

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 Atend.: 19/01/2020 07:03

Prontuário: 17084

Nome.....: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Data Nasc.: 29/05/1989

Idade.....: 30

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF.....: 044.044.484-46

RG: 3234092

CNS:

Endereço....: MARTA DE LONDES PESSOA

Nº.: 483

Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA

Município....: JOÃO PESSOA

Estado:

CEP: 58013-10

Fone.....: 33421077

Nome da Mãe: GESSI TAVARES DE ARAUJO

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico.....: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO

CRM: 7618

Clínica.....: 1º ANO INTERN. Acomodação: APARTAMENTO PRIVATIVO Leito: 123-A

Colúquio....: PART. LAR

Tipo de Serviço: INTERNAÇÃO

OUTROS DADOS

Nº da Índigena:

Etnia:

Nome da Tribo:

Localização:

SESAT:

PAJÉ:

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

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

1º. O hospital prestará atendimento médico-cirúrgico ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios éticos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde que a prática dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos inclua, além dos exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos, e/ou, ainda, todos os atos necessários ao perfeito atendimento.

2º. A proposta 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.

3º. 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.

4º. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

5º. Autorizo a remoção para outros órgãos de células complementares, mediante necessidade clínica e/ou cirúrgica.

6º. Recebi todas as informações quanto à anestesia/sedação a que será submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, consideração inclusive às condições pessoais.

7º. 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.

8º. Estou ciente de que o hospital não é responsável por objetos e valores de pacientes e acompanhantes.

9º. Durante a internação, os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas informadas previamente pela instituição.

10º. 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 responsabilização, 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 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 desde 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 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, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 09.121.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

Informe este número

MATRÍCULA

71011765

REFERENC

02/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

RUA MARIA DE IORDES PESSOA, 463 - APTO 201 - JOSE

AMÉRICO JOAO PESSOA PB 58074-076

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Especial	
001 079 356 0033 0000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
143-307716	12/05/2014	EXTENSOR	REGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
362	373	11	30	12/01/2020

HIST. CONS. ANTER. LEIT. QUALID. ÁGUA ANEXO 20 POR 05/2017 04

NOV/2019 4 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORME

OUT/2019 4 TURBIDEZ 268 288 279

SET/2019 5 CLORO 368 288 288

AGO/2019 5 COL. TUBOT 0 0 0

JUL/2019 2 COR 73 145 139

JUN/2019 4 COL. TOTAIS 268 288 274

MÉDIA(M) 4 DADOS REFERENTES 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 DE SUBSTITUIÇÃO DE TUBULOS - R\$ 2,50 PIS E CONTRIB. LEI 12.743/12

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

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

71011765

02/2019

05/01/2020

R\$ 37,91

826500000000 2 37510010001 3 07101176501 4 12201930003 9

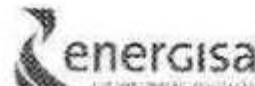


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Receita para registro pagamento de nota fiscal emitida da ENERGISA S/A. Nº 037.541.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 235, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.815.623-6

DADOS DO CLIENTE
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

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

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 - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Telefone:

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:

☒ INCLUIR INFORMAR ☐ R\$1,00 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)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

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.

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 5.194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 - Causa 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/gestante? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Telefone:

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:

☒ INCLUIR INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

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.

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 contestação, 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 - Causa 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/bebê? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

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.

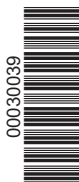
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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



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. _____ 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, 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, 19/01/20
Responsável: Rafael T. de Araújo

Assinatura do



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

RG 3234092

CPF 084.044.484-26 ,

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

Rafael Tavares de Araújo
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
ANTISSEPSE + CAMPOS CIRURGICOS
INCISÃO
REDUÇÃO DA FRATURA
PL.ÇÃO COMP PLACAS E PARAFUSOS
CURATIVO
TALA

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 2846 / TEOT: 5747 / RQE: 5245

JOÃO PESSOA, 19 de janeiro de 2020

MÉDICO RESPONSÁVEL: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO

HOSPITAL UNIVESITÁRIO NOVA ESPERANÇA

BOLETIM OPERATÓRIO ENFERMAGEM

NOME PACIENTE: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO
IDADE: <B003> CONVENIO: 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 À 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 À URPA .
ENCERRO SEM MAIS.

