



Número: **0803425-18.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL TAVARES DE ARAUJO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32752 205	29/07/2020 12:08	<a href="#">2736877_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

# HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

## FICHA DE INTERNAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº Internação 32965	
Data Adm.: 19/01/2020 07:03		Prontuário: 17084	
Nome.....: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO		Data Nasc.: 29/05/1989	
Idade.....: 30	Sexo: MASCULINO	Cor:	
CPF.....: 044.044.484-06	RG: 3234092	CNS:	
Endereço....: MARIA DE LUIZES GESSA		Nº: 343	Bairro: JOSE AMERICO DE ALME
Município....: JOAO PESSOA		Estado:	CEP: 58043-00
Fone.....: 84401071111			
Nome da Mãe: GESSI TAVARES DE ARAUJO			
DAD: DO ATENDIMENTO			
Médico.....: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO		CRM: 7618	
Clínica.....: 1º ANO INTERN		Acomodação: APARTAMENTO PRIVATIV	
Colônia.....: PARTILHAR		Leito: 123-A	
OUROS DADOS		Tipo de Serviço: INTERNACAO	
Nº Indígena:		Etnia:	
Raça da Tribo:		Localização:	
SES:		PAJÉ:	

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

01. O paciente e/ou seu responsável abaixo assinados, autorizam, pelo presente, a internação e, primeiro, nos termos abaixo especificados:

02. O hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde que a prática de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos inclua, inclusive exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos, e, ainda, todos os atos necessários ao perfeito atendimento.

03. A respeito do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existia garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

04. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

05. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

06. Autorizo a remoção para outros serviços médico-hospitalares, mediante necessidade clínica e/ou cirúrgica.

07. Autorizo todas as informações quanto à anestesia/sedação a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, consideração inclusive sobre condições pessoais.

08. Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, bem como mudança na programação anestésica/cirúrgica em situação imprevista que possa ocorrer e que justifique cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

09. Estou ciente de que o hospital não é responsável por objetos e valores de pacientes e acompanhante.

10. Durante a internação, os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas informadas previamente pela instituição.

11. O hospital reconhece que o médico é responsável pela condução do tratamento ministrado ao paciente, sendo a atuação de seu corpo clínico subordinada às diretrizes traçadas por aquele profissional.



12. Caso o paciente não disponha de médico ou especialista cuja intervenção seja recomendada para a continuidade do tratamento, o hospital poderá indicar-lhe um ou mais profissionais capacitados, denominados médicos de referência, não necessariamente credenciados pela Operadora de plano de Saúde vinculada ao paciente e que, uma vez aceitos pelo paciente e/ou responsáveis, assumem a condição dos médicos.

13. Declaro que assumo total responsabilidade, na condição de pagador solidário ou principal, dos depósitos prévios exigidos e despesas hospitalares, inclusive de intercorrências, diárias, UTI, incluindo os serviços prestados e/ou medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao tratamento. Declaro ainda, que a responsabilidade, ora assumida, persistirá até o pagamento final de todas as despesas.

14. As despesas hospitalares serão liquidadas no ato de seu fechamento no momento da solicitação de alta de paciente, podendo as mesmas serem negociadas no setor do financeiro do Hospital.

15. O paciente, se beneficiário de plano de saúde, declara ter recebido da respectiva operadora autorização e documentação hábil (contrato) onde conste a abrangência da cobertura oferecida pela referida empresa, bem como as limitações e exclusões constantes do contrato, estando ciente que o simples fornecimento de guia/senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio, passando a ser o devedor principal de todo valor excedente e não autorizado.

16. Comprometo-me a providenciar, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas úteis, a documentação necessária para que esta internação seja autorizada pela entidade seguradora, em caso contrário assumo a responsabilidade por todas as despesas relativas ao tratamento.

17. No caso de utilizar aposentos especiais de minha livre escolha, estou ciente e concordo em pagar a diária estipulada para o paciente não conveniado, deduzido o valor da diária paga pela entidade seguradora.

18. O Hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre o paciente e a Operadora de Planos de Saúde e havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, o Hospital se reserva o direito de cobrar os valores devidos diretamente ao paciente e/ou seus responsáveis.

19. Fica ciente que em caso de inadimplência por parte do paciente e/ou responsável, fica o hospital autorizado a utilizar todos os meios legais e judiciais cabíveis para a cobrança do seu crédito inadimplido, acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, multa de 10% (dez por cento) e honorários advocatícios no percentual de 20% (vinte por cento) ambos incidentes sobre o valor da dívida.

20. Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que se me foi dada a oportunidade de questões que julgo importantes.

João Pessoa, 19/01/2020

  
PACIENTE/RESPONSÁVEL



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 09.121.054/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INDIQUE ESTENÓMERO  
**MATRICULA**

71011765

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, 463 APTO 201 JOSE

AMÉRICO JOÃO PESSOA PB 58074-076

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Área	Exter	
001 074 756 0013 0000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
11307716	12-05-2014	EXTERIOR LIGADO		POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA  
307 | 373 | 6 | 30 | 15/01/2020

HIST. CONSUMO ANTER. LEITURA QUALID. ÁGUA ANEXO 20 PORT 05-2017 04

PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORME

OUT/2019 4 TURBIDEZ 268 288 279

SET/2019 5 CLORO 268 288 288

AGO/2019 5 COL. TEPOT 0 0 0

JUL/2019 2 COR 73 143 129

JUN/2019 4 COL. TOTAIS 268 288 274

DADOS RELATIVOS A: OUT/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 14/12/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 15:10:24

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

6 M3

37,91

ESGOTO

VALOR SUBSTITUÍDO: 14/12/2019 - R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEE 12.742/12

VENCIMENTO:

05/01/2020

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATORAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

A CAGEPA DESEJA AOS SEUS CLIENTES UM FELIZ NATAL E PROSPERO ANO NOVO.

**CAGEPA**

MATRICULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

71011765

DEZ/2019

05/01/2020

R\$ 37,91

8265000000 2 37910010001 3 07101176501 4 12201930003 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 12:08:30

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072912083012100000031364988>

Número do documento: 20072912083012100000031364988

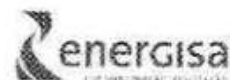
Num. 32752205 - Pág. 3

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para depósito pago em nome da empresa beneficiária da energia elétrica. Nº 037.541.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680  
CNPJ 03.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.815.623-6

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOÃO PESSOA			5/1698281-1		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47	

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Paga
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01462.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01462.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:01 horas do dia 07 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Rafael Tavares de Araújo**, CPF nº 084.044.484-26, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Assistente Comercial, filho(a) de Gessi Tavares de Araújo e Severino Bernardo de Araújo, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 29/05/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria de Lourdes Pessoa, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Rua do Bianca Recepções, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99107-7626.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, Após o Hiper Bompreço, João Pessoa/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 16/01/20 06:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 16/01/2020, POR VOLTA DAS 06H40MIN, VINHA PILOTANDO, APÓS O HIPER BOMPREGO DA BR-230, SENTIDO JOÃO PESSOA A CABEDELO, MOTO DE MARCA-HONDA;/CG 125 FAN ESD, DE COR-PRETA, ANO-2013/2014, DE PLACA-NQB0421/PB, CHASSI-9C2JC4160ER017908, DE PROPRIEDADE DA PESSOA TEREZA DO NASCIMENTO SILVA, CPF-019.809.183-41, QUANDO FOI FAZER O RETORNO, APÓS O HIPER BOMPREGO, A MOTO DERRAPOU, QUE O NOTIFICANTE, VEIO A CAIR DA MOTO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO TRANSFERIDO, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY, QUE DEVIDO A URGÊNCIA, O NOTIFICANTE PEDIU PARA SER TRANSFERIDO PARA O HUNE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA), ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA COMPLETA DO COTOVELO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, DE ACORDO COM O CID S52.8, ASSINADO PELO DR. TEMISTOCLES DE A. R. FILHO, CRM-PB 7618.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2020.

  
**GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA**  
Agente de Investigação

  
**RAFAEL TAVARES DE ARAÚJO**  
Noticiante

Procedimento Policial: 01462.01.2020.1.00.401

1/1







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 084.044.484-26 4 - Nome completo da vítima: Rafael Tavares de Araujo

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

5 - Nome completo: Rafael Tavares de Araujo 6 - CPF: 084.044.484-26  
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: R-CL de Lourdes Pessoa 9 - Número: 463  
10 - Complemento: 11 - Bairro: José Americo 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-076  
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ INCLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 01598 CONTA: 00153189

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido: 37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido: 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:   
 3 - CPF da vítima: 084.044.484-26   
 4 - Nome completo da vítima: Rafael Tavares de Araujo

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

5 - Nome completo: Rafael Tavares de Araujo   
 6 - CPF: 084.044.484-26   
 7 - Profissão: Recurso   
 8 - Endereço: R- C- de Lourdes Pessoa   
 9 - Número: 463   
 10 - Complemento:   
 11 - Bairro: José Americo   
 12 - Cidade: João Pessoa   
 13 - Estado: PB   
 14 - CEP: 58074-076   
 15 - E-mail:   
 16 - Telefone: (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:   
 18 - CPF do Representante Legal:   
 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:   
 ☒ INCLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00   
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):   
 ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)   
 ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)   
 ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)   
 Nome do BANCO: Bradesco   
 AGÊNCIA: 01598 CONTA: 00153189

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo   
 24 - Data do óbito da vítima:   
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:   
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não   
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não   
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:   
 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não   
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não   
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:   
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura da vítima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094275

Vítima: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 16/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15581981

Pag. 01229/01230 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200094275**

**Vítima: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 16/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002159-8**

Conta: **0000015318-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094275 Vítima: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 16/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00007/00008 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060004



Carta nº 15579423



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000015318-4

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO3004202005000000000023702159000000015318168750 PAGO





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## TERMOS DE AUTORIZAÇÃO

### AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

HUNE/INCOR-PB – CNPJ 07.936329/0001-08

Declaro para os devidos fins de direito, que fui informado(a) pelo meu médico da necessidade de ser internado e ser submetido(a) a tratamento cirúrgico como melhor forma de tratamento para meu caso específico, bem como dos benefícios e dos riscos envolvidos nesta cirurgia.

Desta forma, de modo consciente e esclarecido, AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA APROPRIADO PARA O CASO.

João Pessoa, 19/01/20

Assinatura:

Rafael T. de Araújo

### AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA E ANESTESIA

HUNE/INCOR-PB – CNPJ 07.936329/0001-08

Declaro para os devidos fins de direito, que fui informado(a) pelo meu médico da necessidade de ser submetido(a) a tratamento cirúrgico como melhor forma de tratamento para meu caso específico, bem como dos benefícios e dos riscos envolvidos nesta cirurgia.

Desta forma, de modo consciente e esclarecido, AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA APROPRIADO PARA O CASO.

João Pessoa, 19/01/20

Assinatura:

Rafael T. de Araújo

### TERMO DE ALTA A PEDIDO

HUNE/INCOR-PB – CNPJ 07.936329/0001-08

Tendo sido informado(a) dos riscos de uma interrupção do tratamento sob internação sem ordem médica, declaro que, ainda assim, a meu pedido, retiro o paciente sem alta hospitalar.

hospitar.

Outrossim, isento os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar, e assumo inteira responsabilidade.

João Pessoa,

Pessoa,

19/01/20

Responsável:

Assinatura

do

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

HUNE/INCOR-PB – CNPJ 07.936329/0001-08

Declaro assumir a responsabilidade pelo paciente

internado (a) neste Hospital.

João Pessoa,

Pessoa,

19/01/20

Responsável:

Assinatura

do

Rafael T. de Araújo

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA – HUNE

Rua Capitão José Pessoa, 919 – Jaguaribe / CEP: 58.015-340 – Telefone: (83) 2108-0763/2108-0767







Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 – JAGUARIBE – JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu RAFAEL TAVARES DE ARAUJO, CPF 084.044.484-26, RG 3234092, declaro que fui informado(a), estou ciente e de acordo com o fato de que o Hospital Universitário Nova Esperança - HUNE consiste em um hospital onde ocorre o processo de ensino aprendizagem, de forma que serei atendido(a) por MÉDICOS, ACOMPANHADO DE ALUNOS, estes último com a devida supervisão daqueles.

JOÃO PESSOA/PB 19/01/2020

  
ASSINATURA





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

# HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 – JAGUARIBE – JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

## DESCRIÇÃO CIRURGICA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data Atend.: 19/01/20 07:03:00 Atend.: 32965 Prontuário: 17084  
Nome.....: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO Data Nasc.: 29/05/1989  
Idade.....: 30 Sexo: MASCULINO

### DADOS DO ATENDIMENTO

Médico.....: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO CRM: 7618  
Convênio....: PARTICULAR Procedimento: FRATURA DE COTOVELO  
Procedimento: FRATURA DE COTOVELO

PROCEDIMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE OLECRANO ESQ

### DESCRIÇÃO

PCT EM DDH SOB ANESTESIA  
ANTISSEPZIA + CAMPOS CIRURGICOS  
INCISÃO  
REDUÇÃO DA FRATURA  
FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS  
CURATIVO  
TALA

Temistocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 7618 / ECF: 3147 / RQE: 5245

JOÃO PESSOA, 19 de janeiro de 2020

MÉDICO RESPONSÁVEL: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 12:08:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072912083012100000031364988>

Número do documento: 20072912083012100000031364988

# HOSPITAL UNIVESITÁRIO NOVA ESPERANÇA

## BOLETIM OPERATÓRIO ENFERMAGEM

NOME PACIENTE: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO  
IDADE: <B003> CONCENIO: PARTICULAR

Nº ATEND. 32965

### DADOS DA CIRURGIA

TIPO DE CIRURGIA: FRATURA DE COTOVELO  
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL+SEDAÇÃO  
DATA DA CIRURGIA: 19/01/2020 - HORA INÍCIO: 08:40 HORA FINAL: 09:50  
DATA ENTR. CENTRO CIRUR.: 19/01/2020 - HORA ENTRADA: 07:55 HORA SAÍDA: 10:00  
CIRURGIÃO: TEMISTOCLES DE ALMEI

### EVOLUÇÃO E DESCRIÇÃO

#### ANTES DA CIRURGIA

Frequência Cardíaca: 84 bpm  
Temperatura: 36,7 °C  
Pressão Arterial: 132 X98

#### DEPOIS DA CIRURGIA

Frequência Cardíaca: 80 bpm  
Temperatura: 36,5 °C  
Pressão Arterial: 121 X78

### EVOLUÇÃO

PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRÚRGICO, PARA SUBMETER-SE Á PROCEDIMENTO DE FRATURA DE COTOVELO CONSCIENTE, ORIENTADA, EM CADEIRA DE RODA, PORTANDO EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS, CONFIRMA JEJUM, RETIRADOS TODOS OS ADORNOS E PRÓTESE NEGA HAS, NEGA DM ALERGIAS MEDICAMENTOSA.  
ENCAMINHADO A S.O, MONITORIZADO, AVP EM MSE, ANESTESIA BLOQUEIO + SEDAÇÃO  
TRANSOPERATÓRIO: PACIENTE SEGUE ESTÁVEL, MONITORADO,, SEM INTERCORRÊNCIAS EM TODO ATO OPERATÓRIO.  
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PACIENTE ENCAMINHADO Á URPA.  
ENCERRO SEM MAIS.

*Ana Lúcio*  
489885  
*soar*





## MAPA DE CONSUMO

Paciente: <u>Rafael Favares de Group</u>	Cirurgião: <u>Dr. Remondos</u>
Convênio: <u>Particular</u> Data: <u>18/01/2020</u>	Auxiliar 1: <u>—</u>
Anestesia: <u>Bloqueio</u> Sala: <u>(1)(2)(3)</u>	Auxiliar 2: <u>—</u>
Cirurgia: <u>Resutura do Cotovelo</u>	Anestesista: <u>Dr. Sergio</u>
Circulante: <u>Intubado</u>	Instrumentador: <u>G. Lard</u>


<b>HORÁRIOS</b>	Anestesia: <u>8:00</u>	Cirurgia: <u>8:40</u>	Término: <u>9:50</u>
-----------------	------------------------	-----------------------	----------------------

	Utiliz		Utiliz
Adrenalina 1ml		Água Destilada 10 ml	<input type="checkbox"/> 4
Atropina 0,25mg		Agulha desc 13X4,5G	
Aminofilina 240mg/10ml		Agulha desc 25X7G	
Amiodarona 150mg/3ml		Agulha desc 40X12G	1 1
Bicarbonato de Sódio 8,4% 10ml		Agulha Raqui 22	
Bicarbonato de Sódio 8,4% 250ml		Agulha Raqui 25	
Cefazolina 1g	2	Agulha Peri 16	
Cloreto de Potássio		Agulha Peri 17	
Cloreto Mg		Azul de etileno	
Clonidina 1	1	Atadura Grande	
nina / ketamin		Bomba Centrífuga	
Cefatolina 1g		Capa de VDL	
Dexametasona 4mg	1	Campo Operatório (Compressas)	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dimorf 10mg		Cânula de perfusão coronária	
Dipirona sódica 500mg/ml	2	Cateter tipo óculos	1
Dobutamina 250mg/20ml		Coletor Dist. Fechado	
Dopamina 50mg/10ml		Eletrodos	5
Dormonid 5mg/3ml		Equipo macrogotas	1
Efedrina 50 mg/ml		Equipo de BIC	
Etomidato 2mg/ml 10ml		Equipo de BIC Foto	
Fentanil 0,5mg/ml 10 ml		Equipo de Hemotransfusão	
Flumazenil 1mg		Estabilizador tecidual	
Furosemida 20mg/2ml		Extensor fix	
Glucanato de cálcio 10% 10ml		Fita hospitalar	
Heparina 5000 UI/ml 5ml		Filtro + traquéia	
Hidrocortisona 500mg		Filtro de Cardioplegia	
Isoflurano 250/100 ml		Filtro de linha arterial	
Lidocaina 2 % S/V 20 ml	1	Filtro de sangue para recirculação	
ctopramida /Plasil		Glicose 50%	
Monocordil / Isossorbida		Hemoconcentrador	
Metoprolol / Seloken		Introdutor cateter femoral F4	
Ondansetrona / Nauseadron 4mg	1	Introdutor cateter femoral F4	
Neostigmina		Jelco 14G	
Neocaina pesada / bupivacaina		Jelco 16G	
Noradrenalina 4mg/4ml		Jelco 18G	
Novabupi 0,5% c/v 20 ml	1	Jelco 20G	1
Nitroprussiato de sódio 50mg/ml /		Jelco 22G 24	1
Niprid		Lâmina bisturi 11	2
Papaverina		Lâmina bisturi 15	1
Prometazina		Lâmina bisturi 23	
Protamina 5000 UI/5ml		Lâmina bisturi 24	1
Pancurônio		Luva de procedimento (par)	
Propofol		Luva 6,5	
Quelicin		Luva 7,0	1
Ranitidina		Luva 7,5	2
Rocurônio		Luva 8,0	2
Solução Cardioplégica		Luva 8,5	
Tenoxicam 20mg	2	Lidocaina Geleira	
Transamin			
Tramal 50mg			
Xylocaina 2% 10ml s/v			

	Utiliz
Lidocaina 2% com vaso	1
Perfusor set	1
Sonda foley 18 (2 vias)	
Pericárdio Bovino	
Reservatório de Cardioplegia	
Sist. Drenagem mediastinal n°	
Sistema de Cardioplegia	
Sist. Auto hemotransfusão	
Shunt n° 1,5/ 1,75/ 2,0	
Seringa desc 1ml	
Seringa desc 3ml	1
Seringa desc 5ml	
Seringa desc 10ml	2
Seringa desc 20ml	1
Seringa desc 60ml	
Sonda aspiração 14	
Sonda aspiração 16	
Sonda uretral 6	
Sonda uretral 8	
Sonda uretral 10	
Sonda uretral 12	
Sonda nasogástrica longa 18	
Sonda nasogástrica longa 20	
Sonda foley 12 (2 vias)	
Sonda foley 14 (2 vias)	
Soro fisiológico 0,9% 500ml	
Soro glicosado 5% 500ml	
Soro ringer lactato 500ml	2
Sol. Manitol	
Sonda foley 16 (2 vias)	
Forneirinha 3 vias	
Transfix	1
Tubo aspiração - Latex	1
Tubo endotraqueal 7,0	
Tubo endotraqueal 7,5	
Tubo endotraqueal 8,0	
Tubo endotraqueal 8,5	
Tubo de Dracon	
Tubo valvado	
Tridil	
Válvula mecânica mitral n°	
Válvula mecânica aórtica n°	
Válvula bio mitral	
Válvula bio aórtica	





	Utiliz
Detergente Enzimático	
Escova de degermação	
Esparadrapo	
Gorro descartável	
Gaze pacote 	8
Máscara descartável	
Micropore	
Sapatilha descartável	

GAZES MEDICINAIS	Utiliz
Ar comprimido (Ar)	
Nitrogênio (N)	
Dióxido de Carbono (CO2)	
Oxigênio sob cateter nasal (O2)	
Oxigênio sob máscara (O2)	
Oxigênio sob pressão (O2)	

	Utiliz
PVPI tópico	
PVPI degermante	
Clorexidina Alcoólica	
Clorexidina Degermante	
Álcool 70%	
Benjoin	

EQUIPAMENTOS	Utiliz
Desfibrilador	
Laringoscópio	
Monitor cardíaco	
Marcapasso	
Oxímetro de pulso	

ORTESSES E PRÓTESES	Utiliz
Bomba centrífuga	
Cânula de perfusão coronária	
Estabilizador tecidual	
Filtro de cardioplegia	
Filtro de linha arterial	
Filtro de sangue para recirculação	
Hemoconcentrador	
Introdutor cateter femoral F4	
Introdutor cateter femoral F5	
Kit cânulas	
Oxigenador de membrana	
Pericardio Bovino	
Pericardio Suino	
Reservatório de cardioplegia	
Reservatório de cardiostomia	
Sistema Auto hemotransfusão	
Sistema drenagem mediastinal nº	
Sistema de Cardioplegia	
Shunt nº 1,5 / 1,75 / 2,0	
Tubo Valvado	
Tubo de Dracon	
Válvula mecânica mitral nº	
Válvula mecânica aórtica nº	
Válvula biológica mitral	
Válvula biológica Aorta	

FIOS CIRÚRGICOS	Utiliz
Algodão 0 s/ag	
Algodão 0 c/ag cilíndrica	
Algodão 2.0 c/ag cilíndrica	
Algodão 2.0 c/ag cortante	
Algodão 3.0 s/ag	
Algodão 0 cuticular	
Algodão 2.0 S/agulha	
Aciflex	
Clip 100 Cardio Horizon	
Clip 200 Cardio Horizon	
Cera para osso	
Cat Gut 1-0	
Cat gut 2-0	
Cat gut 3-0	
Cat gut 4-0	
Fita Cardíaca	
Fio de marcapasso	
Fio de aço 5	
Mononylon 0 ag 3cm 3/8	
Mononylon 2.0 ag 3cm 3/8	↓
Mononylon 3.0 ag 3cm 3/8	
Mononylon 4.0 ag 2cm 3/8 incolor	
Mononylon 4.0 ag 2cm 3/8 Preto	

FIO
Mersiler
Prolene
Prolene
Prolene
Prolene
Prolene
Prolene 3/8
Prolene
Prolene
Polyester
Polyester
Polyester
Polycryl
Polycryl
Polycryl
Polycryl
Seda 0 c/
Seda 3.0
Vicryl/De
Vicryl/De
Vicryl/De
Vicryl/De
Vicryl/De

FQ:
Aspirador
Bisturi el
Bomba de
Bomba in
Bomba de
BIA - Bal
Capnógrafo



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM TRANSOPERATÓRIA

PACIENTE: <u>Rafael Levaron de Araujo</u>		CÓDIGO: <u>Articular/fees/0000</u>		MUNICÍPIO DE ORIGEM: <u>Aracaju</u>	
CIRCUANTE: <u>Tabuacá</u>		EXERMEIRA: <u>Amo Lucio</u>		SALA: <u>A B C D E</u>	
Data: <u>19/01/2020</u>	CIRURGIA REALIZADA: <u>Fratura do Cotovelo</u>	HORA CHEGADA C.C.: <u>7:50</u>	HORA SAÍDA S.O.:	DESTINO: <u>APY</u>	

**Dados da Cirurgia:**

( ) PAC. AMBULATORIAL (X) CIR. ELETIVA ( ) CIR. URGÊNCIA  
( ) POTENC. CONTAMINADA ( ) CIR. LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA

**1-Equipe cirúrgica:**

CIRURGIÃO: <u>Dr. Remington</u>	1º AUXILIAR: <u>Gilord</u>	2º AUXILIAR:
ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Sergio</u>	INSTRUMENTADOR:	Início da Anestesia: <u>8:00</u> Término da Anestesia: <u>9:50</u>

**2-Tipo de Anestesia:**

( ) SEDAÇÃO ( ) LOCAL ( ) RAQUI ( ) PERIDURAL ( ) PLEXO  
( ) TUDO ENDOT. Nº \_\_\_\_\_ ( ) S/ CUFF ( ) C/ CUFF FIO GUIA: ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) GUEDELL Nº \_\_\_\_\_ ( ) FIXAÇÃO ( ) PROTEÇÃO OCULAR ( ) COLÍRIO ( ) POMADA

**3- Condições Gerais do paciente no início da cirurgia:**

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) DESORIENTADO ( ) SONOLENTO ( ) INTUBADO ( ) OUTRO \_\_\_\_\_  
( ) ADORNO? ( ) SIM ( ) NÃO PRÓTESE? ( ) SIM (X) NÃO

**4-Sinais Vitais:**

H	A	PA	PULSO	FC	FR	SPO2	Tº
1-	8:30	159, 94		83	22	99	
2-	9:00	158, 77		83	22	100	
3-							

**5- Posição operatória:**

(X) DORSAL ( ) VENTRAL ( ) LATERAL ( ) GINECOLOGIA ( ) TRENDELEMBURG ( ) PROCLIVE ( ) PROCTOLOGICA

**6- Cateteres e Drenos:**

( ) ACESSO CENTRAL SNG Nº \_\_\_\_\_  
(X) ACESSO PERIFÉRICO MS: esquerdo ( ) ACESSO ARTERIAL (PAM) \_\_\_\_\_  
( ) DRENO TÓRAX ( ) DRENO SUCÇÃO ( ) PEN ROSE Nº \_\_\_\_\_  
( ) SVD Nº \_\_\_\_\_ ( ) ANTISSEPTICO UTILIZADO: \_\_\_\_\_ BALÃO INSUFLADO COM \_\_\_\_\_ ML  
ASPECTO: \_\_\_\_\_ PASSADO POR: \_\_\_\_\_

**7- Coxim**

(X) CABEÇA ( ) COLUNA CERVICAL ( ) COLUNA LOMBAR ( ) OMBRO ( ) TÓRAX ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

**8- Bisturi Elétrico:**

( ) SIM ( ) NÃO LOCAL DA PLACA: ( ) PANTURRILHA ( ) COXA ( ) QUADRIL

**9- Serviços requisitados:**

( ) BANCO DE SANGUE ( ) RADIOLOGIA ( ) LABORATÓRIO

**10- Exames realizados:**

( ) EMOGRAMA ( ) COAGULOGRAMA ( ) GASOMETRIA ( ) CULTURA ( ) BIÓPSIA DE CONGELAMENTO

**11- Intercorrências:**

( ) SIM ( ) NÃO  
RELATE: \_\_\_\_\_

**Uso de hemocomponentes:** | - plasma; | - c. de hemácias; | - plaquetas.

**12- Peças para Anatomopatológico**

( ) SIM ( ) NÃO ( ) FORMOL ( ) SF 0,9% LOTE: \_\_\_\_\_ VAL: \_\_\_\_\_  
TOPOGRAFIA: \_\_\_\_\_ LATERALIDADE: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA PARA: \_\_\_\_\_

**13- Ao final da cirurgia:**

CURATIVO: (X) OCLUSIVO ( ) SEMI-OCCLUSIVO ( ) COMPRESSIVO ( ) DESCOBERTO ( ) TAMPÃO

**14- Transferência do Paciente:**

( ) SANGRAMENTO IMEDIATO ( ) HIPOTENSÃO ( ) REAÇÃO ANAFILÁTICA ( ) DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA ( ) HIPERTENSÃO ( ) CHOQUE ANAFILÁTICO  
DESTINO DO PACIENTE: APTO 123 ( ) UTI ( ) URPA ( ) ENFERMARIA ( ) NECROTÉRIO

**15- Anotações de Enfermagem:**

CHECK LIST – CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA



CIRURGICA		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b> > Paciente confirmou <input checked="" type="checkbox"/> Identidade <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento <input checked="" type="checkbox"/> Consentimento informado cirurgia e anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Jejum > <input checked="" type="checkbox"/> Sítio demarcado > <input checked="" type="checkbox"/> Avaliação pré anestésica  > O paciente possui: <b>Alergia conhecida?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim > <b>Via aérea difícil/Risco de aspiração?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e equipamento/Assistência disponíveis > Confirmar reservas <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Hemoderivados > Checagem equipamentos <input checked="" type="checkbox"/> Monitorização <input type="checkbox"/> Suporte de oxigênio <input type="checkbox"/> Aspirador <input type="checkbox"/> Bisturi elétrico(Placa) > Acesso venoso <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> ACV	<b>CONFIRMAÇÃO</b> > Confirmar se equipe completa <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> 1º Aux. cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Anestesiologista <input checked="" type="checkbox"/> Instrumentador/Firma <input type="checkbox"/> Tec. RX  > <b>Cirurgião anestesiológico e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente:</b> - Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Procedimento <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não > <b>Eventos críticos previstos</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não  <b>Revisão da equipe de enfermagem:</b> Os materiais necessários (ex: instrumentais, próteses) estão presentes e dentro do prazo de esterilização com os resultados do indicador/esterilização? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não > <b>A profilaxia antimicrobiana foi realizada no últimos 60 minutos?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <b>As imagens essenciais estão disponíveis?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Re procedimento incluindo pro <input type="checkbox"/> Se as co cirúrgicos, estão corretas <input type="checkbox"/> Como a patológica (incluindo o r  > Verbaliz <input checked="" type="checkbox"/> Registro <input checked="" type="checkbox"/> Comanda <input type="checkbox"/> Controle <input type="checkbox"/> Peça anat <b>(Acondiciona solicitação)</b> <input type="checkbox"/> Materiais laboratorial <input type="checkbox"/> Intercorrê <input type="checkbox"/> Intercorrê  > Transferê <input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> Enfermaria Cirúrgica
<p><i>paciente admitido pela CC para realização de procedimento cirúrgico ortopédico, consistente em acesso periférico, monitorizado em transoperatória estéril onde será realizada a apte para as clenchas cirúrgicas da gem.</i></p>		
<p style="text-align: right;">ASS./CARIMBO:</p>		
<p>CIRCULANTE: <i>Patricia</i> INSTRUMENTADOR: <i>Gilardi</i> /ENFERMEIRO(A): <i>clt</i></p>		



CHECK LIST – EQUIPAMENTOS/MATERIAIS E MEDICAÇÕES DA SALA OPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO – CIRURGIA GERAL

Paciente: <u>Rafael Tavares de Araújo</u>	Convênio: <u>particular</u>
Cirurgião: <u>Isadora</u>	Data: <u>19/07/2020</u> Enfermeira: <u>Ana Lucia</u> Sala: <u>10345</u>

<input checked="" type="checkbox"/> FOCO TESTADO?
<input type="checkbox"/> AS VÁLVULAS DE REDE DE GASES QUE ABASTECEM O SETOR ESTÃO ABERTAS?
<input checked="" type="checkbox"/> CAMA FORRADA COM TRAVESSA?
<input type="checkbox"/> O ABSORVENTE DE CO <sub>2</sub> (CAL SODADA) ESTÁ EM CONDIÇÕES DE USO?
<input checked="" type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA COM MONITOR COMPLETO (CABO DE ECG COM 5 ELETRODOS, OXÍMETRO), TRAQUEIAS LONGAS, VAPORIZADOR DE SERVOFLURANO, VAPORIZADOR DE ISOFLURANO?
<input type="checkbox"/> MATERIAL PARA IOT NA BANDEJA DE CARRO DE ANESTESIA (GUIA, 1 TUBO DE CADA NUMERAÇÃO 7,5-8,0 1 FILTRO ANTIBACTERIANO, 1 EXTENSÃO PARA TRAQUEIA, CÂNULA DE GUEDEL Nº 3 OU Nº 4, LARINGOSCÓPIO COM UMA LÂMINA MAIOR Nº 04 e MENOR Nº 03 – TESTADAS, 1 LÁTEX, KT-5 COM MÁSCARA, 1 BOGGIE)?
<input type="checkbox"/> CARRO DE BISTURI ESTÁ COM PEDAL+ PLACA E HÁ GEL PARA PLACA?
<input type="checkbox"/> O ASPIRADOR ESTÁ FUNCIONANDO E COM EXTENSÃO/COPO+PEDAL?
<input type="checkbox"/> A SALA ESTÁ ABASTECIDA COM SOROS RINGER LACTATO, FISIOLÓGICO E GLICOSADO.
<input type="checkbox"/> A SALA ESTÁ ABASTECIDA COM FIOS DE SUTURA+CX DE DESCARTÁVEIS CIRÚRGICOS?
<input type="checkbox"/> EXISTE MATERIAL DE MESA SUFICIENTE PARA NO MÍNIMO UMA CIRURGIA, NO ARSENAL, ESTÉRIL NO PRAZO DE VALIDADE?
<input type="checkbox"/> KIT CIRÚRGICO DE DESCARTÁVEL/ MEDICAÇÕES QUE VEM DA FARMÁCIA, ESTÁ COMPLETO?
<input type="checkbox"/> VERIFICAR MESAS DE APOIO, MESA DE MAYO E MESA DE INSTRUMENTAÇÃO SUFICIENTES P O PROCEDIMENTO?
<input type="checkbox"/> VERIFICAR SE O CARRO DESFIBRILADOR ENCONTRA-SE FUNCIONANTE?
<input type="checkbox"/> KIT MEDICAÇÕES CONTENDO (2 VASSOPRESSINAS+10ADRENALINAS) PRESENTES NA S.O
<input type="checkbox"/> VERIFICAR SE HÁ LENÇÓIS SUFICIENTE P O PROCEDIMENTO?
<input type="checkbox"/> VERIFICAR MESAS DE APOIO, MESA DE MAYO E MESA DE INSTRUMENTAÇÃO SUFICIENTES P O PROCEDIMENTO?
<input type="checkbox"/> VERIFICAR HIGIENIZAÇÃO DA S.O
<input type="checkbox"/> VERIFICAR FUNCIONAMENTO DE MESA CIRÚRGICA
<input type="checkbox"/> VERIFICAR FUNCIONAMENTO DE AR-CONDICIONADO DA S.O
<input type="checkbox"/> VERIFICAR LÂMPADAS DA S.O
<input type="checkbox"/> VERIFICAR ALMOTOLIAS E VALIDADE (CLOREXIDINA ALCOOLICA/DEGERMANTE; ALCOOL)
<input type="checkbox"/> VERIFICAR IMPRESSOS NECESSÁRIOS PARA CIRURGIA (MAPA DE CONSUMO, FICHA DE CXS, FICHA DE ANESTESIA)



## IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

PACIENTE: <u>Rafael Araújo</u>		CONVÊNIO: <u>Particular</u>	
CIRCULANTE(S): <u>Patricie</u>		ENFERMEIRA: <u>Ana Lucia</u>	
		SALA: <u>1 2 3</u>	
COLOCAR: ETIQUETA DE ESTERILIZAÇÃO, NOME DA CAIXA E QUANTIDADE DE PEÇAS.			
<del>           EX P4 Evargio 31 PC Azul            3813/20            3814/20 Aliml e Vermelho         </del>			
<del>           Cateterismo 3 peças cardíacas            74-01-20            74-04-20 J. J. Mendes         </del>			
<del>           EX 3,5 DR. T. Ernesto e J. + Gallardo            3813/20 - 3814/20 Aliml         </del>			









Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 – JAGUARIBE – JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

PACIENTE: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

DATA DA ADMISSÃO: 19/01/2020

PRONTUÁRIO: 17084

### RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA MÉDICA: 19/01/2020

TIPO DE ALTA: MELHORADO

DIAGNOSTICO ADMISSIONAL:

FRATURA DE MONTEGGIA DE COTOVELO DIREITO

EVOLUÇÃO:

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO

Temístocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB: 1968 / REG. 15747 / RQE 5245

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

MELHORADO

ACOMPANHAMENTO:

AMBULATORIO DE DR TEMISTOCLES



# PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

Prescrição: 24311



Paciente: **RAFAEL TAVARES DE ARAUJO** Sexo: **MASCULINO** Dt Nasc: **29/05/1989 30A 7M 21D**  
 Data Solic.: **19/01/2020 09:33:44** Convênio: **PARTICULAR** Prescrição: **24311**  
 Prontuário: **17084** CPF: **084.044.484-26** CNS: **250750**  
 Endereço: **RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, N° 463 JOSE AMERICO DE ALMEIDA**  
 Prest. Presc: **TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7)**  
 Espec.: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** Prest. At: **TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7)** Cla. Risco: **ACERDAMENTO SEM ATENDIMENTO**

123

Dietas		Dose		Via		Frequência		Qtde		Total	
Item	Elem	Código	Descrição								
001	01	00000474	DIETA LIVRE								1

Medicações		Dose		Unid		Via		Frequência		Qtde		Total		Saída	
Item	Elem	Código	Descrição												
002	01	00000400	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1		FAM	EV	12/12	2					ESTOQ	2
003	01	00000045	DIPIRONA; 1g/2ML INJETAVEL	1		AMP	EV	06/06	4					ESTOQ	4
004	01	00000509	TENEXICAM; 40MG/ML AMPOLA INJETAVEL	1		AMP	EV	24/24	1					ESTOQ	1
005	01	00000071	METOCLOPRAMIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	1		AMP	EV	08/08	3					ESTOQ	3
006	01	00000008	(C) TRAMADOL; 100MG/2ML AMPOLA 2ML	1		AMP	EV	08/08	3					ESTOQ	3
007	01	00000044	DEXAMETASONA; 4MG/ML AMPOLA 2,5ML INJETAVEL	1		AMP	EV	24/24	1					ESTOQ	1

TEMISTOCLES DE A. R. FILHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM 75018 / TEO: 15747 / RQE: 9245

## Prescrição: 24311



~~Temisloides de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-48.768 / TECN. 15147 / RQE-5245~~

Dietas	Item	Elem	Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtde	Total
001	01	00000474	DIETA LIVRE					1	





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

### HISTÓRICO - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ADMISSÃO DO PACIENTE/ENFERMEIRO

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data Atend.: 19/07/2020 09:03 Prontuário: 17283  
Nome.....: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO Data Nasc.: 29/05/1989  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
Procedência: CASA  
INFORMAÇÕES COLHIDAS COM: ( ) PACIENTE ( ) ACOMPANHANTE

#### DADOS DO ATENDIMENTO

Médico.....: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO CRM: 7618  
Clínica.....: 1º ANDAR INTERNACAO Acomodação: 0123 Leito: 123-A  
Convênio....: PARTICULAR Tipo de Serviço: INTERNACAO CIRURGICA

#### ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) DIABETES ( ) RESPIRATÓRIA ( ) HIPERTENSÃO ( ) HEMATOLOGICAS ( ) ALERGIAS  
( ) CARDIOLÓGICAS ( ) DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA ( ) QUIMIOTERAPIA ( ) ETILISMO  
( ) ENDÓCRINAS ( ) HEMOTRANSEUSÃO ( ) NEUROLÓGICAS ( ) GASTRINTESTINAIS  
( ) OUTRAS DOENÇAS ( ) DESCONHECE

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

( ) DIABETES ( ) HIPERTENSÃO ( ) CARDIOPATIA ( ) OUTRAS

#### ASPECTO ECONOMICO, SOCIAL E RELIGIOSO:

MARITAL: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO COM FAMILIAR ( ) OUTRO

GRAU DE INSTRUÇÃO: ( ) NÃO ALFABETIZADO ( ) ENS. FUNDAMENTAL ( ) ENS. MEDIO

( ) ENS. SUPERIOR

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

#### MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

#### SINAIS VITAIS

MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	HORARIOS	PA	PULSO	FR	Tem	SAT%	GLICEMIA	DOR

#### HÁBITOS DE VIDA

SONO E REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) PREJUDICADO

TABAGISTA: ( ) SIM ( ) NÃO NÃO USUÁRIO HÁ \_\_\_\_\_ (ANOS/MESES)

ETILISTA: ( ) SIM ( ) NÃO NÃO USUÁRIO HÁ \_\_\_\_\_ (ANOS/MESES)

ATIVIDADE FÍSICA: \_\_\_\_\_





HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA  
Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 10:29



SAE: 3854

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

Data Atendimento: 19/01/2020 07:03:00

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Diagnóstico(s)

236	Dor aguda	CONFORTO FÍSICO	CONFORTO
45	Risco de constipação	FUNÇÃO GASTROINTESTINAL	ELIMINAÇÃO E TROCA
137	Ansiedade	RESPOSTAS DE ENFRENTAMENTO	ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO E

Condições Clínicas

Queixas/Histórico

07:10- PACIENTE ADMITIDO NA CLINICA CIRÚRGICA PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AO EXAME NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

07:30- PACIENTE ENCAMINHADO AO B.C JUNTO COM PRONTUÁRIOS.

09:40- RECEBO PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, AINDA SOB EFEITO ANESTESICO. AVP PÉRVIO E FUNCIONANTE, SEGUE SEM QUEIXAS E MEDICADO CPM.

Inspeção

ABDOMEM GLOBOSO

Ausculta

F ENÇA DE MÚRMURIOS VESICULARES SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

Palpação

INDOLOR

Percussão

Timpânico: como um tambor (viscera vazia)

Cinthya Naara Moraes da Silveira  
COREN-PA 589.680-ENF

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 12:08:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072912083012100000031364988>

Número do documento: 20072912083012100000031364988

Num. 32752205 - Pág. 28

# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 10:29



32965

SAE: 3854

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

Data Atendimento: 19/01/2020 07:03:00

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

### Nutrição

IMC: 0 Aceitação:

Via Nutr.:

Estado Nutricional:

- Magr. Grave < 16
- Saudável 18,5 a 25
- Obesid. Grau II 35 a 40
- Magr. Moderada 16 a 17
- Sobrepeso 25 a 30
- Obesid. Grau III > 40
- Magr. Leve 17 a 18,4
- Obesid. Grau I 30 a 35

### Sistema Motor/Membros

Movimentação: DEAMBULA

Hemiplegia: [ ] - Direita [ ] - Esquerda [X] - Não Aplicável

Hemiparesia: [ ] - Direita [ ] - Esquerda [X] - Não Aplicável

[ ] - Paraplegia [ ] - Tetraplegia [X] - Não Aplicável

[ ] - Tremores [ ] - Alterações na Marcha [ ] - Anasarca

### Membros Superiores

[ ] - Sensibil. e força motora preservada em todas extremidades

[ ] - Pulsos periféricos palpáveis [ ] - Edema

[ ] - Paresia [ ] - Amputações

[ ] - Plegia

Observações:

### Sistema Neurológico

#### Escala de Glasgow

Abertura Ocular 4 - ESPONTÂNEA  
Resposta Verbal 5 - ORIENTADO E CONVERSANDO  
Resposta Motora 6 - OBEDECE A COMANDOS

Resultado 15

Escala de dor: 0/12

Nível de Consciência: CONSCIENTE

Observações:

### Membros Inferiores

[X] - Sensibil. e força motora preservada em todas extremidades

[X] - Pulsos periféricos palpáveis [ ] - Edema

[ ] - Paresia [ ] - Amputações

[ ] - Plegia

Observações:

### Sistema Cardio-Respiratório

#### Tórax

Formato: ASSIMETRICO

Expansão: +++

Percussão:

[X] - Cicatrizes

[ ] - Abaulamento

Ausculta Cardíaca:

Murmúrios:

Ruídos:

[ ] - Lesões

[ ] - Retrações

#### Sistema Respiratório

Oxigenação: ESPONTANEO

Tipo Vent. Mecânica:

Frequência: EUPNEIA

Tipo de Respiração:

#### Frequência Cardíaca

NORMOCARDIO

#### Perfusão

NORMAL

#### Extremidades

AQUECIDAS

### Drogas Vasoativas

Faz Uso?: [ NÃO ]

Observações:

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br

Cintya Naara Morais da Silveira  
COREN-PB 589.680-FNF

# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 10:29



SAE: 3854

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

Data Atendimento: 19/01/2020 07:03:00

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Mamas	Mamilos
<b>Formato:</b> SIMETRICAS <input type="checkbox"/> - Dor a palpação <input type="checkbox"/> - Presença de nódulos palpáveis <input type="checkbox"/> - Secreção <b>Observações:</b>	<b>Direito:</b> PLANO <b>Esquerdo:</b> PLANO <b>Observações:</b>

Olhos
<b>Olhos:</b> NORMAL <input type="checkbox"/> - Usa Óculos <input type="checkbox"/> - Usa Lentes de Contato <b>Pupilas:</b> Reatividade: REACAO FOTOMOTORA POSITIVA <b>Formato:</b> <b>Simetria:</b> ISOCORICAS

Cabeça e Pescoço	
<b>Ouvidos</b> NORMAL	<b>Nariz</b> SEM ANORMALIDADES
<b>Boca</b> SEM ANORMALIDADES	<b>Pescoço</b> SEM ANORMALIDADES
<b>Observações:</b>	

Abdome	
<input type="checkbox"/> - Dor a palpação <b>Inspeção:</b> PLANO <b>Palpação:</b> RIGIDEZ DE PAREDE ABDOMINAL <b>Observações:</b>	<input type="checkbox"/> - Cicatrizes <input type="checkbox"/> - Estrias <input type="checkbox"/> - Herniações <b>Ruídos:</b> AUSENTE <b>Percussão:</b> MACICO

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br

Cintya Naara Moraes da Silveira  
COREN-PB 589.680. ENF



# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 10:29



32965

SAE: 3854

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

Data Atendimento: 19/01/2020 07:03:00

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Pele		Mucosa	
<b>Coloração:</b> CORADA <b>Umidade:</b> NORMAL  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> - Rubor  <input type="checkbox"/> - Manchas  <input type="checkbox"/> - Edema  <input type="checkbox"/> - Lesão por Pressão </div> <div> <input type="checkbox"/> - Lesões  <input type="checkbox"/> - Eritema  <input type="checkbox"/> - Petéquias </div> <div> <input type="checkbox"/> - Hematomas  <input type="checkbox"/> - Escoriações  <input type="checkbox"/> - Equimoses </div> </div> <b>Observações:</b>	<b>Coloração:</b> CORADA <b>Hidratação:</b> NORMAL  <b>Observações:</b>		

Eliminações	
<b>Geniturinário:</b> MICCAO ESPONTANEA <b>Alterações:</b>	<b>Evacuação:</b> PRESENTE <b>Alterações:</b>
<b>Observações:</b>	

Drenos e Cateteres	
<b>Data/Hora da Elaboração do SAE</b> 19/01/2020 10:14:09	<b>CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA</b> COREN 589680

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br

Cintya Naara Morais da Silveira  
COREN-PR 589680



HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA - HUNE  
Prescrição de Enfermagem

19/01/2020 10:28



24333

Prescrição: 24333

Atendimento: 2965

Leito: 123-A

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

IT.	Código	Descrição	Qtd.	FR.	Freq.	Total	Checagem
1	00000562	HGT E ANOTAR -	1	06/06	4		
2	00000561	AFERIR TEMPERATURA CORPORAL -	1	06/06	4		
3	00000560	AFERIR PRESSAO ARTERIAL E ANOTAR -	1	06/06	4		

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA  
COREN 589680

  
Cinthya Naara Morais da Silveira  
COREN-PR 589680 ENF



**HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA**  
**Sistematização da Assistência de Enfermagem**

19/01/2020



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

Data Atendimento: 19/01/2020 07:03:00

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

**Diagnóstico(s)**

**Condições Clínicas**

**Queixas/Histórico**

PACIENTE EM POI DE CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO, SAIU DE ALTA HOSPITALAR CONDUZIDO POR MAQUEIRO EM CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO POR FAMILIARES.

**Inspeção**

ABDOMEM GLOBOSO

**Ausculta**

PRESENÇA DE MÚRMURIOS VESICULARES SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

**Palpação**

INDOLOR

**Percussão**

timpanico: como um tambor (viscera vazia)

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 20:39:24

*Vanessa*  
VANESSA DA SILVA COSTA

COREN 281465

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 12:08:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072912083012100000031364988>

Número do documento: 20072912083012100000031364988



# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 20:39



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

Data Atendimento: 19/01/2020 07:03:00

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Nutrição		Sistema Neurológico	
<b>IMC:</b> 0 <b>Aceitação:</b> <b>Estado Nutricional:</b> • Magr. Grave < 16    • Saudável 18,5 a 25    • Obesid. Grau II 35 a 40 • Magr. Moderada 16 a 17    • Sobrepeso 25 a 30    • Obesid. Grau III > 40 • Magr. Leve 17 a 18,4    • Obesid. Grau I 30 a 35	<b>Via Nutr.:</b>	<b>Escala de Glasgow</b> Abertura Ocular    4 - ESPONTÂNEA Resposta Verbal    5 - ORIENTADO E CONVERSANDO Resposta Motora    6 - OBEDECE A COMANDOS <b>Resultado</b> 15	<b>Escala de dor:</b> 0/12 <b>Nível de Consciência:</b> CONSCIENTE <b>Observações:</b>
Sistema Motor/Membros		Membros Superiores	
<b>Movimentação:</b> DEAMBULA <b>Hemiplegia:</b> [ ] - Direita [ ] - Esquerda [X] - Não Aplicável <b>Hemiparesia:</b> [ ] - Direita [ ] - Esquerda [X] - Não Aplicável [ ] - Paraplegia [ ] - Tetraplegia [X] - Não Aplicável [ ] - Tremores [ ] - Alterações na Marcha [ ] - Anasarca		<b>Observações:</b>	
Membros Inferiores		Membros Superiores	
[X] - Sensibil. e força motora preservada em todas extremidades [ ] - Pulsos periféricos palpáveis [ ] - Edema [ ] - Paresia [ ] - Amputações <b>Observações:</b>		[X] - Sensibil. e força motora preservada em todas extremidades [X] - Pulsos periféricos palpáveis [ ] - Edema [ ] - Paresia [ ] - Amputações <b>Observações:</b>	
Sistema Cardíaco-Respiratório			
Tórax		Sistema Respiratório	
<b>Formato:</b> ASSIMETRICO <b>Expansão:</b> +++ <b>Percussão:</b> [X] - Cicatrizes [ ] - Abaulamento <b>Ausulta Cardíaca:</b>	<b>Murmúrios:</b> <b>Ruídos:</b> [ ] - Lesões [ ] - Retrações	<b>Oxigenação:</b> ESPONTANEO <b>Tipo Vent. Mecânica:</b> <b>Frequência:</b> EUPNEIA <b>Tipo de Respiração:</b>	
Perfusão		Frequência Cardíaca	
		NORMOCARDIO	
Extremidades		Drogas Vasoativas	
		<b>Faz Uso?:</b> [ NÃO ] <b>Observações:</b>	

Data/Hora da Elaboração do SAE  
19/01/2020 20:39:24

VANESSA DA SILVA COSTA  
COREN 281465

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br



**HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA**  
**Sistematização da Assistência de Enfermagem**

19/01/2020 20:44



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

Data Atendimento: 19/01/2020 07:03:00

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Mamas	Mamilos
<b>Formato:</b> SIMETRICAS <input type="checkbox"/> - Dor a palpação <input type="checkbox"/> - Presença de nódulos palpáveis <input type="checkbox"/> - Secreção  <b>Observações:</b>	<b>Direito:</b> PLANO <b>Esquerdo:</b> PLANO  <b>Observações:</b>

**Olhos**

**Olhos:** NORMAL

☐ - Usa Óculos

☐ - Usa Lentes de Contato

**Pupilas: Reatividade:** REACAO FOTOMOTORA POSITIVA

**Formato:**

**Simetria:** ISOCORICAS

**Cabeça e Pescoço**

Ouvidos	Nariz
NORMAL	SEM ANORMALIDADES
Boca	Pescoço
SEM ANORMALIDADES	SEM ANORMALIDADES

**Observações:**

**Abdome**

<input type="checkbox"/> - Dor a palpação	<input type="checkbox"/> - Cicatrizes	<input type="checkbox"/> - Estrias	<input type="checkbox"/> - Herniações
<b>Inspeção:</b> PLANO	<b>Ruídos:</b> AUSENTE		
<b>Palpação:</b> RIGIDEZ DE PAREDE ABDOMINAL	<b>Percussão:</b> MACIO		
<b>Observações:</b>			

**Data/Hora da Elaboração do SAE**

19/01/2020 20:39:24

**VANESSA DA SILVA COSTA**

COREN 281465

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 12:08:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072912083012100000031364988

Número do documento: 20072912083012100000031364988

HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA  
Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 20:4



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

Data Atendimento: 19/01/2020 07:03:00

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Pele		Mucosa	
Coloração: CORADA	Escala: +++ / ++++	Coloração: CORADA	Escala: ++ / ++++
Umidade: NORMAL		Hidratação: NORMAL	Escala: +++ / ++++
<input type="checkbox"/> - Rubor	<input type="checkbox"/> - Lesões	<input type="checkbox"/> - Hematomas	Observações:
<input type="checkbox"/> - Manchas	<input type="checkbox"/> - Eritema	<input type="checkbox"/> - Escoriações	
<input type="checkbox"/> - Edema	<input type="checkbox"/> - Petéquias	<input type="checkbox"/> - Equimoses	
<input type="checkbox"/> - Lesão por Pressão			
Observações:			

Eliminações	
Geniturinário: MICCAO ESPONTANEA	Evacuação: PRESENTE
Alterações:	Alterações:
Observações:	

Drenos e Cateteres	
Data/Hora da Elaboração do SAE 19/01/2020 20:39:24	VANESSA DA SILVA COSTA COREN 281465

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

NOME: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO  
Nº: 17084

PRONTUÁRIO: 17084

ATENDIMENTO: 32965  
LEITO: 123-A

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - DATA: 19/01/2020 HORA: 17:00

### RELATÓRIO TÉCNICO

HORA: 17:00

#### EVOLUÇÃO:

RECEBO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL, FEZ PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO, FRATURA DE COTOVELO, PROCEDIMENTO FOI REALIZADO PELA MANHÃ, PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE SEM QUEIXAS. MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Ana Caroline de Oliveira Silva  
Ass. Técnica e Carimbo



# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA - HUNE

Paciente: 32965 - RAFAEL TAVARES DE ARAUJO  
Início: 19/01/2020 13:00  
Fim: 19/01/2020 18:00

## Medidas Clínicas

PRESSAO ARTERIAL SISTOLICA: 111 mmHg Método: MANUAL Aparelho: esfingomanometro Observação: esfingomanometro	Medida do RN: N	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:54:00
PRESSAO ARTERIAL DIASTOLICA: 80 mmHg Método: MANUAL Aparelho: esfingomanometro Observação: esfingomanometro	Medida do RN: N	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:54:00
FREQUENCIA RESPIRATORIA: 13 FR Método: PODE SER VERIFICADO SENTADO / DEITADO SENDO PREFERENCIAL DEITADO Aparelho: MANUAL Observação: MANUAL	Medida do RN: N	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:54:42
SATURACAO: 91 SPO2% Método: UTILIZAÇÃO DE OXIMETRO Aparelho: OXIMETRO Observação: OXIMETRO	Medida do RN: N	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:54:42
FREQUENCIA CARDIACA: 69 FC Método: MANUAL Aparelho: OXIMETRO Observação: OXIMETRO	Medida do RN: N	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:56:45

Wareline Tecnologia em Saúde - (19) 3797-0600 - www.wareline.com.br



## Espelho de Saída para Paciente

tipo Mov: Sai S-P P2 Num Mov: 135973 T.Doc.: 03-PRESCRICAO MANUAL Num.Doc: Data Mov: 19/01/2020 09:37  
C.Origem: 000230-CENTRO CI C.C.Destino: 000230-CENTRO CI Operador: 000089-LUCAS Médico: 001037-TEMISTOCLES DE ALM  
and: I-32965 Prontuário: 17084 Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO Convênio: PAR Leito: 123-A

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	NOME COMERCIAL	QTD	UNI	LOTE	VALIDADE
1	00000074	LIDOCAINA 2% AMP. 20ML IV S/ VASO	XYLOCAINA	1,000000	AMP	19070870	31/07/2021
2	00000413	LIDOCAINA 2% AMPOLA 20ML IV C/ VAS	XYLOCAINA	1,000000	AMP	18060599	03/06/2020
3	00000044	DEXAMETASONA; 4MG/ML AMPOLA 2,5ML	DEXADOR	1,000000	AMP	DX19E076	30/05/2021
4	00000046	DIPIRONA; 1G/2ML INJETAVEL	DIPIRONA	2,000000	AMP	26583959	31/05/2021
5	00000070	LEVOBOPIVACAINA 5MG/ML IV 20ML C/	NOVASUPI	1,000000	AMP	19040511	30/10/2020
6	00000030	CLONIDINA; 150MCG/ML AMPOLA 1ML IN	CLONIDIN	1,000000	AMP	18070017	30/07/2020
7	00000085	TENOXCAM; 20MG/ML AMPOLA INJETAVE	TENOXCAM	2,000000	AMP	1932157	30/07/2021
8	00000034	CEFAZOLINA; 1G	KEFAZOL	2,000000	AMP	008676	30/04/2021
9	00001358	ONDANSETRONA; 8MG/4ML INJ.	NAUSEDRON	1,000000	AMP	19060529	30/06/2021
10	00000096	AGUA DESTILADA; AMPOLA 10ML INJETA	AGUA PARA INJECAO	4,000000	AMP	19E8524C	30/05/2021
11	00000340	FIO NYLON 2-0 3/8 C/AG 3,0CM CUT.		1,000000	UNI	4190812	15/02/2024
12	00002068	FIO ACIDO POLIGLICOLICO 1 C/AG 40M		1,000000	UNI	9191548	02/04/2024
13	00000410	SORO RINGER C/ LACTATO 500 ML	SOLUCAO RINGER C/ LA	2,000000	FAM		
14	00000400	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML		1,000000	FAM		
15	00000169	CAMPO OPERATORIO 25X28 COM FIO RX		5,000000	PCT	0992	04/08/2024
16	00000222	COMPRESSA GAZE 7,5 X 7,5		8,000000	PCT	033-1	31/03/2023
17	0000229	LATEX 2M		1,000000	UNI	1900017452	30/04/2021
18	0000192	EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR LATE		1,000000	UNI	-71319061	30/06/2024
19	00000233	LUVA ESTERIL 7,0 COM PO		1,000000	UNI	200619	19/06/2024
20	00000234	LUVA ESTERIL 7,5 COM PO		2,000000	UNI	200619	19/06/2024
21	00000235	LUVA ESTERIL 8,0 COM PO		2,000000	UNI	200619	19/06/2024
22	00000275	TRANSFIX (TRANSFERIDOR DE EQUIPO)		1,000000	UNI	51228	02/06/2023
23	00000177	CATETER PARA OXIGENIO OCULOS ESTER		1,000000	UNI	43789	30/06/2022
24	00000159	AGULHA DESCARTAVEL 40X12		1,000000	UNI	SAGAAA066G	31/03/2024
25	00000225	LAMINA DE BISTURI N11		2,000000	UNI	17429	01/11/2022
26	00000228	LAMINA DE BISTURI N24		1,000000	UNI	17429	30/11/2022
27	00000226	LAMINA DE BISTURI N15		1,000000	UNI	17429	01/11/2022
28	00000174	CATETER INTRAVENOSO 20G		1,000000	UNI	8355938	30/12/2023
29	00000176	CATETER INTRAVENOSO 24G		1,000000	UNI	758381	30/06/2023
30	00000247	SERINGA 3ML C/ AGULHA SLIP BICO		1,000000	UNI		
31	00000246	SERINGA 10ML COM AGULHA SLIP BICO		2,000000	UNI		
32	00000243	SERINGA 20ML SLIP C/ AGULHA BICO		1,000000	UNI		







PACIENTE: Rafael Favares de Araújo	CIRURGIÃO: Dr. Fernando de Azevedo	ANESTESISTA: Dr. Sergio
CIRURGIANTE: G. B. Card	AUXILIAR 01:	AUXILIAR 02:
INSTRUMENTADOR: G. B. Card	AUXILIAR 03:	CONVÊNIO: Particular
DATA: 19.01.2020	SALA: 02	HORÁRIO ANESTESIA: 8:00
CIRURGIÃO: Fratura do Cotovelo	ANESTESIA: Bloqueio	INÍCIO CIRURGIA: 8:40
		TÉRMINO CIRURGIA: 09:50
		GARANTE: 8:28

PSICOTRÓPICO ANESTESIA GERAL				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
ISOFLURANO		TRAMAL 50 MG		
FENTANIL 10 ML	1	PROPOFOL		
MIDAZOLAN 10 ML	1	FLUMAZENIL		
ETOMIDATO		REMIFENTANIL		
MORFINA 10 MG		NARCAN		

PSICOTRÓPICO ANESTESIA PERIDURAL				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
FENTANIL 2 ML		PROPOFOL		
MIDAZOLAN 2 ML		CLONIDINA		
TRAMAL 50 MG		NOVABUPRIVACAÍNA c/ VASO		

PSICOTRÓPICO ANESTESIA RAQUE				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
NEOCAÍNA PESADA		MORFINA 0.2 MG		
FENTANIL 2 ML		TRAMAL 50 MG		
MIDAZOLAN 2 ML		PROPOFOL		

ENXOVAL				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
CAMPO P	4	CAMPOS DUPOS	2	
CAMPO G	4	CAPOTE	2	

GASES MEDICINAIS				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
AR COMPRIMIDO (AR)		DIOXÍDEO DE CARBONO		
NITROGÊNIO (N)		OXIGÊNIO SOB CATETER NASAL		

MATERIAL DE SALA				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
DETERGENTE ENZIMÁTICO		GORRO DESCARTÁVEL	4	
ESCOVA DE DEGERMAÇÃO	2	BENJON		
ESPARADRAPO		MÁSCARA DESCARTÁVEL	4	
PVPÍ TÓPICO		CLOREXIDINA ALCOOLICA		
PVPÍ DEGERMANTE		CLOREXIDINA DEGERMANTE		

EQUIPAMENTOS				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
ASPIRADOR		BOMBA DE INFUSÃO		
BISTURI ELÉTRICO		BOMBA INJETOR		
BOMBA DE INFUSÃO		BOMBA DE CEC		

DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
LARINGOSCÓPIO		MONITOR CARDÍACO		
OXÍMETRO DE PULSO				



LAUDO MÉDICO

Nome: O paciente ISRAEL TORRES  
DE SIABO, foi vítima de  
ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA  
16/01/2020, FOI SOLICITADO  
PELO SANGRE P/ O ORTO MANO  
MANGABANA E HOSPITAL DE  
TRAMA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO  
COM FRATURA COMPLETA DE COTULHO  
①, FOI SUBSTITUÍDO A TROCA DO  
NO HOSPITAL DE TRAMA (HUT),  
NO DIA 19/01/2020, COM FIXAÇÃO  
DE FRATURA POR PLACA E PARAFUSOS  
EVOLUINDO COM COMOLIDAÇÃO E

MATRIZ São Lima da Costa  
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro  
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

06/02/2020

Temístocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB: 7618 / TEMA: 7074 / TEMA: 5245



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200094275 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL TAVARES DE ARAUJO **Data do acidente:** 16/01/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OLÉCRANO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.3). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Rafael TAVARES DE ARAUJO, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Assist. Comercial, residente e domiciliado à Rua Alameda F. Costa Duarte nº 463, bairro José Américo, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58074-016, portador(a) do Rg nº 3231092, SSP/PB e CPF nº 084.044.484-26

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Alameda F. Costa Duarte nº 457, bairro Sumaré, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58096-384, portador (a) do RG nº 1054562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Rafael TAVARES DE ARAUJO, ocorrido em 16/01/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imaterial.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 06 de Janeiro de 2020.

Rafael TAVARES DE ARAUJO  
Outorgante  
CPF nº 084.044.484-26

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

2º OFÍCIO DE NOTAS  
Bul. Romulo Vieira Batista, 1000  
Bairro: São José, CEP: 58074-016, João Pessoa - PB

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-006964

Reconheço por autenticidade a firma de:  
RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Doc. tv. em testemunho de verdade: João Pessoa - PB, 06/02/2020 18:27:24  
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 IRR: R\$ 0,51  
SELO DIGITAL: AJS87986427  
Confira a autenticidade em <https://seledigital.tpb.jus.br>

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

SERVIÇO NOTARIAL  
2º Ofício  
VIEIRA BATISTA



## Mauricio Imparato

---

**De:** Mauricio Imparato  
**Enviado em:** segunda-feira, 20 de abril de 2020 11:22  
**Para:** 'sinistro.dpvat@portoseguro.com.br'; 'paulocesar.imelk@azulseguros.com.br'; 'vanessa.arruda@portoseguro.com.br'; 'sinistro.dpvat@azulseguros.com.br'; 'grazielle.sousa@portoseguro.com.br'  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA  
**Anexos:** Lista Projeto Movimentação remota - Azul Seguros.xlsx

Prezados, bom dia!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Abraços,

**Mauricio Imparato**

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica

[mauricio.imparato@seguradoralider.com.br](mailto:mauricio.imparato@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598

Cel. 55 21 98223-8789



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



Rua da Assembléia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.  
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRISÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
 JOSE EDUARDO DA SILVA

**DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSÃO**  
 1084562 SSP PB

**CPF**  
 455.536.024-91

**DATA NASCIMENTO**  
 02/04/1967

**USUAÇÃO**  
 JOSEFA GERVASIO DA SILVA

**PROFISSÃO**  
 0000000000

**SEXO**  
 M


**ESPOSA**  
 0000000000

**Nº REGISTRO**  
 00724153102

**VALIDADE**  
 10/11/2019


**1ª EMISSÃO**  
 06/04/1989

**COMENTÁRIOS**  
 A :

**ASSINATURA DO PORTADOR**  


**VICIA**  
 JOAO PEREIRA, PD

**DATA EMISSÃO**  
 11/11/2014

**ASSINATURA DO EMISSOR**  


**60378988469**  
**PD029548609**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1009001575**



Num. 32752205 - Pág. 47



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-2596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-82-89 | SAC (para eficiência auditiva e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ: 458.536.024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rafael Tavares de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.044.484 / 26

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Rafael Tavares de Araujo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.044.484 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Raciocínio: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	
Cidade:	<u>Maracá</u>	Estado:	<u>PA</u>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:	<u>joao.pessoa</u>			tel.(DDD):	<u>(83) 91866-34900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020

Assinatura do Declarante

