



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	<u>2736877_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, N° 919 – JAGUARIBE – JOÃO PESSOA PB

NOVA ESPERANÇA

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data Atend.:	19/01/2020 07:33	Frontuário:	17084	Nº Internação:	32965
Nome.....:	RAFAEL TAVARES DE ARAUJO	Sexo:	MASCULINO	Cor:	
Idade....:	30	CPF.....:	044.044.484-76	RG:	3234092
Ender...:	MARTA DE LIMA DES. PESSOA	Nº.:	463	CNS:	
Município.:	JOÃO PESSOA	Estado:		Bairro:	JOÃO AMÉRICO DE ALME
Fone.....:	84491077/84491077	CEP:	58070-000		
Nome da Mãe:	GESELI TAVARES DE ARAUJO				
DAD DO ATENDIMENTO					
Méd.:	TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO	CRM:	7618		
Cl.:	1º ANO - INTERN	Acomodação:	APARTAMENTO PRIVATIVO	Leito:	123-A
Co.:	PART. LAR				
OU R\$ DADOS					
N.º Indígena:		Etnia:			
da Tribo:		Localização:			
SESS.:		PAJÉ:			

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

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

01. O hospital prestará atendimento médico-quirúrgico ao paciente, de acordo com a sua demanda, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que é autorizada, neste ato, a realizar todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos, incluindo, se necessário, exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e, assim, todos os atos necessários ao perfeito atendimento.

02. A aprovação do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que será 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.

03. 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.

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

05. Autorizo a realização para ocorrência de procedimentos anestésicos, sedativos, medicina eletroterapêutica.

06. Recebi todas as informações quanto à anestesia/sedação a que será submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas condições pessoais.

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

08. Estou ciente de que o hospital não é responsável por objetos e valores do paciente e acompanhante.

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

10. O hospital reconhece que o médico é responsável pela condução do tratamento ministrado ao paciente, sendo a atuação do seu corpo clínico subordinada às diretrizes fixadas 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 internações, 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 de finanças 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 "o todo valor excedente e não autorizado.

16. Comprometo-me/ 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 vencidos diretamente ao paciente e/ou responsável.

19. Fico ciente já 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 disponíveis 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 me é dada a oportunidade de questões que julgo importantes.

João Pessoa, 19/01/2020

Rafael Tavares de Araújo
PACIENTE/RESPONSÁVEL



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP 58.015-070 - CNPJ 29.121.654/0001-67PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTENDIMEDO

MATRÍCULA

71011765

36558146

082/7619

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Exterior	
001 078-156 0012 000	000	1	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
151107716	12/06/2014	EXT. LACR. LIGADO	POTENCIAL				

INTERIOR 1 ATUAL 1 CONSUMO (R\$) 1 NÚM DE DIAS 1 PRÓXIMA LEITURA

362 373 6 30 17/01/2020

HIST. CONSUMO ANEXO 1 LEITURA QUALID. ÁGUA ANEXO 29 PORT. 05-2017 P/

NOV/2019 4 PARÂMETROS EXIG. ANÁLIS. CONF/DET

OUT/2019 4 TURBIDEZ 268 282 279

SET/2019 5 CLORO 268 239 236

NOV/2019 5 COL. T. B. B. 0 0 0

DEZ/2019 7 COR 73 145 139

JAN/2020 4 COL. TOTais 268 283 274

MEDIDA(O) 4 DADOS REFERENTES A: OUT/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 14/12/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 15:10:24

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA 6,86 37,91

ESGOTO

17/01/2020 CONSUMO (R\$) 37,91 P/ S/ PIS E COFINS. IFT 1/2 745/12

VENCIMENTO: 05/01/2020 Total a Pagar: R\$ 37,91



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO LITRAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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



MATRÍCULA	VALOR FRENTE	VALOR LIQUIDO	TOTAL A PAGAR
71011765	08/12/2019	05/01/2020	R\$ 37,91

82650880060 2 37519813091 3 07101176501 4 12201936003 9



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documentatie voor vrije keur.

REFERENCES AND NOTES

Este documento não é assinado por este usuário. Pode ser assinado por: **WILSON GOMES** - Nº 037-541-380

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 235, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-600
CNPJ 14.946.155/0007-45 - Inscrição Est. 14.945.628-4

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

Acesso: 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				
Nossa-Número	Nº 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				



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 12:06:33
<http://pie.tibb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007291208301210000031364988>

Número do documento: 20072912083012100000031364988

Núm. 32752205 - Pág. 4



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A I B A

**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 Gouveia 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 Assitente 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 BOMPREÇO 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 BOMPREÇO, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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



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. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

084.044.484-26 Rafael Tavares de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Rafael Tavares de Araújo

6 - CPF:

084.044.484-26

7 - Profissão:

Recluso

8 - Endereço:

R-062 de Lourdes Pessoa

9 - Número:

463

10 - Complemento:

Jose América

12 - Idade:

1996 Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58074-076

15 - E-mail:

(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:

RECLUSO/INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,01 ATÉ 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 (Sómede para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Tous os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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.

Faço motivo assinalado, solicito e preseguo a ação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, devo, já, com me submeter à avaliação médica específica da Seguradora Líder para verificação da existência e a quantificação das lesões, bem como decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 21, § 1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica cuja renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFA-BETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo

24 - Círculo de亲 de 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:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nascituro(s) falecido(s)?

Sim

Não

31 - Vítima:

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou

Sim

34 - pais/avós vivos?

Não

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

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

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

37 - (*) Assinatura de: ... em assinou o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

084.044.484-26 Rafael Tavares de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Rafael Tavares de Araújo

6 - CPF:

084.044.484-26

7 - Profissão:

Recluse

8 - Endereço:

R-062 de Lourdes Pessoa

9 - Número:

463

10 - Complemento:

Jose Américo

12 - Idade:

10 anos

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58074-076

15 - E-mail:

(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:

RECLUSE INFORMAR

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,01 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 (Semele para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Tome os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0159 8

CONTA: 00153 12 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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.