Ana Lúcio
489885
ean



100

100

100

100

100

100



MAPA DE CONSUMO

Paciente: <u>Rafael Paveres de Group</u>	Cirurgião: <u>Dr. Fernandocles</u>
Convênio: <u>Particular</u>	Auxiliar 1: <u>—</u>
Anestesia: <u>Bloqueio</u>	Auxiliar 2: <u>—</u>
Cirurgia: <u>Redução do Cotovelo</u>	Anestesista: <u>Dr. Sergio</u>
Circulante: <u>Intubação</u>	Instrumentador: <u>G. Lard</u>

HORÁRIOS	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	Atadura Grande	
nina / ketamin	1	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 + traqueia	
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	
clorpromida /Plasil		Glicose 50%	
Monocordil / Isossorbida		Hemoconcentrador	
Metoprolol / Seloken		Introdutor cateter femoral F4	
Ondansetrona / Nauseidron 4mg	1	Introdutor cateter femoral F4	
Neostigmina		Jelco 14G	
Neocaina pesada / bupivacaína		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	
Queflicin		Luva 7,0	1
Ranitidina		Luva 7,5	2
Rocurônio		Luva 8,0	2
Solução Cardioplégica		Luva 8,5	
Tenoxicam 20mg	2	Lidocaina Geleia	
Transamin			
Tramal 50mg			
Xylocaina 2% 10ml s/v			

	Utiliz
Lidocaina 2% com vaso	1
Perfusor set	
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 nasogastrica longa 18	
Sonda nasogastrica 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)	
Torneirinha 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 aórtico	

	Utiliz
Detergente Enzimático	
Escova de degermação	
Esparrapado	
Gorro descartável	
Gaze pacote 20	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	

ÓRTESES 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	
Pericárdio Bovino	
Pericárdio Suíno	
Reservatório de cardioplegia	
Reservatório de cardiectomia	
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	1
Mononylon 3.0 ag 3cm 3/8	
Mononylon 4.0 ag 2cm 3/8 incolor	
Mononylon 4.0 ag 2cm 3/8 Preto	

FIOS
Mersilene
Prolene
Prolene
Prolene
Prolene
Prolene 3/8
Prolene
Prolene
Polyester
Polyester
Polyester
Polycryl
Polycryl
Polycryl
Polycryl
Seda 0 c/ag
Seda 3.0
Vicryl/De
Vicryl/De
Vicryl/De
Vicryl/De
Vicryl/De

EQ:
Aspirador
Bisturi elc
Bomba de
Bomba in
Bomba de
BIA - Bal
Capnógrafo

PACIENTE: <u>Rafael Faveres de Araujo</u>		CONTÊNIO: <u>Articular</u>	MUNICÍPIO DE ORIGEM: <u>João Pessoa</u>
CIRURJANTE: <u>Tabuca</u>	ENFERMEIRA: <u>Ana Lucia</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.: <u>10:00</u>
DESTINO: <u>APM</u>			

Dados da Cirurgia:

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

1-Equipe cirúrgica:

CIRURGIÃO: Dr. Remington 1º AUXILIAR: Gilord 2º AUXILIAR:

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Sergio INSTRUMENTADOR: Gilord Início da Anestesia: 8:00 Término da Anestesia: 9:50

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:

() CONSCIENTE () ORIENTADO () DESORIENTADO () SONOLENTO () ANSIOSO () INTUBADO () OUTRO
() ADORNO? () SIM () NÃO PRÓTESE? () SIM () NÃO

4-Sinais Vitais:

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

5- Posição operatória:

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

6- Cateteres e Drenos:

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

7- Coxim

() 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:

() MOGRAMA () COAGULOGRAMA () GASOMETRIA () CULTURA () BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO

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

14- Transferência do Paciente:

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

15- Anotações de Enfermagem:

CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTESICA

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA

CIRURGICA		
IDENTIFICAÇÃO > 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: Alergia conhecida? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim > Via aérea difícil/Risco de aspiração? <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	CONFIRMAÇÃO > 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 > Cirurgião anestesiológico e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: - 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 > Eventos críticos previstos <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 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? <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 > A profilaxia antimicrobiana foi realizada no últimos 60 minutos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica As imagens essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input checked="" type="checkbox"/> Re procedimento incluindo pr <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 (Acondiciona solicitação) <input type="checkbox"/> Materiais laboratorial <input type="checkbox"/> Intercorrê <input type="checkbox"/> Intercorrê > Transferê <input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> Enfermaria Cirúrgica

Paciente admitida pela CC para realização procedimento cirúrgico ortopédico, consciente com acesso periférico, monitorizado em transoperatória estéril onde será realizada a apto para as clenchas cirúrgicas da gem.

ASS./CARIMBO: _____

CIRCULANTE: Patrícia INSTRUMENTADOR: Glória /ENFERMEIRO(A): Cláudia

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

Paciente: <u>Rafael Tavares de Araujo</u>	Convênio: <u>particular</u>
Cirurgião: <u>Isadora</u>	Data: <u>19/08/2019</u> Enfermeira: <u>Isadora</u> Sala: <u>10345</u>

<input checked="" type="checkbox"/> FOCO TESTADO?
<input checked="" type="checkbox"/> AS VÁLVULAS DE REDE DE GASES QUE ABASTECEM O SETOR ESTÃO ABERTAS?
<input checked="" type="checkbox"/> CAMA FORRADA COM TRAVESSA?
<input checked="" type="checkbox"/> O ABSORVENTE DE CO2 (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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> CARRO DE BISTURI ESTÁ COM PEDAL+ PLACA E HÁ GEL PARA PLACA?
<input checked="" type="checkbox"/> O ASPIRADOR ESTÁ FUNCIONANDO E COM EXTENSÃO/COPO+PEDAL?
<input checked="" type="checkbox"/> A SALA ESTÁ ABASTECIDA COM SOROS RINGER LACTATO, FISIOLÓGICO E GLICOSADO.
<input checked="" type="checkbox"/> A SALA ESTÁ ABASTECIDA COM FIOS DE SUTURA+CX DE DESCARTÁVEIS CIRÚRGICOS?
<input checked="" type="checkbox"/> EXISTE MATERIAL DE MESA SUFICIENTE PARA NO MÍNIMO UMA CIRURGIA, NO ARSENAL, ESTÉRIL NO PRAZO DE VALIDADE?
<input checked="" type="checkbox"/> KIT CIRÚRGICO DE DESCARTÁVEL/ MEDICAÇÕES QUE VEM DA FARMÁCIA, ESTÁ COMPLETO?
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR MESAS DE APOIO, MESA DE MAYO E MESA DE INSTRUMENTAÇÃO SUFICIENTES P O PROCEDIMENTO?
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SE O CARRO DESFIBRILADOR ENCONTRA-SE FUNCIONANTE?
<input checked="" type="checkbox"/> KIT MEDICAÇÕES CONTENDO (2 VASSOPRESSINAS+10ADRENALINAS) PRESENTES NA S.O
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SE HÁ LENÇÓIS SUFICIENTE P O PROCEDIMENTO?
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR MESAS DE APOIO, MESA DE MAYO E MESA DE INSTRUMENTAÇÃO SUFICIENTES P O PROCEDIMENTO?
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR HIGIENIZAÇÃO DA S.O
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR FUNCIONAMENTO DE MESA CIRÚRGICA
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR FUNCIONAMENTO DE AR-CONDICIONADO DA S.O
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR LÂMPADAS DA S.O
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR ALMOTOLIAS E VALIDADE (CLOREXIDINA ALCOOLICA/DEGERMANTE; ALCOOL)
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR IMPRESSOS NECESSÁRIOS PARA CIRURGIA (MAPA DE CONSUMO, FICHA DE CXS, FICHA DE ANESTESIA)

