	
						BALANÇO HÍDRICO		
						7-9 8 GLIC 5%		
						SF 0 9%		
						<input type="checkbox"/> SEDACÃO <input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> BLOQ PLEXO <input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> RAQUIANESTESIA <input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA TOTAL <input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> GERAL BALANCEADA <input type="checkbox"/>		
						TÉCNICA ANESTÉSICA:		
						DESCRÇÃO:		



CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO

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

Data: 15/06/2018
Origem: RECEPÇÃO
INTERNAÇÃO

Autorizo o Drº _____, CRM: _____, ou outro médico credenciado ao Hospital Samaritano a realizar o procedimento de anestesia sedação _____, para o procedimento: _____ ou exame: _____

_____, 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 exista 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. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que foi 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
Responsável: FABIANA AVELINO DE MENDONÇA
Parentesco: ESPOSO(A)

RG: 2429426

JARDES DE ARAUJO MENDONÇA

FABIANA AVELINO DE MENDONÇA

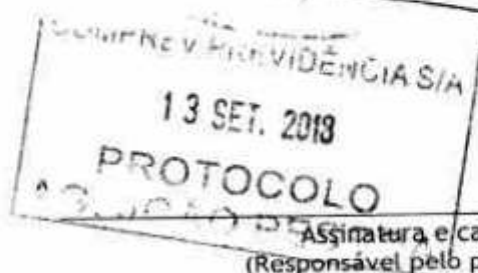
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO MÉDICO

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 _____



Assinatura e carimbo Médico
(Responsável pelo procedimento)



HOSPITAL SAMARITANO

CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

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

Data: 15/06/2018
Origem: RECEPÇÃO
INTERNAÇÃO

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, com 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 anestesiológico, 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. Confirmando 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: _____

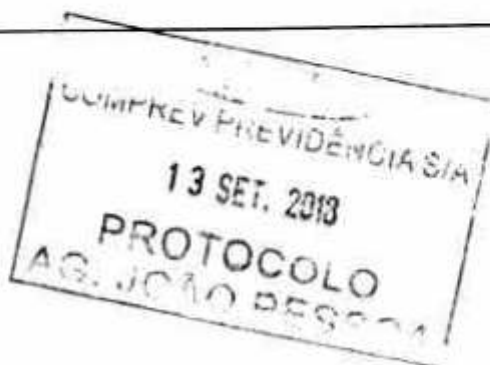
João Pessoa, 15 de 06 de 2018

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





CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 0015193 NOME: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA NASC: 02/07/57 (46 ANOS) MAR: JARDES DE ARAUJO MENDONÇA CONVÊNIO: PARTICIPAR/PCOE INTERNAÇÃO/TERMO DATA: 03/02/04	Paciente:	JARDES DE A. MENDONÇA	Data: 15/10/11
	Nome da Mãe:		Convênio:
	Cirurgião:	F.D.A.S.	2ª Cirurgião:
	3ª Cirurgião:		Anest. GUTENBERG
	Cirurgia:	FRATURA PUNHO	Origem:

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

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

Prótese dentária: () Sim () Não

Jejum: () Sim () Não

Uso de Medicamentos: () Sim () Não Qual:

Alérgias: () Sim () Não Qual:

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

EVOLUÇÃO NA SALA CIRÚRGICA

Punção Venosa: () Periférica MS () Subclávia () Dissecção Venosa () Jugular

Posição do Paciente no Trans-Operatório: () Dorsal () Ventral () Lateral E/D () Ginecológica

Sondagem Vesical: () Sim () Não nº () 2 Vias 3 () 3 vias c/irrigação

Tipo: () Demora () Alívio

Presença de Diurese: () Sim () Não

Tipo de Anestesia: () Geral () Raqui-anestesia () Peridural () Sedação () Local () Geral Venosa