Faço motivo assinalado, solicito e preseguo a ação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, devidamente, com me submeter à avaliação médica e clínica da Seguradora Líder para verificação da existência e a quantificação das lesões, bem como decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 21, § 1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica cuja renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Círculo de亲 de 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:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Vítima

35 - Vítima

36 - Vítima

37 - Vítima

38 - Vítima

39 - Vítima

40 - Vítima

41 - Vítima

42 - Vítima

43 - Vítima

44 - Vítima

45 - Vítima

46 - Vítima

47 - Vítima

48 - Vítima

49 - Vítima

50 - Vítima

51 - Vítima

52 - Vítima

53 - Vítima

54 - Vítima

55 - Vítima

56 - Vítima

57 - Vítima

58 - Vítima

59 - Vítima

60 - Vítima

61 - Vítima

62 - Vítima

63 - Vítima

64 - Vítima

65 - Vítima

66 - Vítima

67 - Vítima

68 - Vítima

69 - Vítima

70 - Vítima

71 - Vítima

72 - Vítima

73 - Vítima

74 - Vítima

75 - Vítima

76 - Vítima

77 - Vítima

78 - Vítima

79 - Vítima

80 - Vítima

81 - Vítima

82 - Vítima

83 - Vítima

84 - Vítima

85 - Vítima

86 - Vítima

87 - Vítima

88 - Vítima

89 - Vítima

90 - Vítima

91 - Vítima

92 - Vítima

93 - Vítima

94 - Vítima

95 - Vítima

96 - Vítima

97 - Vítima

98 - Vítima

99 - Vítima

100 - Vítima

101 - Vítima

102 - Vítima

103 - Vítima

104 - Vítima

105 - Vítima

106 - Vítima

107 - Vítima

108 - Vítima

109 - Vítima

110 - Vítima

111 - Vítima

112 - Vítima

113 - Vítima

114 - Vítima

115 - Vítima

116 - Vítima

117 - Vítima

118 - Vítima

119 - Vítima

120 - Vítima

121 - Vítima

122 - Vítima

123 - Vítima

124 - Vítima

125 - Vítima

126 - Vítima

127 - Vítima

128 - Vítima

129 - Vítima

130 - Vítima

131 - Vítima

132 - Vítima

133 - Vítima

134 - Vítima

135 - Vítima

136 - Vítima

137 - Vítima

138 - Vítima

139 - Vítima

140 - Vítima

141 - Vítima

142 - Vítima

143 - Vítima

144 - Vítima

145 - Vítima

146 - Vítima

147 - Vítima

148 - Vítima

149 - Vítima

150 - Vítima

151 - Vítima

152 - Vítima

153 - Vítima

154 - Vítima

155 - Vítima

156 - Vítima

157 - Vítima

158 - Vítima

159 - Vítima

160 - Vítima

161 - Vítima

162 - Vítima

163 - Vítima

164 - Vítima

165 - Vítima

166 - Vítima

167 - Vítima

168 - Vítima

169 - Vítima

170 - Vítima

171 - Vítima

172 - Vítima

173 - Vítima

174 - Vítima

175 - Vítima

176 - Vítima

177 - Vítima

178 - Vítima

179 - Vítima

180 - Vítima

181 - Vítima

182 - Vítima

183 - Vítima

184 - Vítima

185 - Vítima

186 - Vítima

187 - Vítima

188 - Vítima

189 - Vítima

190 - Vítima

191 - Vítima

192 - Vítima

193 - Vítima

194 - Vítima

195 - Vítima

196 - Vítima

197 - Vítima

198 - Vítima

199 - Vítima

200 - Vítima



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, contados 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Pag. 00077/00078 - carta_15R - INVALIDEZ



00030039

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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:

Documentação médico-hospitalar	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.

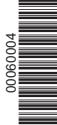
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 000007/00008 - carta_03 - INVALIDEZ



00060004

Carta nº 15579423



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. 10

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

BRADESCO30042020050000000002370215900000015318168750 PAGO



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. 11



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 Araujo

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 Araujo

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. _____ sem alta hospitalar.

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

João Pessoa, _____
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, 19/01/20
Responsável: Rafael Tavares de Araujo

Assinatura do

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

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 aprendizado, de forma que serei atendido(a) por
MÉDICOS, ACOMPANHADO DE ALUNOS, estes último com a devida supervisão Gaqueles.

JOÃO PESSOA/PB 19/01/2020

Rafael Tavares de Araujo
ASSINATURA



DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

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 CIRÚRGICO DE FRATURA DE OLECRANO ESQ

DESCRÍÇÃO

PCT EM DDH SOB ANESTESIA
ANTISSEPSIA + CAMPOS CIRÚRGICOS
INCISÃO
REMOVEDOR DA FRATURA
FI. NÃO COMP PLACAS E PARAFUSOS
CURATIVO
TALA

Temistocles da A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 7618 / TECI 374 / RQE 5245

JOÃO PESSOA, 19 de janeiro de 2020

MÉDICO RESPONSÁVEL: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

BOLETIM OPERATÓRIO ENFERMAGEM

NOME PECIENTE: 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 SAIDA: 10:00

CIRURGIÃO: TEMISTOCLES DE ALMEI

EVOLUÇÃO E DESCRIÇÃO

ANTES DA CIRURGIA

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

DEPOIS DA CIRURGIA

Frequência Cardiaca: 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 Lucia
488885
corre





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



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. 16

MAPA DE CONSUMO

Paciente: <i>Rafael Favreiro de Carvalho</i>	Cirurgião: <i>Dr. Henrique de Carvalho</i>
Convênio: <i>Particular</i>	Data: <i>18/10/2020</i>
Anestesia: <i>Bloqueio</i>	Sala: <i>(1) (2) (3)</i>
Cirurgia: <i>Fratura do Cotovelo</i>	Anestesista: <i>Dr. Sergio</i>
Circulante: <i>Particular</i>	Instrumentador: <i>G. Lizard</i>

HORÁRIOS	Anestesia: <i>8:00</i>	Cirurgia: <i>8:40</i>	Termino: <i>9:50</i>
-----------------	------------------------	-----------------------	----------------------

	Utiliz.		Utiliz.		Utiliz.		
Adrenalina 1ml		Agua Destilada 10 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Lidocaina 2% com vaso	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Atropina 0,25mg		Aguilha desc 13X4,5G			Perfusor set		
Aminofilina 240mg/10ml		Aguilha desc 25X7G			Sonda foley 18 (2 vias)		
Amiodarona 150mg/3ml		Aguilha desc 40X12G	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Pericárdio Bovino		
Bicarbonato de Sódio 8,4% 10ml		Aguilha Raqui 22			Reservatório de Cardioplegia		
Bicarbonato de Sódio 8,4% 250ml		Aguilha Raqui 25			Sist. Drenagem mediastinal nº		
Cefazolina 1g	<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha Peri 16			Sistema de Cardioplegia		
Cloreto de Potássio	<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha Peri 17			Sist. Auto hemotransfusão		
Cloreto Mg		Azul de etileno			Shunt nº 1,5/ 1,75/ 2,0		
Clonidina <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atadura Grande			Seringa desc 1ml		
nina / ketamin		Bomba Centrifuga			Seringa desc 3ml	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Cefatolina 1g		Capa de VDL			Seringa desc 5ml		
Dexametasona 4mg	<input checked="" type="checkbox"/>	Campo Operatório (Compressas)	<input checked="" type="checkbox"/>	5	Seringa desc 10ml	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Dimorf 10mg		Cánuña de perfusão coronária			Seringa desc 20ml	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Dipirona sódica 500mg/ml	<input checked="" type="checkbox"/>	Cateter tipo oculos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Seringa desc 60ml		
Dobutamina 250mg/20ml		Coletor List. Fechado			Sonda aspiração 14	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dopamina 50mg/10ml		Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/>	5	Sonda aspiração 16		
Dormonid 5mg/3ml		Equipo macrogotas	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Sonda uretral 6		
Efedrina 50 mg/ml		Equipo de BIC			Sonda uretral 8		
Etomidato 2mg/ml 10ml		Equipo de BIC Foto			Sonda uretral 10		
Fentanil 0,5mg/ml 10 ml		Equipo de Hemotransfusão			Sonda uretral 12		
Flumazenil 1mg		Estabilizador tecidual			Sonda nasogástrica longa 18		
Furosemida 20mg/2ml		Extensor fix			Sonda nasogástrica longa 20		
Glucanato de cálcio 10% 10ml		Fita hospitalar			Sonda foley 12 (2 vias)		
Heparina 5000 UI/ml 5ml		Filtro + traqueia			Sonda foley 14 (2 vias)		
Hidrocortisona 500mg		Filtro de Cardioplegia			Soro fisiológico 0,9% 500ml		
Isoferano 250/100 ml		Filtro de linha arterial			Soro glicosado 5% 500ml		
Lidocaina 2% S/V 20 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	Filtro de sangue para recirculação			Soro ringer lactato 500ml	<input checked="" type="checkbox"/>	2
cloropramida/Plasil	<input checked="" type="checkbox"/>	Glicose 50%			Sol. Manitol		
Monocordil/ Iossorbida		Hemoconcentrador			Sonda foley 16 (2 vias)		
Metoprolol / Seloken		Introdutor cateter femoral F4			Torneirinha 3 vias		
Ondansetrona/ Nauseodon 4mg	<input checked="" type="checkbox"/>	Introdutor cateter femural F4			Transofix	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Neostigmina		Jelco 14G			Tubo aspiração - Latex	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Neocaina pesada/ bupivacaina		Jelco 16G			Tubo endotraqueal 7,0		
Noradrenalin 4mg/4ml		Jelco 18G			Tubo endotraqueal 7,5		
Novabupi 0,5% c/v 20 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	Jelco 20G	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Tubo endotraqueal 8,0	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nitroprussiato de sódio 50mg/ml /		Jelco 22G	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Tubo endotraqueal 8,5		
Niprid		Lâmina bisturi 11	<input checked="" type="checkbox"/>	2	Tubo de Dracon		
Papaverina		Lâmina bisturi 15	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Tubo valvado		
Prometuzina		Lâmina bisturi 23			Tridil		
Protamina 5000 UI/5ml		Lâmina bisturi 24	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Válvula mecânica mitral nº		
Pancurônio		Luva de procedimento (par)			Válvula mecânica aórtica nº		
Propofol		Luva 6,5			Válvula bio mitral		
Quelcinc		Luva 7,0	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Válvula bio aórtico		
Ranitidina		Luva 7,5	<input checked="" type="checkbox"/>	2			
Rocurônio		Luva 8,0	<input checked="" type="checkbox"/>	2			
Solução Cardioplégica		Luva 8,5					
Tenoxicam 20mg	<input checked="" type="checkbox"/>	Lidocaina Geleia					
Transamin	<input checked="" type="checkbox"/>						
Tramal 50mg							
Xylocaina 2% 10ml s/v							

	Utiliz
Detergente Enzimático	
Escova de degermação	
Espadrinho	
GORRO DESCARTÁVEL	8
Gaze pacote	
Máscara descartável	
Micropore	
Sapatinha descartável	

	Utiliz
GAZES MEDICINAIS	
Ar comprimido (Ar)	
Nitrogênio (N)	
Dióxido de Carbono (C20)	
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	

	Utiliz
EQUIPAMENTOS	
Desfibrilador	
Laringoscópio	
Monitor cardíaco	
Marcapasso	
Oxímetro de pulso	

ÓRTESES E PRÓTESES	Utiliz
Bomba centrifuga	
Cámla 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 cardiotomia	
Sistema Auto hemotransfusão	
Sistema drenagem mediastinal n°	
Sistema de Cardioplegia	
Shunt n° 1,5 / 1,75 / 2,0	
Tubo Valvado	
Tubo de Dracon	
Válvula mecânica mitral n°	
Válvula mecânica aórtica n°	
Válvula biológica mitral	
Válvula biológica Aorta	

FIOS	Utiliz
Mersilene	
Prolene	
Polyester	
Polyester	
Polyester	
Polycryl	
Polycryl	
Polycryl	
Polycryl	
Seda 0 c/r	
Seda 3,0	
Vicryl/De	

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 Cardiaca	
Fio de marcapasso	
Fio de aço 5	
Mononylon 0 ag 3cm 3/8	
Mononylon 2,0 ag 3cm 3/8	1
Mononylon 3,0 ag 3cm 3/8	
Mononylon 4,0 ag 2cm 3/8 incolor	
Mononylon 4,0 ag 2cm 3/8 Preto	

EQ	Utiliz
Aspirador	
Bisturi elc	
Bomba de	
Bomba inf	
Bomba de	
BIA - Bal	
Capnógraf	



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM TRANSOPERATÓRIA

PACIENTE	Rafael Levaro de Araujo		CONÍCIO	MUNICÍPIO DE VENDE			
CRM/CREME	Ana Lúcia		SALA	A B C D E			
DATA:	CIRURGIA REALIZADA	HORA CHEGADA C/C	HORA SAÍDA S.O.	DESTINO			
19/01/2020	Fratura do Cotovelo	7:50		AP1º			
Dados da Cirurgia:							
<input type="checkbox"/> PAC. AMBULATORIAL <input checked="" type="checkbox"/> CIR. ELETIVA <input type="checkbox"/> CIR. URGÊNCIA <input type="checkbox"/> POTENC. CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CIR. LIMPA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA							
1-Equipe cirúrgica:							
CRM/CREME	1º AUXILIAR	2º AUXILIAR					
Dr. Remídio Soárez	Gilard		Inicio da Anestesia:	9:00			
ANESTESIOLOGISTA	Dr. Sergio		Termino da Anestesia:	9:50			
2-Tipo de Anestesia:							
<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> RAQUI <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> PLEXO <input type="checkbox"/> TUDO ENDOT. N° _____ <input type="checkbox"/> S/CUFF <input type="checkbox"/> C/CUFF FIO GUIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> GUEDELL N° _____ <input type="checkbox"/> FIXAÇÃO <input type="checkbox"/> PROTEÇÃO OCULAR <input type="checkbox"/> COLÍRIO <input type="checkbox"/> POMADA							
3-Condições Gerais do paciente no início da cirurgia:							
<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> ENTUBADO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ADORNO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PRÓTESE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO							
4-Sinais Vitais:							
H	A	PA	PULSO	FC	FR	SPO2	T°
1-	8:30	159,94		83	22	99	
2-	9:00	158x77		83	22	100	
3-							
5- Posição operatória:							
<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA <input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG <input type="checkbox"/> PROCLIVE <input type="checkbox"/> PROCTOLÓGICA							
6- Cateteres e Drenos:							
<input type="checkbox"/> ACESSO CENTRAL SNG N° _____ <input checked="" type="checkbox"/> ACESSO PERIFÉRICO MS: <u>esquerdo</u> <input type="checkbox"/> ACESSO ARTERIAL(PAM) _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> DRENO TÓRAX <input type="checkbox"/> DRENO SUCÇÃO <input type="checkbox"/> PEN ROSE N° _____ <input type="checkbox"/> SVD N° _____ <input type="checkbox"/> ANTISÉPTICO UTILIZADO _____ BALÃO INSUFLADO COM _____ ML ASPECTO: PASSADO POR:							
7- Coxim							
<input checked="" type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> COLINA CERVICAL <input type="checkbox"/> COLUNA LOMBAR <input type="checkbox"/> OMBRO <input type="checkbox"/> TORAX <input type="checkbox"/> OUTROS _____							
8- Bisturi Elétrico:							
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LOCAL DA PLACA: <input type="checkbox"/> PANTURRILHA <input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> QUADRIL							
9- Serviços requisitados:							
<input type="checkbox"/> BANCO DE SANGUE <input type="checkbox"/> RADIOLÓGIA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO							
10- Exames realizados:							
<input type="checkbox"/> EMOGRAMA <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GASOMETRIA <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO							
11- Intercorrências:							
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RELATE:							
Uso de hemocomponentes: - plasma; - c. de hemácias; - plaquetas.							
12- Peças para Anatomopatológico							
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FORMOL <input type="checkbox"/> SF 0,9% LOTE: _____ VAL: _____ TOPOGRAFIA: LATERALIDADE: _____ ENCAMINHADA PARA: _____							
13- Ao final da cirurgia:							
CURATIVO: <input checked="" type="checkbox"/> OCCLUSIVO <input type="checkbox"/> SEMI-OCCLUSIVO <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> DESCOBERTO <input type="checkbox"/> TAMPÃO							
14- Transferência do Paciente:							
<input type="checkbox"/> SANGRAMENTO IMEDIATO <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> REAÇÃO ANAFILÁTICA <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> ECHOQUE ANAFILÁTICO DESTINO DO PACIENTE: <u>Nº APTO 123</u> <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> 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		
IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	
<p>Paciente confirmou</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identidade</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Consentimento informado cirurgia e anestesia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Jejum</p> <ul style="list-style-type: none"> > <input checked="" type="checkbox"/> Sítio demarcado > <input checked="" type="checkbox"/> Avaliação pré anestésica <p>> O paciente possui: Alergia conhecida?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>> Via aérea difícil/Risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e equipamento/Assistência disponíveis</p> <p>> Confirmar reservas</p> <p><input type="checkbox"/> UTI</p> <p><input type="checkbox"/> Hemoderivados</p> <p>> Checagem equipamentos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorização</p> <p><input type="checkbox"/> Suporte de oxigênio</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirador</p> <p><input type="checkbox"/> Bisturi elétrico(Placa)</p> <p>> Acesso venoso</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Periférico</p> <p><input type="checkbox"/> ACV</p>	<p>CONFIRMAÇÃO</p> <p>> Confirmar se equipe completa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião</p> <p><input type="checkbox"/> 1º Aux. cirurgia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Anestesiologista</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Instrumentador/Firma</p> <p><input type="checkbox"/> Tec. RX</p> <p>> Cirurgião anestesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>> Eventos críticos previstos</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Revisão da equipe de enfermagem: Os materiais necessários (ex: instrumentais, próteses) estão presentes e dentro do prazo de esterilização com os resultados do indicador/esterilização?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>> A profilaxia antimicrobiana foi realizada no últimos 60 minutos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>As imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	
<p><i>paciente admittido pelo cirurgião para realização de procedimento cirúrgico ortopédico, consciente com acesso periférico, monitorizado em transoperatório estável onde serão realizados ao apto para os checagens cirúrgicas da gema.</i></p>		
<p>ASS. /CARIMBO:</p>		
CIRCULANTE: <i>Patrícia</i>	INSTRUMENTADOR: <i>Glaucel</i>	/ENFERMEIRO (A): <i>Cf</i>



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

Paciente:	Rafael Tavares de Arcujo			Convenio:	Intercalor
Circulante:	19	Data	19/07/2020	Enfermeira:	ana luiza
				Sala:	03-45

<input type="checkbox"/> FOCO TESTADO?
<input type="checkbox"/> AS VALVULAS DE REDE DE GASES QUE ABASTECEM O SETOR ESTÃO ABERTAS?
<input type="checkbox"/> CAMA FORRADA COM TRAVESSA?
<input type="checkbox"/> O ABSORVENTE DE CO2 (CAL SODADA) ESTA EM CONDIÇÕES DE USO?
<input 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 N 04 e MENOR N 03 – TESTADAS, 1 LÁTEX, KT-5 COM MÁSCARA, 1 BOGGIE)?
<input type="checkbox"/> CARRO DE BISTURI ESTA COM PEDAL+ PLACA E HÁ GEL PARA PLACA?
<input type="checkbox"/> O ASPIRADOR ESTA FUNCIONANDO E COM EXTENSÃO+COPO+PEDAL?
<input type="checkbox"/> A SALA ESTA ABASTECIDA COM SOROS RINGER LACTATO, FISIOLÓGICO E GLICOSADO.
<input type="checkbox"/> A SALA ESTA ABASTECIDA COM FIOS DE SUTURA+CX DE DESCARTAVEIS CIRURGICOS?
<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 DESCARTAVEL/ MEDICAÇÕES QUE VEM DA FARMACIA, ESTA 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: Izaacel Araujo	CONVENIO: particular
CIRULARTE(S): Iazuel	ENFERMEIRA: Ana Lucia
SALA: 1 2 3	
COLOCAR: ETIQUETA DE ESTERILIZAÇÃO, NOME DA CAIXA E QUANTIDADE DE PEÇAS.	
EX PG evangis 34 PC Azul 3815120 3814120 Alme	
coleterismo 3 peças condico 14-01-20 140420 S. deu. Ires	
3,5 DR sumisto Alm + Gallarde 3815120 - 3814120 Alme	



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

DIAGNÓSTICO ADMISSIONAL:

RATURA DE MONTEGGIA DE COTOVELO DIREITO

EVOLUÇÃO:

SL ETIDDO A TRATAMENTO CIRURGICO

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

MELHORADO

ACCOMPANHAMENTO:

AMBULATORIO DE DR TEMISTOCLES

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 1061100/15717/RNE: 845



PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

Prescrição: 24311



Paciente: **RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**
Data Solic.: 19/01/2020 09:33:44
Prontuário: 17084
Endereço: RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, N° 463 JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA
Prest. Presc: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7618)
Espec.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLO

Dt Nasc: 29/05/1989 30A 7M 21D
Prescrição: 24311
CNS: 250750
IBGE: 084.044-484-26
CPF: 58074-076
Prest. At: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7
Tp Serviço: INSTITUICAO CIRURGICA
Cta. Risco: ATENDIMENTO SEM ATENDIMENTO

123

Dieta
Item Elam Código Descrição
001 01 00000474 DIETA LIVRE

Medicamentos	Item Elam	Código	Descrição	Dose	Uni	Via	Frequência	Qtds Total	Saída
	002 01	00000400	SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 500 ML	1	FAM	EV	12/12	2	ESTOQ
	003 01	00000046	DIFRONA: 16/2ML INJETAVEL	1	AMP	EV	06/06	4	ESTOQ
	004 01	00000509	TEMIXICAM: 40MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	1	AMP	EV	24/24	1	ESTOQ
	005 01	00000071	METOCLOPRAMIDA: 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL SE VOMITOS	1	AMP	EV	08/08	3	ESTOQ
	006 01	00000008	(C) TRAMADEOL: 100MG/2ML AMPOLA 2ML	1	AMP	EV	08/08	3	ESTOQ
	007 01	00000044	DEXAMETASONA: 4MG/ML AMPOLA 2,5ML INJETAVEL	1	AMP	EV	24/24	1	ESTOQ

Temistocles de A. R. Filho
~~TEMISTOCLES DE A. R. FILHO~~
~~ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA~~
~~CRM 7618 / INSTITUTO 1947 / RQE: 5245~~

Impresso em 19/01/2020 09:36:14 pelo Usuário TEMISTOCLES

Pág 1/



PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA



Prescrição: 24311

Paciente: **RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**
Data Solic.: 19/01/2020 09:33:44
Prontuário: 17084
Endereço: RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, N° 463 JOSE AMERICO DE ALMEIDA
Prest. Presc: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7618)
Espac.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLO

Sexo: MASCULINO
Convênio: PARCICLAR
CPF: 084.044.484-26
Fronteira: RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, N° 463 JOSE AMERICO DE ALMEIDA
Prest. At: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7
Tp Serviço: INTERNACAO CIRURGICA
Cia. Risco: AGENDAMENTO SEM ATENDIMENTO

Dietas

Item	Item	Código	Descrição
001	01	00000474	DIETA LIVRE

Dieta	Qtd	Total
	1	

*Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA
CRM-PE 17084 / CRANATOLOGISTA
CRM-PE 15747 / ROC-5246*



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 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

Diagnóstico(s)

236	Dor aguda	CONFORTO FÍSICO	CONFORTO
45	Risco de constipação	FUNÇÃO GASTRINTESTINAL	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 PÉRVO E FUNCIONANTE, SEGUE SEM QUEIXAS E MEDICADO CPM.

Inspeção

ABDOMEM GLOBO

Ausculta

FENÔMENOS DE MÚRMURIOS VESICULARES SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS

Palpação

INDOLOR

Percussão

Timpânico: como um tambor (víscera vazia)

Cinthya Naara Moraes da Silveira
COREN-PR 589680-FNF

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=2007291208301210000031364988>
Número do documento: 2007291208301210000031364988

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

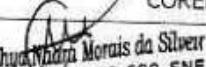
Nutrição		Sistema Neurológico									
IMC: 0 Aceitação: <input checked="" type="checkbox"/> Via Nutr.: <input checked="" type="checkbox"/> Estado Nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • Magr. Grave < 16 • Magr. Moderada 16 a 17 • Magr. Leve 17 a 18,4 • Saudável 18,5 a 25 • Sobre peso 25 a 30 • Obesid. Grau I 30 a 35 • Obesid. Grau II 35 a 40 • Obesid. Grau III > 40 		Escala de Glasgow <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Abertura Ocular</td> <td style="width: 50%;">4 - ESPONTÂNEA</td> </tr> <tr> <td>Resposta Verbal</td> <td>5 - ORIENTADO E CONVERSANDO</td> </tr> <tr> <td>Resposta Motora</td> <td>6 - OBEDIENCE A COMANDOS</td> </tr> <tr> <td>Resultado</td> <td>15</td> </tr> </table>		Abertura Ocular	4 - ESPONTÂNEA	Resposta Verbal	5 - ORIENTADO E CONVERSANDO	Resposta Motora	6 - OBEDIENCE A COMANDOS	Resultado	15
Abertura Ocular	4 - ESPONTÂNEA										
Resposta Verbal	5 - ORIENTADO E CONVERSANDO										
Resposta Motora	6 - OBEDIENCE A COMANDOS										
Resultado	15										
Sistema Motor/Membros		Escala de dor: 0/12									
Movimentação: DEAMBULA Hemiplegia: <input type="checkbox"/> - Direita <input type="checkbox"/> - Esquerda <input checked="" type="checkbox"/> - Não Aplicável Hemiparesia: <input type="checkbox"/> - Direita <input type="checkbox"/> - Esquerda <input checked="" type="checkbox"/> - Não Aplicável <input type="checkbox"/> - Paraplegia <input type="checkbox"/> - Tetraplegia <input checked="" type="checkbox"/> - Não Aplicável <input type="checkbox"/> - Tremores <input type="checkbox"/> - Alterações na Marcha <input type="checkbox"/> - Anasarca		Nível de Consciência: CONSCIENTE Observações:									
Membros Superiores		Membros Inferiores									
<input type="checkbox"/> - Sensibil. e força motora preservada em todas extremidades <input type="checkbox"/> - Pulsos periféricos palpáveis <input type="checkbox"/> - Edema <input type="checkbox"/> - Paresia <input type="checkbox"/> - Amputações <input type="checkbox"/> - Plegia Observações:		<input checked="" type="checkbox"/> - Sensibil. e força motora preservada em todas extremidades <input checked="" type="checkbox"/> - Pulsos periféricos palpáveis <input type="checkbox"/> - Edema <input type="checkbox"/> - Paresia <input type="checkbox"/> - Amputações <input type="checkbox"/> - Plegia Observações:									
Sistema Cardio-Respiratório											
Tórax		Sistema Respiratório									
Formato: ASSIMETRICO Expansão: +++ Percussão: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> - Cicatrizes <input type="checkbox"/> - Abaulamento Ausculta Cardíaca:		Murmúrios: Ruídos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - Lesões <input type="checkbox"/> - Retrações 									
		Oxigenação: ESPONTANEO Tipo Vent. Mecânica: Frequência: EUPNEIA Tipo de Respiração:									
		Freqüência Cardíaca									
		NORMOCARDIO									
Perfusão		Extremidades									
Perfusão: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL 		Extremidades: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> AQUECIDAS 									
Drogas Vasoativas											
Faz Uso?: <input type="checkbox"/> NÃO Observações:											

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680


 Cinthya Naara Moraes da Silveira
 COREN-PB 589.690-FNF

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

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

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

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

Cabeça e PESCOÇO	
Ouvidos NORMAL	Nariz SEM ANORMALIDADES
Boca SEM ANORMALIDADES	Pescoço SEM ANORMALIDADES
Observações:	

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

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

Cinthya Naara Moraes da Silveira
 COREN-PB 589.680, FNE



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. 30

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		
Coloração: CORADA	Escala: +++ / +++++	Coloração: CORADA	Escala: +++ / +++++		
Umidade: NORMAL		Hidratação: NORMAL			
<input type="checkbox"/> - Rubor <input type="checkbox"/> - Manchas <input type="checkbox"/> - Edema <input type="checkbox"/> - Lesão por Pressão	<input type="checkbox"/> - Lesões <input type="checkbox"/> - Eritema <input type="checkbox"/> - Petéquias	<input type="checkbox"/> - Hematomas <input type="checkbox"/> - Escoriações <input type="checkbox"/> - Equimoses	<input type="checkbox"/> - Lesões <input type="checkbox"/> - Eritema <input type="checkbox"/> - Petéquias	<input type="checkbox"/> - Hematomas <input type="checkbox"/> - Escoriações <input type="checkbox"/> - Equimoses	
Observações:			Observações:		
Eliminações					
Geniturinário: MÍCIAO ESPONTÂNEA	Evacuação: PRESENTE	Alterações:	Alterações:		
Observações:					

Drenos e Cateteres

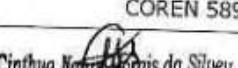
Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

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


Cinthya Naara Moraes da Silveira
 COREN-PR 589680-5



HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA - HUNE
Prescrição de Enfermagem

19/01/2020 10:28



Prescrição: 24333 Atendimento: 22965
Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Leito: 123-A

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-PR 589680

Cinthya Naara Moraes da Silver
Cinthya Naara Moraes da Silver

19/01/2020 10:28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 12:08:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007291208301210000031364988>
Número do documento: 2007291208301210000031364988

Num. 32752205 - Pág. 32

HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA
Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020



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 GLOBO
Ausculta
PRESENÇA DE MÚRMURIOS VESICULARES SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS
Palpação
INDOLOR
Percussão
npânico: como um tambor (viscera vazia)

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

V. Costa
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=2007291208301210000031364988>
Número do documento: 2007291208301210000031364988

Num. 32752205 - Pág. 33

HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA
Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 20:40



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	
IMC: 0 Aceitação: <input checked="" type="checkbox"/> Via Nutr.: <input type="checkbox"/> Estado Nutricional: • Magr. Grave < 16 • Saudável 18,5 a 25 • Obesid. Grau II 35 a 40 • Magr. Moderada 16 a 17 • Sobre peso 25 a 30 • Obesid. Grau III > 40 • Magr. Leve 17 a 18,4 • Obesid. Grau I 30 a 35	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:		
Sistema Motor/Membros		Membros Superiores	
Movimentação: DEAMBULA Hemiplegia: <input type="checkbox"/> - Direita <input type="checkbox"/> - Esquerda <input checked="" type="checkbox"/> - Não Aplicável Hemiparesia: <input type="checkbox"/> - Direita <input type="checkbox"/> - Esquerda <input checked="" type="checkbox"/> - Não Aplicável <input type="checkbox"/> - Paraplegia <input type="checkbox"/> - Tetraplegia <input checked="" type="checkbox"/> - Não Aplicável <input type="checkbox"/> - Tremores <input type="checkbox"/> - Alterações na Marcha <input type="checkbox"/> - Anasarca		Membros Inferiores <input checked="" type="checkbox"/> - Sensibil. e força motora preservada em todas extremidades <input type="checkbox"/> - Pulsos periféricos palpáveis <input type="checkbox"/> - Edema <input type="checkbox"/> - Paresia <input type="checkbox"/> - Amputações <input type="checkbox"/> - Plegia Observações:	
Tórax		Sistema Cardio-Respiratório	
Formato: ASSIMETRICO Expansão: +++ Percussão: <input checked="" type="checkbox"/> - Cicatrizes <input type="checkbox"/> - Abaulamento Ausculta Cardiaca:		Murmúrios: Ruidos: <input type="checkbox"/> - Lesões <input type="checkbox"/> - Retrações Oxigenação: ESPONTANEO Tipo Vent. Mecânica: Frequência: EUPNEIA Tipo de Respiração:	
Perfusão		Freqüência Cardíaca	
Drogas Vasoativas Faz Uso?: [NÃO] Observações:		Extremidades NORMOCARDIO	

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

VANESSA DA SILVA COSTA
 COREN 281465



HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 20:44



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

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

 - Dor a palpação - Cicatrizes - Estrias - Herniações

Inspeção: PLANO

Palpação: RIGIDEZ DE PAREDE ABDOMINAL

Ruidos: AUSENTE

Percussão: MACICO

Observações:

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

19/01/2020 20:44

Sistematização da Assistência de Enfermagem



SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Idade: 30

Sexo: Masculino

Convênio: PARTICULAR

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

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

Leito: 123-A

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 <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:	
Observações:				
Eliminações				
Geniturinário: MÍCIA ESPONTÂNEA			Evacuação: PRESENTE	
Alterações:			Alterações:	
Observações:				
Drenos e Cateteres				
Data/Hora da Elaboração do SAE			VANESSA DA SILVA COSTA COREN 281465	
19/01/2020 20:39:24				

Wareline® - 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=2007291208301210000031364988>

Número do documento: 2007291208301210000031364988

Num. 32752205 - Pág. 36

Nome: RAYAEL TAVARES DE ARAUJO
NºS:

PRONTUÁRIO: 17084

ATENDIMENTO: 32965
LEITO: 123-A

EVOLUÇÃO DO TECNICO 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 ORTOPEDICO, FRATURA DE COTOVELO, PROCEDIMENTO FOI REALIZADO PELA MANHA, PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE SEM QUEIXAS, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

Ana Lúcia Carvalho de Oliveira Souza
Ass. Técnico e Carimbo

0007-0231100



HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA - HUNE

Paciente: 32965 - RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Inicio: 19/01/2020 13:00

Fim: 19/01/2020 18:00

Medidas Clínicas

PRESSAO ARTERIAL SISTOLICA: 111 mmHg

Medida do RN: N

Método: MANUAL

Aparelho: esfingomanometro

Observação: esfingomanometro

PRESSAO ARTERIAL DIASTOLICA: 80 mmHg

Medida do RN: N

Método: MANUAL

Aparelho: esfingomanometro

Observação: esfingomanometro

FREQUENCIA RESPIRATORIA: 13 FR

Medida do RN: N

Método: PODE SER VERIFICADO SENTADO / DEITADO SENDO PREFERENCIAL DEITAD

Aparelho: MANUAL

Observação: MANUAL

SATURACAO: 91 SPO2%

Medida do RN: N

Método: UTILIZAÇÃO DE OXIMETRO

Aparelho: OXIMETRO

Observação: OXIMETRO

FRQUENCIA CARDIACA: 69 FC

Medida do RN: N

Método: MANUAL

Aparelho: OXIMETRO

Observação: OXIMETRO

ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA
COREN 001444744
19/01/2020 14:54:00

ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA
COREN 001444744
19/01/2020 14:54:00

ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA
COREN 001444744
19/01/2020 14:54:42

ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA
COREN 001444744
19/01/2020 14:54:42

ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA
COREN 001444744
19/01/2020 14:56:45

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. 38

Espelho de Saída para Paciente

Tp Mov:SAI S-P P2 Num Mov:135973 T.Doc.:03-PRESCRICAO MANUAL Num.Doc: Data Mov:19/01/2020 09:37
 C.Origen: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	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NAME COMERCIAL	QTD	UNI	LOTE	VALIDADE
1	100000074	LIDOCAINA 2% AMP.20ML IV 5/ VASO	XYLOCAINA	1,000000	AMP	19070870	13/10/2021
2	100000413	LIDOCAINA 2% AMPOLA 20ML IV C/ VAS	XYLOCAINA	1,000000	AMP	18060599	10/06/2020
3	100000044	DEXAMETAZONA; 4MG/ML AMPOLA 2,5ML	DEXADOR	1,000000	AMP	DX19E076	13/05/2021
4	100000046	DIPIRONA; 1G/2ML INJETAVEL	DIPIRONA	2,000000	AMP	26583959	13/10/2021
5	100000070	LEVOBUPIVACAÍNA 5MG/ML IV 20ML C/	NOVABUPI	1,000000	AMP	19040511	13/10/2020
6	100000030	CLONIDINA; 150MCG/ML AMPOLA 1ML IN	CLONIDIN	1,000000	AMP	18070017	13/07/2020
7	100000085	CLONIDINA; 150MCG/ML AMPOLA 1ML IN	TENOXICAM	2,000000	AMP	1932157	13/07/2021
8	100000034	CEFAZOLINA; 1G	KEFAZOL	2,000000	AMP	008676	13/04/2021
9	100001356	ONDANSETRONA; 8MG/4ML INJ.	NAUSEDRON	1,000000	AMP	19060529	13/06/2021
10	100000096	ÁGUA DESTILADA; AMPOLA 10ML INJETA	ÁGUA PARA INJEÇÃO	4,000000	AMP	19E8524C	13/05/2021
11	100000340	FIO NYLON 2-0 3/8 C/AG 3,0CM CUT.		1,000000	UNI	4190812	11/02/2024
12	100000268	FIO ACIDO POLIGLICOLICO 1 C/AG 40M		1,000000	UNI	9191548	10/04/2024
13	100000410	SORO RINGER C/ LACTATO 500 ML	SOLUÇÃO RINGER C/ LÁ	2,000000	FAM		
14	100000400	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML		1,000000	FAM		
15	100000169	CAMPO OPERATORIO 25X28 COM FIO RX		5,000000	PCT	0992	04/08/2024
16	100000222	COMPRESSA GAZE 7,5 X 7,5		8,000000	PCT	033-1	31/03/2023
17	2000229	LATEK 2M		1,000000	UNI	1900017452	30/04/2021
18	1000192	EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR LATE		1,000000	UNI	-71319061	30/06/2024
19	10000233	LUVA ESTERIL 7,0 COM PO		1,000000	UNI	200619	19/06/2024
20	10000234	LUVA ESTERIL 7,5 COM PO		2,000000	UNI	200619	19/06/2024
21	10000235	LUVA ESTERIL 8,0 COM PO		2,000000	UNI	200619	19/06/2024
22	10000275	TRANSFIX (TRANSFERIDOR DE EQUIPO)		1,000000	UNI	51228	02/06/2023
23	100000177	CATETER PARA OXIGENIO OCULOS ESTER		1,000000	UNI	43789	30/06/2022
24	100000159	AGULHA DESCARTAVEL 40X12		1,000000	UNI	SAGAAA066G	31/03/2024
25	10000225	LAMINA DE BISTURI N11		2,000000	UNI	17429	01/11/2022
26	10000228	LAMINA DE BISTURI N24		1,000000	UNI	17429	30/11/2022
27	10000226	LAMINA DE BISTURI N15		1,000000	UNI	17429	01/11/2022
28	100000174	CATETER INTRAVENOSO 20G		1,000000	UNI	6355938	30/12/2023
29	100000176	CATETER INTRAVENOSO 24G		1,000000	UNI	758381	30/06/2023
30	100000247	SERINGA 3ML C/ AGULHA SLIP BICO		1,000000	UNI		
31	100000246	SERINGA 10ML COM AGULHA SLIP BICO		2,000000	UNI		
32	100000243	SERINGA 20ML SLIP C/ AGULHA BICO		1,000000	UNI		

PACIENTE: 155689 Acucarosa de Oliveira Dr. Jéssica Dr. Jéssica
 CIRCULANTE: 12 Brasileira
 INSTRUMENTADOR: 61 Dr. Jéssica
 DATA: 19/01/2020 SALA: 02 HORÁRIO ANESTESIA: 8:00 ANESTESIA: Geral Cirurgia: Corte
 CIRURGIA: Extrato Extrato Extrato Extrato Extrato Extrato
 INICIO CIRURGIA: 8:40 TERMINO CIRURGIA: 09:50 Garante: 8:28

PSICOATÓRICO ANESTESIA GERAL					
DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ
ISOFLURANO		TRAMAL 50 MG		ROCUROMIO	
FENTANIL 10 ML		PROPOFOL		CLONIDINA	
MIDAZOLAN 10 ML		FLUMAZENIL		NOVABUTINACAINA C/ VASO	
ETOMIDATO		REMIFENTANILA			
MORENA 10 MG		NARCAN		AUFENTANIL	

PSICOATÓRICO ANESTESIA PERIDURAL					
DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ
FENTANIL 2 ML		PROPOFOL			
MIDAZOLAN 2 ML		CLONIDINA			
TRAMAL 50 MG		NOVABUTINACAINA C/ VASO			

PSICOATÓRICO ANESTESIA RÁQUE					
DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ
NEOCAINA PESADA		MORENA 0,2 MG		CLONIDINA	
FENTANIL 2 ML		TRAMAL 50 MG			
MIDAZOLAN 2ML		PROPOFOL			

ENXOVAL					
DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ
CAMPO P	1	CAMPOS DURÍOS	2	LENÇOL	
CAMPO G	1	CAPOTE	2	LENTESTRADO P	

GASES MEDICINAIS					
DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ
AR COMPRIIMIDO (AR)		DIÓXIDO DE CARBONO		OXIGÉNIO SOB MÁSCARA	
NITROGÉNIO (N)		OXIGÉNIO SOB CATETER NASAL		OXIGÉNIO SOB PRESSÃO	

MATERIAL DE SALA					
DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ
DETERGENTE ENZIMÁTICO		GORRO DESCARTÁVEL	1	MICROPORE	
ESCOLA DE DESEMPENHO	2	BENJOIN	1	SARATINA DESCARTÁVEL (UNIDADE) 1	8
ESPAHADAPÔ		MÁSCARA DESCARTÁVEL	1	ÁLCOOL 70%	
PAPI TÓPICO		CLOREXIDINA ALCOÓLICA		LINHA DE PROCEDIMENTO (UNIDADE)	
PAPI DESEMPENHO		CLOREXIDINA DEGERMANTE			

EQUIPAMENTOS					
DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ	DESCRÇÃO MATERIAL	UTIZ
ASPIRADOR		BOMBA DE INFUSÃO		LARINGOSCOPIO	
BISTURI ELÉTRICO		BOMBA INJETOR		MONITOR CARDÍACO	
BOMBA DE INFUSÃO		BOMBA DE CEC		DESEMBRILADORE	





LANÇAMENTO

Nome: Oficinae Isabela Torres

12 dias, foi vítima de

Acidente de moto no dia:

16/02/2020, foi socorrida

foi submetida a onto mamas
mangas e fratura de
tibia e o osso do tornozelo
com fratura completa de cotovelo

① foi submetida a TC (Tomografia)
no hospital da paz - (HNP),
no dia 19/02/2020 com resultado
de fratura por placa e parafuso
evoluindo com consolidação

MATRIZ Sueli Lima Torres

Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3301 / 3221-3661

06/02/2020

Permito/peço de A. P. Filho
Dr. Pedro Sá E. T. - NEUROLOGISTA
CNPJ: 16.181.700/0001-52



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 Araújo, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Comerciante, residente e domiciliado à Rua 30 de Novembro, nº 263, bairro José Américo, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58014-1076, portador(a) do RG nº 3231.092, SSP/PB e CPF nº 084.044.184-26

Outorgado: Jose Eduardo de Souza, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Almirante Tamandaré, nº 357, bairro Alm. Gávea, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58096-331, portador (a) do RG nº 1054562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-51

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 Araújo, ocorrido em: 16/01/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo da natureza em trânsito.

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 fevereiro de 2020.

Rafael Tavares de Araújo
Outorgante
CPF nº 084.044.184-26

**CARTÓRIO
VIEIRABATISTA**

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



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 independem 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, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Abraços,

Mauricio Imparato

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica
mauricio.imparato@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598

Cel. 55 21 98223-8789



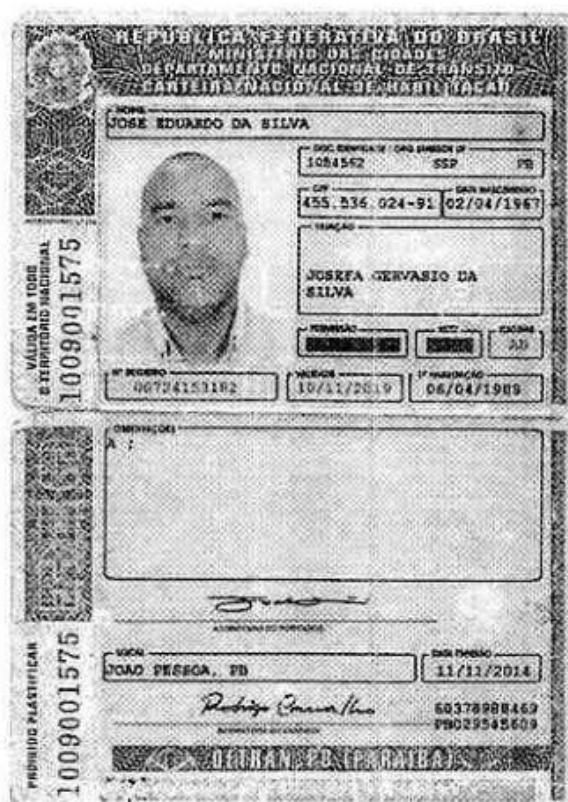
www.seguradoralider.com.br



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](#)





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. 46

ESTADO DA BAHIA - DE RAFAEL VIANO DO BRASIL
ESTADO DA BAHIA - DE RAFAEL VIANO DO BRASIL
ESTADO DA BAHIA - DE RAFAEL VIANO DO BRASIL
ESTADO DA BAHIA - DE RAFAEL VIANO DO BRASIL

RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. E P. P. P. /
123.092 SSP BN

CPF: 084.044.488-16 DATA NAC.: 29/05/1981

NOME: SILVESTRE BERNARDO DE
ARAÚJO
GERAL TAVARES DE
ARAÚJO

PERÍODO: 01/01/2014 01/01/2014

ACE: 01/01/2014 AR: 22/05/2014

VALOR: 00,00

1^ª HABILITAÇÃO: 22/05/2014

NOTA: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

ASSINATURA DO PORTADOR:

RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

LOCAL: JOAQUIM PESQUINA, PB

DATA EMISSÃO: 16/11/2014

Assinatura: 16/11/2014

TIPO DE DOCUMENTO: 71405306151
PESQUINA, PB
ASSINATURA DO PORTADOR: 98037884417

PROJETO PASTORAL

1665538189

PARAÍBA



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. 47



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 02 03 | SAC (para esclarecimentos e dúvidas): 0800 022 12 06 | Central de Dúvidas: 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/SIBLICOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 pessoal, informações sobre da profissão e da fonte de renda maior, além da respectiva documentação comprobatória.

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

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ³ 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Rafael Tavares da Araujo inscrito (a) no CPF sob o N° 084.044.484-26
do sinistro da DPVAT cobertura Irregularidade de Vmms Rafael Tavares da Araujo

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

Declaro Profissão: Fiscal e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, e para fins de prova da residência junto à Seguradora Ioper-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. Dutra</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Viçosa</u>	Cidade:	<u>PB</u>	Estado:	<u>58056-384</u>
E-mail:	<u>(83) 91866-34900</u>				

Local e Data:

Fiscal Pessoa - PB 20/02/2020

Assinatura do Declarante