[illegible]

PARÂMETROS DE VENTILACÃO	VTE	RH	FRE	TEMP	VME	LIVRADO	REALIZOU VISITA PARA ANESTESIA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CURTO REPERCUSSO TOTAL	VALOR
20 ml / Cla-vent 120 mg / 100 ml											1000

UL. SARGENTO BORDA Nº 887 - JARDIM STENOLOGOS
CARBONIL - N° 96-887



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

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

MELHORADO

ACOMPANHAMENTO:

AMBULATORIO DE DR TEMISTOCLES

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 2718 / TEO: 15147 / RQE-6245

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA) HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

Prescrição: 24311



Paciente: **RAFAEL TAVARES DE ARAUJO** Dt Nasc: 29/05/1989 30A 7M 21D
 Data Solic.: 19/01/2020 09:33:44 Prescrição: 24311
 Prontuário: 17084 Sexo: MASCULINO
 Convênio: PARTICULAR
 CPF: 084.044.484-26
 Endereço: RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, N° 463 JOSE AMERICO DE ALMEIDA JOAO PESSOA - PB 58074-076
 Prest. Presc: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7618) IBGE: 250750
 Espec.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Prest. At: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7) Cla. Risco: AUMENTADO SEM ATENDIMENTO
 Tp Serviço: INTERNAÇÃO CIRURGICA

123

Dietas

Dose Via Frequência Qtde Total

001 01 00000474 DIETA LIVRE 1

Medicações

Dose Uni Via Frequência Qtde Total Saída

002 01 00000400 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML 1 FAM EV 12/12 2 2

003 01 00000406 DIPIRONA; 1G/2ML INJETAVEL 1 AMP EV 06/06 4 4

004 01 00000509 TENEXICAM; 40MG/ML AMPOLA INJETAVEL 1 AMP EV 24/24 1 1

005 01 00000071 METOCLOPRAMIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL 1 AMP EV 08/08 3 3

006 01 00000008 (C) TRAMADOL; 100MG/2ML AMPOLA 2ML 1 AMP EV 08/08 3 3

007 01 00000044 DEXAMETASONA; 4MG/ML AMPOLA 2, 5ML INJETAVEL 1 AMP EV 24/24 1 1

Temistocles de A. R. Filho
 ORTODONTISTA E TRAUMATOLOGISTA
 CRM 7618 / RQE: 5245

PRESCRICÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

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)

Espec.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sexo: MASCULINO

Convênio: PARTICULAR

CPF: 084.044.484-26

Prest. At.: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7

Tp Serviço: INTERNAÇÃO CIRURGICA

Dt Nasc.: 29/05/1989 30A 7M 21D

Prescrição: 24311

CNS:

IBGE: 250750

Pla. Risco: AGENCIAMENTO SEM ATENDIMENTO

Dietas

Ítem Elem Código Descrição

001 01 00000474 DIETA LIVRE

Dose Via Frequência Qtde Total

1

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR: 7618 / TECNISTAT / RQE-3245



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

Hospital Universitário
NOVA ESPERANÇA

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.: 19/01/2020 09:03 Prontuário: 17794
Nome.....: RAFAEL CAVARES 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 () HEMOTRANSFUSÃO () NEUROLÓGICAS () GASTRINTESTINAIS
() OUTRAS DOENÇAS () DESCONHECE

ANTECEDENTES FAMILIARES:

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

ASPECTO ECONOMICO, SOCIAL E RELIGIOSO:

MARITAL: () SOLTEIRO () CASADO COM FAMILIARES

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

RELIGIÃO: _____

PROFISSÃO: _____

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

SINAIS VITAIS

MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	HORÁRIOS	PA	PULSO	FR	Tem	SAT ₂	GLICEMIA	DOR

HÁBITOS DE VIDA

SONO E REPOUSO: () PRESERVADO () DEPRIMIDO

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



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 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-PR 589.680-FNF

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

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 Cardíaco-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

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

Sector: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Mamas

Formato: SIMETRICAS

☐ - Dor a palpação

☐ - Presença de nódulos palpáveis

☐ - Secreção

Observações:

Mamilos

Direito: PLANO

Esquerdo: PLANO

Observações:

Olhos

Olhos: NORMAL

☐ - Usa Óculos

☐ - Usa Lentes de Contato

Pupilas: Reatividade: REACAO FOTOMOTORA POSITIVA

Formato:

Símetria: ISOCORICAS

Cabeça e Pescoço

Ouvidos

NORMAL

Nariz

SEM ANORMALIDADES

Boca

SEM ANORMALIDADES

Pescoço

SEM ANORMALIDADES

Observações:

Abdome

☐ - Dor a palpação

☐ - Cicatrizes

☐ - Estrias

☐ - Herniações

Inspeção: PLANO

Ruídos: AUSENTE

Percussão: MACICO

Palpação: RIGIDEZ DE PAREDE ABDOMINAL

Observações:

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA
Sistematização da Assistência de Enfermagem



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	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 10:14:09	CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA COREN 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 Moraes da Silveira
COREN-PR 589680

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 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

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

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



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
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

Ruídos: AUSENTE

Palpação: RIGIDEZ DE PAREDE ABDOMINAL

Percussão: MACICO

Observações:

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 20:4



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

Sector: 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



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

Hospital Universitário
NOVA ESPERANÇA

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

Nome: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO
Sexo: M

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

Ana Carolina 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 Clinicas

PRESSAO ARTERIAL SISTOLICA: 111 mmHg Método: MANUAL Aparelho: esfigonometro Observação: esfigonometro	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: esfigonometro Observação: esfigonometro	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

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	LEVOPROPIVACAINA 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	TENOXICAM; 20MG/ML AMPOLA INJETAVE	TENOXICAM	2,000000	AMP	1932157	30/07/2021
8	00000034	CEFALOXILINA; 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 40CM		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: Isidoro Lavarro de Araújo CIRURGIÃO: Dr. Fernando ANESTESISTA: Dr. Sergio
 CIRCULANTE: Isidoro AUXILIAR 01: --- AUXILIAR 02: --- AUXILIAR 03: ---
 INSTRUMENTADOR: G. L. G. R. DATA: 19.01.2020 SALA: 02 HORÁRIO ANESTESIA: 8:00 INÍCIO CIRURGIA: 8:40 TÉRMINO CIRURGIA: 09:50
 CIRURGIA: Fratura do cotovelo ANESTESIA: Bloqueio CONVÊNIO: Particular Ganho: 8:28
CIRURGIA GERAL

PSICOTRÓPICO ANESTESIA GERAL				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
ISOFLURANO		TRAMAL 50 MG		ROCURÔNIO
FENTANIL 10 ML	1	PROPOFOL		CLONIDINA
MIDAZOLAN 10 ML	1	FLUMAZENIL		NOVABUPRIVACAÍNA C/ VASO
ETOMIDATO		REMIFENTANILA		ALFENTANIL
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 RAQUÍDIA				
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 DUPLS	2	LENÇOL
CAMPO G	4	CAPOTE	2	FENESTRADO P

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

MATERIAL DE SALA				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
DETERGENTE ENZIMÁTICO		GORRO DESCARTÁVEL	4	MICROPORE
ESCOVA DE DEGERMAÇÃO	2	BENJON		SAPATILHA DESCARTÁVEL (UNIDADE)
ESPARADRAPO		MÁSCARA DESCARTÁVEL	4	ALCOOL 70%
PVPÍ TÓPICO		CLOREXIDINA ALCOLICA		LUVA DE PROCEDIMENTO (UNIDADE)
PVPÍ DEGERMANTE		CLOREXIDINA DEGERMANTE		