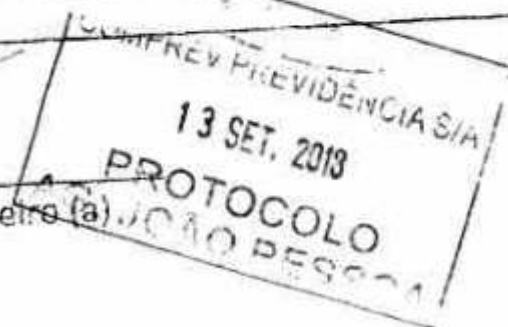
Destino: () Apto () UTI () Alta Hospitalar () Óbito () URPA Hora da Saída: : hs

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

16/30 Paciente foi adm.t.do neste setor para
SUBMETER A CIRURGIA DE FRATURA DE PUNHO
REALIZADO O CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURO.

Eronílio Junior
Enfermeiro
COREN/PA 023.104
RUBENS PIOT

Assinatura do Enfermeiro (a)
COREN



Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 0015983
NOME: JARDIS DE ARAUJO MENDONÇA
NÃO: () () () ()
MÃE: JAQUE DE ARAUJO MENDONÇA
CONVENIO: PATIUS ARFACITE
INTERNAÇÃO CIRURGICA DATA: 15/06/18

Paciente: Jardis de Araujo Mendonça Data: 15.06.18
Nome da Mãe: Jaqueline de Araujo Mendonça Convenio: Patius
Cirurgião: Dr. F. Dias 2ª Cirurgião: Dr. G. S. S. S.
Cirurgião: Dr. F. Dias Anest. G. S. S. S.
Cirurgia: Fratura de Rádio e Ulna Origem: 8

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

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

Estado geral/Nível de Consciência:

☒ Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA: 120/70 mmHg P: 69 bpm R: 18 irpm SPO2 99%

TRANS-OPERATÓRIO

Grau de Contaminação: ☒ Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelétrico, nervoso e cardiovascular
() Contaminada: cólon, 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 nº <u> </u> () 2 vias () Acesso central	() SNG nº <u> </u> () Pen rose nº <u> </u> () Dreno sucção kher.
() 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, Balão insuflado n° <u> </u> ml, Passado por: <u> </u>	() Dreno de blacker nº <u> </u> () Dreno de tórax nº <u> </u>
() Acesso venoso periférico MS <u> </u>	

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Geral () Raquianestesia () Peridural () Sedução () Local () Geral Venoso
() Bloqueio de plexo ☒ Sedação () Tubo Endot. Nº Fio guia: () Sim () Não () Guedel nº

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

Hora do Início: 16:45 Hora do Término: 18:30

Intercorrendias: () Sim () Não

Qual:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO BESSA

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – SALVA VIDAS

REGISTRO: 0015192
NOME: JARDOS DE ALAÍDO MENDONÇA
NASC: 04/04/70 (4 ANOS)
MÃE: JAIVÊ DE ALAÍDO MENDONÇA
CONVÊNIO: PARTICULAR/PAQUETE
INTERNAÇÃO CIRÚRGICA DATA: 15/06/18

Paciente: JARDOS DE ALAÍDO MENDONÇA Data: 15.06.18
Nome da Mãe: JAVÊ DE ALAÍDO MENDONÇA Convênio:
Cirurgião: F. B. A. S. 1º Aux. Cirurgião:
Anestesiologista: F. B. A. S. Circulante:
Cirurgia: FRAT. PUNHO

1 – PRE-OPERATORIO (INTERNAÇÃO CIRÚRGICA)

- 1.1 Informação sobre o paciente:**
Pulseira de identificação
(☒) Sim () Não
Jejum
(☒) Sim Tempo de jejum + 08
() Não Tipo de alimentação
() NA
HAS/PA / mmHg () DM: mgH/dl
TAX:
Banho com clorexidina 4% (implante)
() Sim () Não
Higiene oral com clorexidina 0,12% (anestesia geral)
() Sim () Não () NA
Tricotomia Hora:
() Sim () Não () NA
Retirou adornos e/ou próteses
(☒) Sim () Não () NA
Usa marcapasso
() Sim () Não () NA
Termo de consentimento
(☒) Sim () Não () NA
1.2 Faz uso de profilaxia antes da cirurgia?
() Medicamentosa, horas:
() Mecânica () Não
1.3 Lateralidade?
(☒) Direita () Esquerda () NA
1.4 Alergias?
(☒) Sim () Não
QUAL:
1.5 Porta exames?
(☒) Impressos () CD
Avaliação pré anestésica?
() Sim () Não () N/A (Urgência/Emergência)
1.6 Administrado medicação pré anestésica?
(☒) Sim () Não () NA Hora:
1.7 Transporte conforme protocolo?
(☒) Sim () Não

Erondino Júnior
Enfermeiro
COREN-SP 433.104
Cirurgião

Assinatura / Carimbo Coren

2 – ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- 2.1 Checagem de equipamentos**
(☒) Carro de anestesia + Alarques () Aspirador
(☒) Oxigênio + Agentes inalatórios
(☒) Bisturi elétrico (placa + cabo)
(☒) Realizado desinfecção da sala, no
(☒) Conferido esterilização das embalagens
(☒) Conforme () Não conforme () Ausente
(☒) OPME () Sim () Não () NA

2.2 Transposição do paciente

- (☒) Trava da mesa cirúrgica
(☒) Maca e mesa nivelada
2.3 Via aérea difícil Risco de Broncoaspiração
() Sim + Material Específico () Não
2.4 Risco de perda sanguínea
() Sim (2 Acesso, intravenoso calibrosos)
() Não
() Reserva de Hemocomponente
() Sim () Não

Assinatura / Carimbo Coren

3 – ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

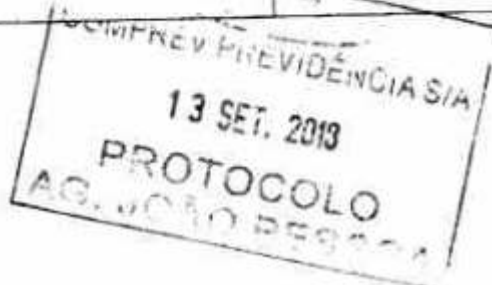
- 3.1 Confirmar se toda equipe se apresentou pelo nome e função:** () Sim () Não
3.2 Antibiótico profilaxia feito (30/60mm) antes da incisão? () Sim () Não Qual
3.2.1 Realizar repique (antibiótico) em cirurgia > 3hs
() Sim () Não
3.3 Realizado antissepsia do campo operatório
() Sim () Não Com quê?
3.4 Equipe médica conformou verbalmente
() Paciente () Procedimento
3.5 Imagem disponível?
() Sim () Não () NA
3.6 Uso seguro do Eletrocáterio, proximidade da placa à incisão:
() Coxa () Panturrilha () Glúteo () NA
() Direito () Esquerdo () Não
3.7 Materiais Solicitados e Disponíveis:
(☒) Estimulador de Nervo Periférico
(☒) Intensificador de Imagem
() N / A (Urgência / Emergência)
3.8 – Exames protocolados e devolvidos
(☒) Sim () Não () N / A

Assinatura / Carimbo Coren

4 – AO TÉRMINO DA CIRURGIA

- 4.1 – Equipe conforma verbalmente**
() Nome do procedimento realizado
(☒) Peça cirúrgica corretamente identificada
(☒) Repique antibiótico-profilático (> 3hs)
(☒) Transporte do paciente () Não
(☒) Drenos, sondas e acessos colocados e identificados
4.2 - 9SYV
PA () X () TAX () C
4.3 Destino
() JORPA () APTG () JUTI