EQUIPAMENTOS				
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL
ASPIRADOR		BOMBA DE INFLU		LARINGOSCÓPIO
BISTURI ELÉTRICO		BOMBA INJETOR		MONITOR CARDIACO
BOMBA DE INFUSÃO		BOMBA DE CEC		OXÍMETRO DE PULSO



LAUDO MÉDICO

Nome:

O paciente ISRAEL THOMAS
DE SIAMON, foi vítima de
ACIDENTE DE MOTO NO DIA
16/01/2020, FOI SOBRADO
Pelo SANGUE P/ O OITO TRINHAS
MANGUEIRA E HOSPITAL DE
TRINHAS, ONDE FOI DIAGNOSTICADO
COM FRACTURA COMPLETA DO COTULHO
①, FOI SUBSTITUÍDO A TPO (MANGUEIRA)
NO HOSPITAL DA RUA - 6 (HANG),
NO DIA 19/01/2020 COM FIXAÇÃO
DE FRACTURA POR PLACA E PARAFUSOS
EVOLUINDO COM CONSOLIDAÇÃO E

MATRIZ

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 / DEB: 1574 / RQE: 2245

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 St. de Lourdes, nº 463, bairro Jose Americo, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58074-076, portador(a) do Rg nº 3231092, SSP/ PB e CPF nº 084.044.484-26.

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal F. Costa Duarte nº 357, bairro Monte Góes, 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 criminal.

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 Dezembro 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
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-006964

Reconheço por autenticidade a firma de:
RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Dou fe. em testemunho de verdade. João Pessoa - PB. 06/02/2020 16:27:24
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FAREM: R\$ 0,30 IBB: R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AJS87986-1427
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.ju.br>

IVONETE VEIRA 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, 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](#)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. - CARGO EMISSOR DE 1054562 SSP PB
	CPF 455.836.024-91 DATA DE EMISSÃO 02/04/1967
	RENÇÃO JOSEFA GERVASIO DA SILVA
	FORMAÇÃO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL
Nº DO CERO 00724153102	DATA DE EMISSÃO 10/11/2014
DATA DE VALIDADE 06/04/1989	
ASSINATURA 	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA DE EMISSÃO 11/11/2014	
ASSINATURA DO EMISSOR 	
NÚMERO DE EMISSÃO 60378988469	
NÚMERO DE EMISSÃO PB029545609	
DITADO POR EMISSOR	

VÁLIDA EM TODAS
AS INTERMEDIÁRIAS
1009001575

PROVIDO PLASTIFICAR
1009001575



NOME
RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1665538189



30X IDENTIDADE / ORGÃO E-1000-IP
223.092 1599 678

CITY DATA NASCIMENTO
084.044.484-26 29/05/1986

NÚMERO
SEVERINO BERNARDO DE
ARAÚJO
CESSI TAVARES DE
ARAÚJO

PERMANENTE ACC CALIBRE
AB AB

1º REGISTRO 2º REGISTRO
22/05/2014



OBSERVAÇÃO

Rafael TAVARES DE ARAUJO

ASSINATURA DO DETENTADOR

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1665538189

LOCAL DATA EMISSÃO
JOÃO PESSOA, PB 16/11/2014

71405306122
2803788441

PARAIBA

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)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-83-83 | S/N (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/DOCORIGINALASPK?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 acerca da profissão e da faixa de renda mensal, bem 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 COAF¹.

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

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024 / 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 Invalidez 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: _____ Razões: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova da 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>Marabá</u>	Estado: <u>PA</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail: _____	Tel. (DDD): <u>(83) 91866-3490</u>	

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

Assinatura do Declarante