Assinatura / Carimbo Coren



CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA

REGISTRO: 0015103
NOME: JARDIS DE ARAUJO MENDONÇA
NASC: 08/01/73 (44 ANOS)
MÃE: JANE DE ARAUJO MENDONÇA
CONVÊNIO: PARTICIPANTE
INTERNAÇÃO: 13/06/2018



Hospital Samaritano

CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Jardes de Araujo Mendonça

Atendimento: Cirurgia

Convênio: partici

Cirurgia: Fratura de Rádio-ulna

Cirurgião: Dr. F. Dias

Sala: 01 Data: 15/06/2018

Circulante de sala (não rubricar): J. G. Gomes

<p>Nome do Paciente Data de Nascimento No. do Exame No. do Cirurgião</p> <p>BRUNO</p>	<p>Nome do Paciente Data de Nascimento No. do Exame No. do Cirurgião</p> <p>BRUNO</p>	<p>Nome do Paciente Data de Nascimento No. do Exame No. do Cirurgião</p> <p>BRUNO</p>
<p>Nome do Paciente Data de Nascimento No. do Exame No. do Cirurgião</p> <p>BRUNO</p>		

13 SET. 2018
PROTOCOLO
ACQUADRO



Hospital Samaritano

CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA

P1 partes murchas

50/

Tubo leve

Dr. Filipe G. F. Bordalo
RQEOT 18876
CRM-PR 15011/2014, O.E. 14854

18/06/18

18:47 HS

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

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

Fone: (83) 3048-2100





Hospital Samaritano

CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

Ficha de Evolução Clínica

Paciente:

Jorge de F. Menezes

Leito:

Convênio:

Sede:

DATA

15/06/12

Admissão

Se admitido 10:18 em
fotografia vertical.

Dr. FIDELIS G. F. BARBOSA
1301-9570
CRM-PR 5005-0/04-75 19251

Bs-up.

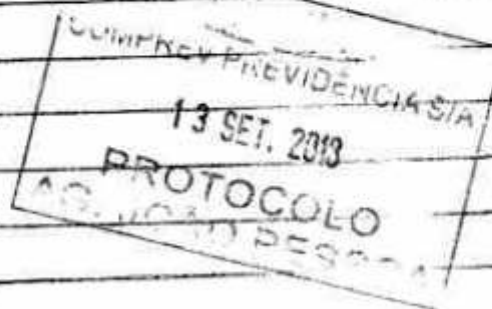
com um intercorrimento

A SR.

Dr. FIDELIS G. F. BARBOSA

1301-9570

CRM-PR 5005-0/04-75 19251



2015183



Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 15/06/18

Paciente: João L. A. Nascimento
Clínica: Urologia Apt: 50 Sexo: M

OED	AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA	
1	P. Amox 250 + 125 mg	2x 1x 1x
2	Sf 0,3% - 2000 ml	2x 1x 1x
3	Clindamicina 600 mg	6/6 1x 1x 1x
4	Sipro 400 mg	12/12 1x 1x 1x
5	Omeprazol 40 mg	1x 1x 1x
6	Doxina 3% - 100 mg	8/8 1x 1x 1x
7	Exanol 100 + 200 ml	Sf 0,3% 1x 1x 1x
8	Dipirona 1 gr	6/6 1x 1x 1x
9	Exanol 100 + 100 ml	Sf 0,3% 1x 1x 1x
10	Bromopres 3 mg - 1 CPW	noite 2x 1x 1x
11	Sf 0,3% - 2000 ml	2x 1x 1x
12	TALA, LUVA	atenção

Dr. Marcos G. F. Rodrigues
CRM: 22.837/6

PREVIDÊNCIA SIA
13 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. UROLOGIA

MÉDICO:
CRM:

Assinatura do Enfermeiro
POR: 214.838

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.

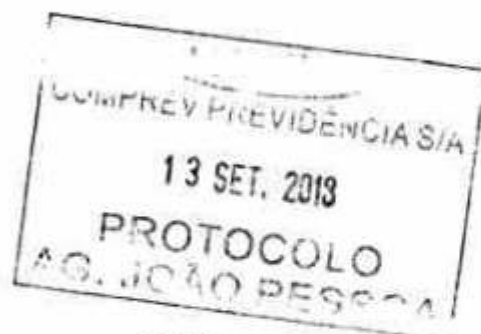
OLHO ESQUERDO:

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
Médico oftalmologista
CRM - 8282

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 DIMINUÍDO DEVIDO A INTENSA RAREFAÇÃO DO EPITÉLIO PIGMENTADO DA RETINA. VASOS DE CALIBRE E TRAJETO NORMAIS.

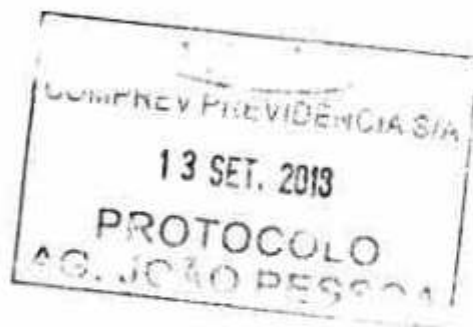
Hipótese Diagnóstica

Sugestão

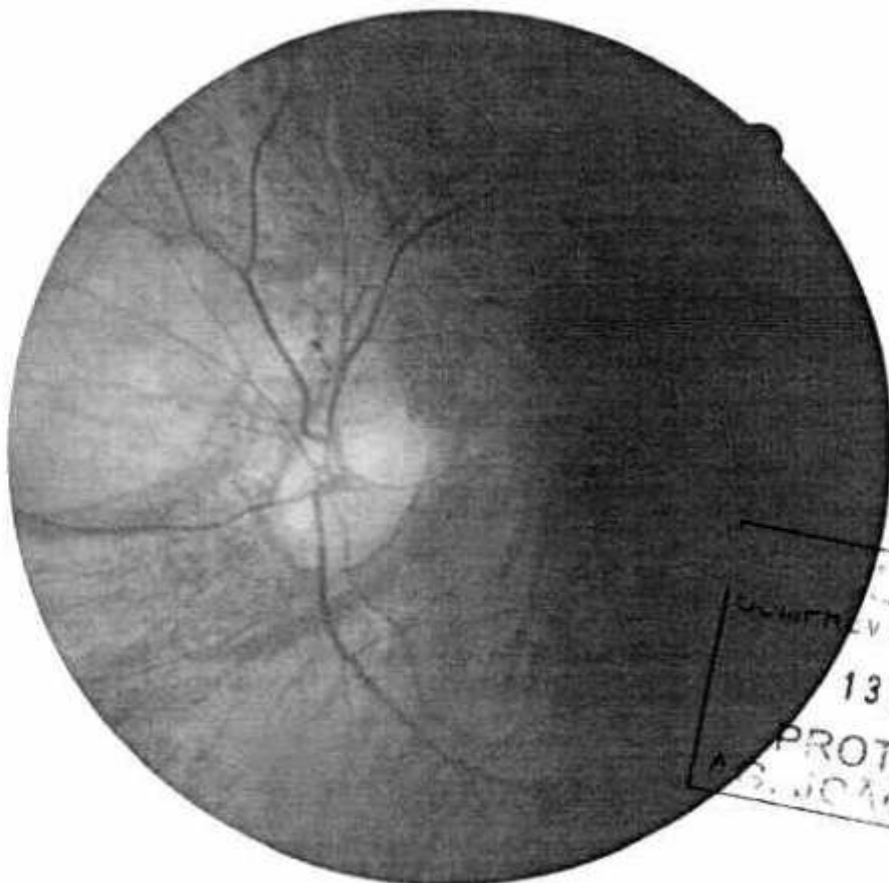
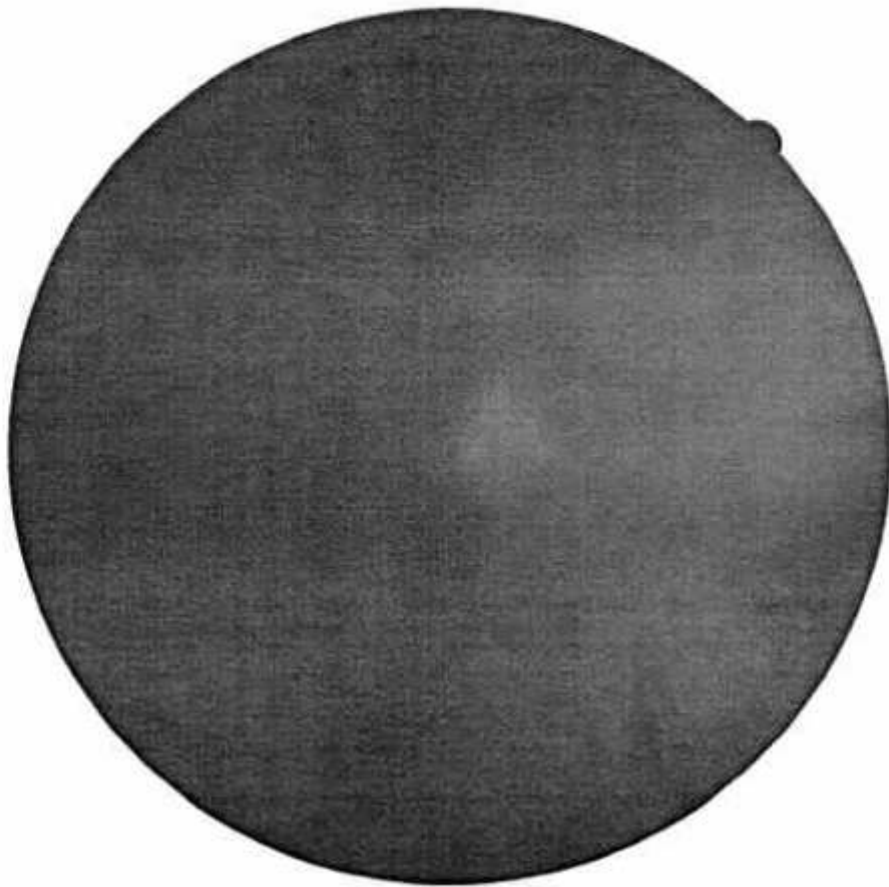
JOÃO PESSOA, 08/07/2018



IAN BELTRAO DE SA MARTINS
Médico oftalmologista
CRM - 9364



CARLOS ARQUIMEDES COSTA OLIVEIRA
MÉDICO
CRM - 10972



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2013
PROTOCOLO
ASS. JOAO PESSOA

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

Data de impressão:
 Data do exame:
 Gênero:

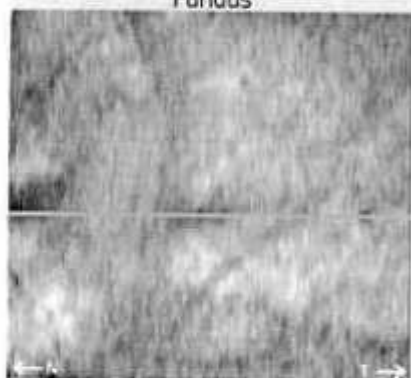
Olho:

16/07/2018
 16/07/2018 10:01:53
 Não Definido

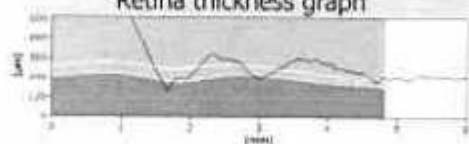
L



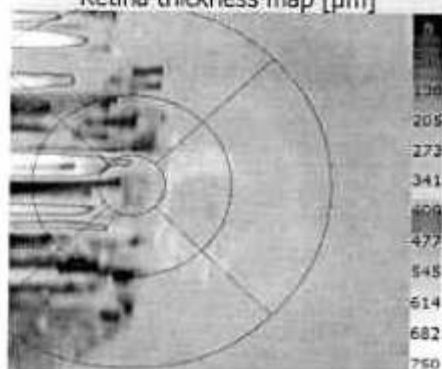
Fundus



Retina thickness graph



Retina thickness map [µm]



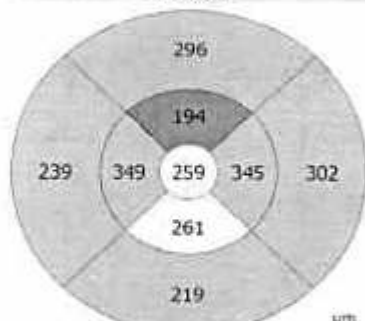
Tomogram

6,00 mm



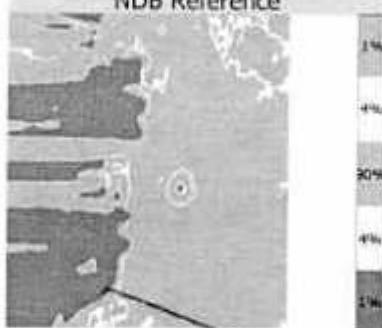
	Central field thickness	Volume	Average thickness
ILM - IS/OS	259 µm	9,36 mm ³	260 µm

ETDRS

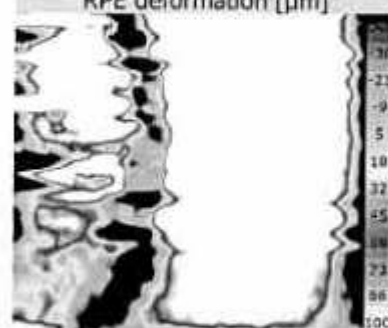


Diametro: 1/3/6 mm Valor: Média

NDB Reference



RPE deformation [µm]



Comentarios:



Operador:
 Assinatura do Médico:

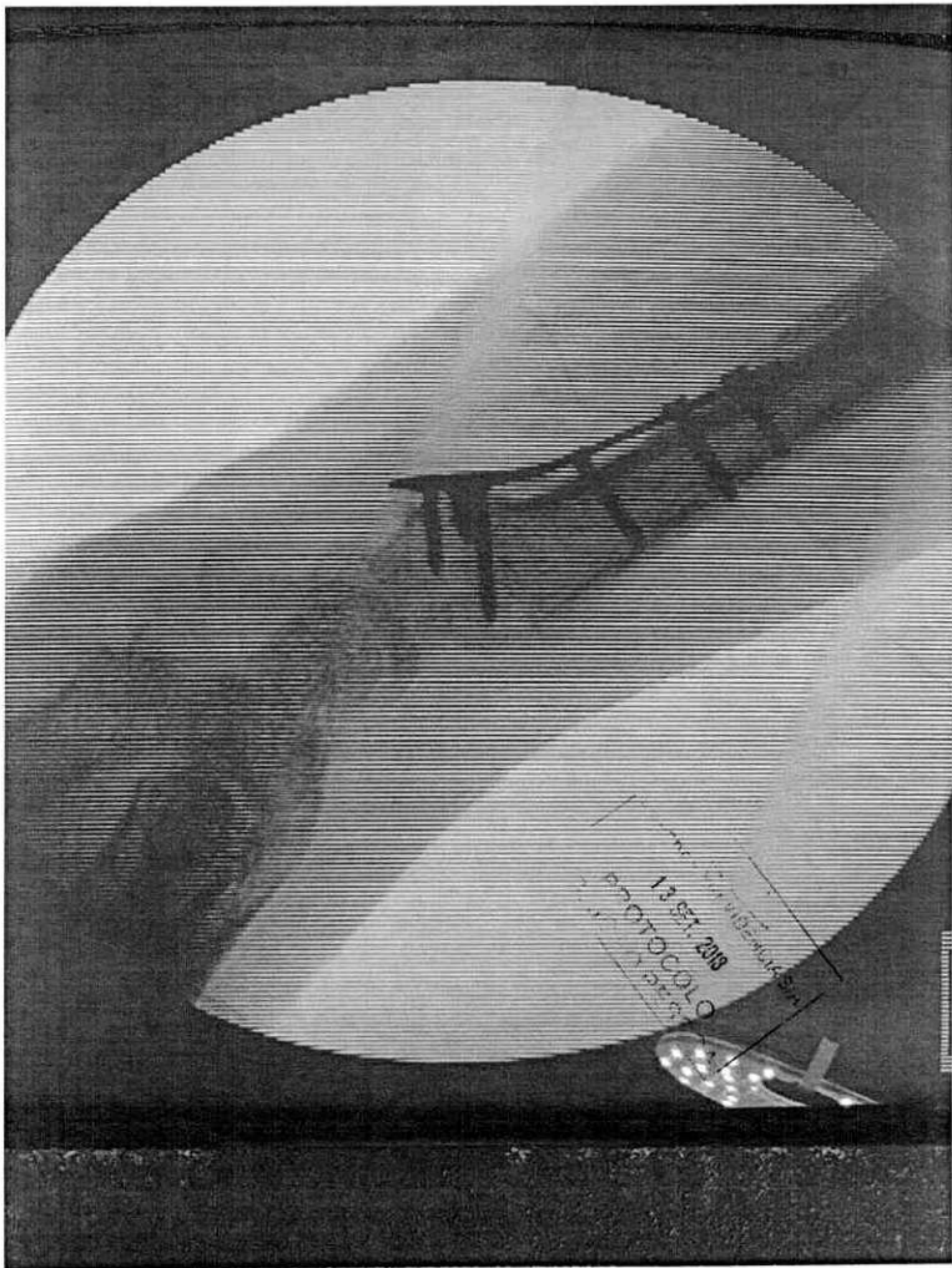


DEPARTAMENT DE EMERGENCIA I TRAUMA
13 SET. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAQUIN DE S. J.



UNIVERSITY OF CALIFORNIA
13 SET 2018
PROTOCOL
AG 5010 PEEB

PROTOCOLLO
13 SET. 2018



13 SET. 2018
PROTOCOLO
FOTOGRAPHY

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814173286

6404665823-6
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0104665823-6 00/00000000

JARDES DE ARAUJO MENDONÇA
R CICERO VALDIVINO TRAJANO 35
FUNCIONARIO II
58076170 JOAO PESSOA-PB

RR429920463 0F06764/PB

DAVISON CLOVIS RIBEIRO TEIXEIRA

NOVO PB 9C2KE1710FR803019

PAS/MOTONETA/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/PCX 150 2015 2015

2 F/152 /CI PARTIC PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KE17E1F803019

JOAO PESSOA-PB DATA 09/04/2014

41023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814173286
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0104665823-6 00/00000000 2019

JARDES DE ARAUJO MENDONÇA

RR429920463 0F06764/PB

NOVO PB 9C2KE1710FR803019

PAS/MOTONETA/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/PCX 150 2015 2015

2 F/152 /CI PARTIC PRETA

IPVA TAGO EM 00/00/0000 1º 2º 3º

PRIMO TRAFARDO (R\$) 0,00 PRIMO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 29/02/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB DATA 09/04/2014

COMPROVANTE PREVIDENCIA SIA
13 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/06/2018

Titular do CPF: JARDES DE ARAUJO
MENDONCA

CPF de: Próprio

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

JARDES DE ARAUJO MENDONCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA