



# 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.....: 044.044.484-96

RG: 3234092

CNS:

Endereço...: MARTA DE LONDRES VIEIRA

Nº: 483

Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA

Município...: JOÃO PESSOA

Estado:

CEP: 58013-10

Fone.....: 3349107440 - Rio de Janeiro

Nome da Mãe: GESSI TAVARES DE ARAUJO

### DADOS DO ATENDIMENTO

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

CRM: 7618

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

Colégio.....: PART. LAR

Tipo de Serviço: INTERNAÇÃO

### OUTROS DADOS

Nº da Índigena:

Etnia:

Nome da Tribo:

Localização:

SESAI:

PAJÉ:

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

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

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

03. 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.

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

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

06. Autorizo a remoção para outros órgãos de células hematológicas, mediante necessidade clínica e/ou cirúrgica.

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

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

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

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

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

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

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

14. As despesas hospitalares serão liquidadas no ato de seu fechamento no momento da solicitação de alta de paciente, podendo as mesmas serem negociadas no setor 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 neste ja 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 PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 51.015-070 - CNPJ: 09.121.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
Informe este número

MATRÍCULA

71011765

CÓPIA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DEZ/2019

SAPAEI TAVARES DE ARAUJO  
RUA MARIA DE IORDES PESSOA, 463 - APTO 201 - JOSE  
AMÉRICO JOAO PESSOA PB 58074-074

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Especial	
71011765	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
157307716	12/05/2014	INT. RES. RESIDUAL	REGULADO	REGULADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M <sup>3</sup> )	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
367	373	6	30	15/01/2020

LIST. CONS. ANER. LEIT.	QUALID. ÁGUA	ANEXO 20 PORT	05/2017	09
NOV/2019	4	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORME		
OUT/2019	4	TURBIDEZ	268	288
SET/2019	5	COLORO	268	288
AGO/2019	5	COL. T. BRUT	0	0
JUL/2019	2	COR	73	145
JUN/2019	4	COL. TOTAIS	268	288
MEDIA(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 M <sup>3</sup>	37,91
ESGOTO		

VALOR DE SERVIÇOS DE TRATAMENTO DE ÁGUA 3,51 PIS E CONTRIB. LET. 12,743/12

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



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATORAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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



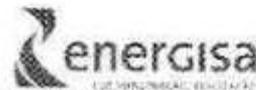
CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
71011765	DEZ/2019	05/01/2020	R\$ 37,91

8265080000 2 37510010001 3 07101176501 4 12201930003 9



# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do boleto.

Requisito paraสิทธิ์ pagamento de multa rescisória da empregadora: Nº 037.541.280

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.623-6

**DADOS DO CLIENTE**  
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01  
JOAO 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](http://www.energisa.com.br)

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



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



**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 CABEDELLO, 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: 084.044.484-26 4 - Nome completo da vítima: Rafael Tavares de Araújo

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

5 - Nome completo: Rafael Tavares de Araújo 6 - CPF: 084.044.484-26  
 7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R-<sup>a</sup> Mãe de Lourdes Pessoa 9 - Número: 463 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: José Américo 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-076  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (83) 9 86634900

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 INCLUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.500,00 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 0015318 9  
(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**

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**

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Causa do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grande 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/fetossor?  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 proibido, 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 -  Não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assinou a rogo/a pedido: \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assinou a rogo/a pedido: \_\_\_\_\_  
 37 - (\*) Assinatura de quem assinou a rogo/a pedido: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020  
Rafael Tavares de Araújo  
 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: 084.044.484-26 4 - Nome completo da vítima: Rafael Tavares de Araujo

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

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 INCLUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.500,00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 0015318 9  
(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**

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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Causa do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grande 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/fetossor?  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 proibido, 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível de quem assinou a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assinou a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 37 - (\*) Assinatura de quem assinou a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020  
Rafael Tavares de Araujo  
 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](http://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:

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

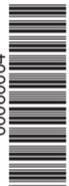
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







## 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, 1/1/  
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 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, CPF 084.044.484-26, RG 3234092, declaro que fui informado(a), estou ciente e de acordo com o fato de que o Hospital Universitário Nova Esperança - HUNE consiste em um hospital onde ocorre o processo de ensino aprendizagem, de forma que serei atendido(a) por MÉDICOS, ACOMPANHADO DE ALUNOS, estes último com a devida supervisão daqueles.

JOÃO PESSOA/PB 19/01/2020

  
ASSINATURA



# HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

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

Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## 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  
REPOSIÇÃO DA FRATURA  
PL.ÇÃO COMP PLACAS E PARAFUSOS  
CURATIVO  
TALA

*Temistocles de A. R. Filho*  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 2846 / TEOT: 5747 / ROE: 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> 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 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 Á URPA .  
ENCERRO SEM MAIS.

Ana Lúcio  
489885  
eae

1911

# MAPA DE CONSUMO

Paciente: Rafael Pavares de Group	Cirurgião: Dr. Leminstocles
Convênio: Particular	Data: 18/01/2020
Anestesia: Bloqueio	Sala: (1) (2) (3)
Cirurgia: Resutura do Cotovelo	Anestesista: Dr. Sergio
Circulante: rotaciona	Instrumentador: Gilard

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

	Utiliz
Adrenalina 1ml	
Atropina 0,25mg	
Aminofilina 240mg/10ml	
Amiodarona 150mg/3ml	
Bicarbonato de Sódio 8,4% 10ml	
Bicarbonato de Sódio 8,4% 250ml	
Cefazolina 1g	2
Cloreto de Potássio	
Cloreto Mg	
Clonidina	1
nina / ketamin	
Cefalotina 1g	
Dexametasona 4mg	1
Dimorf 10mg	
Dipirona sódica 500mg/ml	2
Dobutamina 250mg/20ml	
Dopamina 50mg/10ml	
Dormomid 5mg/3ml	
Efedrina 50 mg/ml	
Etomidato 2mg/ml 10ml	
Fentanil 0,5mg/ml 10 ml	
Flumazenil 1mg	
Furosemida 20mg/2ml	
Glucanato de calcio 10% 10ml	
Heparina 5000 UI/ml 5ml	
Hidrocortisona 500mg	
Isoflurano 250/100 ml	
Lidocaina 2 % S/V 20 ml	1
cloramida /Plasil	
Monocordil/ Isossorbida	
Metoprolol / Seloken	
Ondansetrona/ Nausebron 4mg	1
Neostgmina	
Neocaina pesada/ bupivacaina	
Noradrenalina 4mg/4ml	
Novabupi 0,5% c/v 20 ml	1
Nitroprussiato de sódio 50mg/ml / Niprid	
Papaverina	
Prometazina	
Protamina 5000 UI/5ml	
Pancurônio	
Propofol	
Quefacin	
Ranitidina	
Rocurônio	
Solução Cardioplégica	
Tenoxicam 20mg	2
Transamin	
Tramal 50mg	
Xylocaina 2% 10ml s/v	

	Utiliz
Água Destilada 10 ml	4
Agulha desc 13X4,5G	
Agulha desc 25X7G	
Agulha desc 40X12G	1
Agulha Raqui 22	
Agulha Raqui 25	
Agulha Peri 16	
Agulha Peri 17	
Azul de etileno	
Atadura Grande	
Bomba Centrífuga	
Capa de VDL	
Campo Operatório (Compressas)	5
Cânula de perfusão coronária	
Cateter tipo óculos	1
Coletor Dist. Fechado	
Eletrodos	5
Equipo macrogotas	1
Equipo de BIC	
Equipo de BIC Foto	
Equipo de Hemotransfusão	
Estabilizador tecidual	
Extensor fix	
Fita hospitalar	
Filtro + traqueia	
Filtro de Cardioplegia	
Filtro de linha arterial	
Filtro de sangue para recirculação	
Glicose 50%	
Hemoconcentrador	
Introdutor cateter femural F4	
Introdutor cateter femural F4	
Jelco 14G	
Jelco 16G	
Jelco 18G	
Jelco 20G	1
Jelco 22G 24	1
Lâmina bisturi 11	2
Lâmina bisturi 15	1
Lâmina bisturi 23	
Lâmina bisturi 24	1
Luva de procedimento (par)	
Luva 6,5	
Luva 7,0	1
Luva 7,5	2
Luva 8,0	2
Luva 8,5	
Lidocaina Geleia	

	Utiliz
Lidocaina 2% com vaso	1
Perfusor set	1
Sonda foley 18 (2 vias)	
Pericárdio Bovino	
Reservatório de Cardioplegia	
Sist. Drenagem mediastinal n°	
Sistema de Cardioplegia	
Sist. Auto hemotransfusão	
Shunt n° 1,5/ 1,75/ 2,0	
Seringa desc 1ml	
Seringa desc 3ml	1
Seringa desc 5ml	
Seringa desc 10ml	2
Seringa desc 20ml	1
Seringa desc 60ml	
Sonda aspiração 14	
Sonda aspiração 16	
Sonda uretral 6	
Sonda uretral 8	
Sonda uretral 10	
Sonda uretral 12	
Sonda 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	
Transofix	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	
Espadrapo	
Gorro descartável	
Gaze pacote <input checked="" type="checkbox"/>	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%	
Benjoim	

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 cardiotomia	
Sistema Auto hemotransusão	
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	

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

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

PACIENTE: <u>Rafael Faveres de Araujo</u>		CONTÊNER: <u>Articular</u>	MUNICÍPIO DE ORIGEM: <u>João Pessoa</u>				
CIRURJANTE: <u>Tabuca</u>		ENFERMEIRA: <u>Ana Lucia</u>	SALA: <u>A</u> B C D E				
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.: _____				
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:							
CIRURGIÃO: <u>Dr. Remington</u>	1º AUXILIAR: _____	2º AUXILIAR: _____					
ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Sergio</u>	INSTRUMENTADOR: <u>Gilord</u>	Início da Anestesia: <u>8:00</u>	Termo da Anestesia: <u>9:50</u>				
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"/> ILDO ENDOT. Nº _____ <input type="checkbox"/> S/ CUFF <input type="checkbox"/> C/ CUFF FIO GUIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> GUEDELL Nº _____ <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 type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> INTUBADO <input type="checkbox"/> OUTRO _____ <input checked="" type="checkbox"/> ADORNO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PRÓTESE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO							
4-Sinais Vitais:							
H	A	PA	PULSO	FC	FR	SPO2	Tº
1-	8:30	159,94		83	22	99	
2-	9:00	158,77		83	22	100	
3-							
5- Posição operatória:							
<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LATERAL _____ <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG <input type="checkbox"/> PROCLIVE <input type="checkbox"/> PROCTOLOGICA							
6- Cateteres e Drenos:							
<input type="checkbox"/> ACESSO CENTRAL _____ SNG Nº _____ <input checked="" type="checkbox"/> ACESSO PERIFÉRICO MS: <u>esquerda</u> <input type="checkbox"/> ACESSO ARTERIAL(PAM) _____ <input type="checkbox"/> DRENO TÓRAX <input type="checkbox"/> DRENO SUÇÃO <input type="checkbox"/> PEN ROSE Nº _____ <input type="checkbox"/> SVD Nº _____ <input type="checkbox"/> ANTISSEPTICO UTILIZADO: _____ BALÃO INSUFLADO COM _____ ML. ASPECTO: _____ PASSADO POR: _____							
7- Coxim							
<input checked="" type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> COLUNA CERVICAL <input type="checkbox"/> COLUNA LOMBAR <input type="checkbox"/> OMBRO <input type="checkbox"/> TÓRAX <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"/> RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO							
10- Exames realizados:							
<input type="checkbox"/> MOGRAMA <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"/> OCLUSIVO <input type="checkbox"/> SEMI-OCLUSIVO <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 RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CHOQUE ANAFILÁTICO DESTINO DO PACIENTE: <u>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		
<p><b>IDENTIFICAÇÃO</b></p> <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> <p>    &gt; <input checked="" type="checkbox"/> Sítio demarcado</p> <p>    &gt; <input checked="" type="checkbox"/> Avaliação pré anestésica</p> <p>    &gt; O paciente possui:</p> <p>        <b>Alergia conhecida?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>    &gt; <b>Via aérea difícil/Risco de aspiração?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e equipamento/Assistência disponíveis</p> <p>    &gt; Confirmar reservas</p> <p><input type="checkbox"/> UTI</p> <p><input type="checkbox"/> Hemoderivados</p> <p>    &gt; 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>    &gt; Acesso venoso</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Periférico</p> <p><input type="checkbox"/> ACV</p>	<p><b>CONFIRMAÇÃO</b></p> <p>    &gt; 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>    &gt; <b>Cirurgião anestesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente:</b></p> <p>- Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>- Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>- Procedimento <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>    &gt; <b>Eventos críticos previstos</b></p> <p>        <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><b>Revisão da equipe de enfermagem:</b> Os materiais necessários (ex: instrumentais, próteses) estão presentes e dentro do prazo de esterilização com os resultados do indicador/esterilização?</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>    &gt; <b>A profilaxia antimicrobiana foi realizada no últimos 60 minutos?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><b>As imagens essenciais estão disponíveis?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p><input type="checkbox"/> Re procedimento incluindo pr</p> <p><input type="checkbox"/> Se as co cirúrgicos, estão corretas</p> <p><input type="checkbox"/> Como a patológica (incluindo o r</p> <p>    &gt; Verbaliz</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Registro</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Comanda</p> <p><input type="checkbox"/> Controle</p> <p><input type="checkbox"/> Peça anat</p> <p><b>(Acondiciona solicitação)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Materiais laboratorial</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrê</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrê</p> <p>    &gt; Transferê</p> <p><input type="checkbox"/> URPA</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermaria Cirúrgica</p>
<p><i>paciente admitida pela CC para realização procedimento cirúrgico ortopédico, consciente com acesso periférico, monitorizada em transoperatória estavel onde sera ser do ao apto para as clenchas curchadas da gem.</i></p>		
<p>ASS./CARIMBO:</p>		
<p>CIRCULANTE: <i>Patrícia</i></p>	<p>INSTRUMENTADOR: <i>Gilberto</i></p>	<p>/ENFERMEIRO(A): <i>Cláudia</i></p>



Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

# 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>Itavaca</u>	Data: <u>19/08/2010</u>	Enfermeira: <u>Ana Lucia</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 CO <sub>2</sub> (CAL SODADA) ESTÁ EM CONDIÇÕES DE USO?
<input checked="" type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA COM MONITOR COMPLETO (CABO DE ECG COM 5 ELETRODOS, OXÍMETRO), TRAQUEIAS LONGAS, VAPORIZADOR DE SERVOFLURANO, VAPORIZADOR DE ISOFLURANO?
<input 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 N 4, LARINGOSCÓPIO COM UMA LÂMINA MAIOR N 04 e MENOR N 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)







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-8245

**PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA**

Prescrição: 24311



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

123

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

**Medicações**

Item Elem Código	Descrição	Dose	Uni	Via	Freqüência	Qtde Total	Saída
002 01 00000400	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1	FAM	EV	12/12	2	ESTOQ
003 01 00000046	DIPIRONA; 1G/2ML INJETAVEL	1	AMP	EV	06/06	4	ESTOQ
004 01 00000509	TECNICAM; 40MG/ML AMPOLA INJETAVEL	1	AMP	EV	24/24	1	ESTOQ
005 01 00000071	METOCLOPRAMIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL SE VÔMITOS -	1	AMP	EV	08/08	3	ESTOQ
006 01 00000008	(C) TRAMADOL; 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**  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGISTA  
 CRM: 7618 / RQE: 5245

PRESCRIÇÃO 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 JOAO PESSOA - PB 58074-076  
Prest. Presc: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7  
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: 250750  
Cl. Risco: AGENCIAMENTO SEM AVENIMENTO

Ítem	Elem	Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtd	Total
001	01	00000474	DIETA LIVRE				1	

~~Temistocles de A. R. Filho~~  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB: 1708 / TECNISTA / RQE-3345



# 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 ASSISTENCIA 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.....: TEMISTÓCLES 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:

( ) NA PAÍZ    ( ) NA PAÍZ COM FAMILIARES    ( ) NA PAÍZ

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	Tax	SAT%	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

Sector: 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 PÉRVIO E FUNCIONANTE, SEGUE SEM QUEIXAS E MEDICADO CPM.

Inspeção

ABDOMEM GLOBOSO

Ausculta

F ENÇA DE MÚRMURIOS VESICULARES SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS

Palpação

INDOLOR

Percussão

Timpânico: como um tambor (viscera vazia)

Cinthya Naara Morais 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

Sector: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Mamas

Mamilos

Formato: SIMETRICAS

[ ] - Dor a palpação

[ ] - Presença de nódulos palpáveis

[ ] - 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

NORMAL

Nariz

SEM ANORMALIDADES

Boca

SEM ANORMALIDADES

Pescoço

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 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

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 Morais da Silveira  
COREN-PR 589680

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 ACOMPANHO POR FAMILIARES.

Inspeção

ABDOMEM GLOBOSO

Ausculta

PRESENÇA DE MÚRMURIOS VESICULARES SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS

Palpação

INDOLOR

Percussão

mpânico: como um tambor (viscera vazia)

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 20:39:24

*Vanessa*  
VANESSA DA SILVA COSTA

COREN 281465

# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 20:4



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

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

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

**VANESSA DA SILVA COSTA**  
COREN 281465

HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA  
Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 44



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

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

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

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

**Olhos**

**Olhos:** NORMAL

- Usa Óculos

- Usa Lentes de Contato

**Pupilas: Reatividade:** REACAO FOTOMOTORA POSITIVA

**Formato:**

**Simetria:** ISOCORICAS

**Cabeça e Pescoço**

**Ouvidos**

NORMAL

**Nariz**

SEM ANORMALIDADES

**Boca**

SEM ANORMALIDADES

**Pescoço**

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



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

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

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Pele		Mucosa	
Coloração: CORADA	Escala: +++ / ++++	Coloração: CORADA	Escala: ++ / ++++
Umidade: NORMAL		Hidratação: NORMAL	Escala: +++ / ++++
[ ] - Rubor	[ ] - Lesões	[ ] - Hematomas	Observações:
[ ] - Manchas	[ ] - Eritema	[ ] - Escoriações	
[ ] - Edema	[ ] - Petéquias	[ ] - Equimoses	
[ ] - Lesão por Pressão			
Observações:			

### Eliminações

Urinário: 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

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

Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

NOME: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO  
Nº: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: 17084

ATENDIMENTO: 32965  
LEITO: 123-A

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

RELATÓRIO TÉCNICO

HORA: 17:00

EVOLUÇÃO:

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

Ana 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 Clínicas

<b>PRESSAO ARTERIAL SISTOLICA: 111 mmHg</b> Método: MANUAL Aparelho: esfigonometro Observação: esfigonometro	<u>Medida do RN: N</u>	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:54:00
<b>PRESSAO ARTERIAL DIASTOLICA: 80 mmHg</b> Método: MANUAL Aparelho: esfigonometro Observação: esfigonometro	<u>Medida do RN: N</u>	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:54:00
<b>FREQUENCIA RESPIRATORIA: 13 FR</b> Método: PODE SER VERIFICADO SENTADO / DEITADO SENDO PREFERENCIAL DEITAD Aparelho: MANUAL Observação: MANUAL	<u>Medida do RN: N</u>	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:54:42
<b>SATURACAO: 91 SPO2%</b> Método: UTILIZAÇÃO DE OXIMETRO Aparelho: OXIMETRO Observação: OXIMETRO	<u>Medida do RN: N</u>	ANA CAROLINE DE OLIVEIRA SILVA COREN 001444744 19/01/2020 14:54:42
<b>FREQUENCIA CARDIACA: 69 FC</b> Método: MANUAL Aparelho: OXIMETRO Observação: OXIMETRO	<u>Medida do RN: N</u>	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	CEFAZOLINA; 1G	KEFAZOL	2,000000	AMP	008676	30/04/2021
9	00001358	ONDANSETRONA; 8MG/4ML INJ.	NAUSEDRON	1,000000	AMP	19060529	30/06/2021
10	00000096	AGUA DESTILADA; AMPOLA 10ML INJETA	AGUA PARA INJECAO	4,000000	AMP	19E8524C	30/05/2021
11	00000340	FIO NYLON 2-0 3/8 C/AG 3,0CM CUT.		1,000000	UNI	4190812	15/02/2024
12	00002068	FIO ACIDO POLIGLICOLICO 1 C/AG 40M		1,000000	UNI	9191548	02/04/2024
13	00000410	SORO RINGER C/ LACTATO 500 ML	SOLUCAO RINGER C/ LA	2,000000	FAM		
14	00000400	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML		1,000000	FAM		
15	00000169	CAMPO OPERATORIO 25X26 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 Favares de Araújo      CIRURGIÃO: Dr. Semizobelen      ANESTESISTA: Dr. Sergio  
 CIRCULANTE: Fabrício      AUXILIAR 01:      AUXILIAR 02:      CONVÊNIO: Particular  
 INSTRUMENTADOR: Gilberto      DATA: 19.01.2020      SALA: 02      HORÁRIO ANESTESIA: 8:00      INÍCIO CIRURGIAS: 8:40      TÉRMINO CIRURGIAS: 09:50  
 CIRURGIAS: Fratura do cotovelo      ANESTESIA: Bloqueio      CIRURGIAS GERAIS      Garante: 9:28

PSICOTRÓPICO ANESTESIA GERAL			
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ
ISOFLURANO		ROCURÔNIO	
FENTANIL 10 ML	1	CLONIDINA	1
MIDAZOLAN 10 ML	1	NOVABUPRIVACAINA c/ VASO	1
ETOMIDATO		ALFENTANIL	
MORFINA 10 MG			

PSICOTRÓPICO ANESTESIA PERIDURAL			
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ
FENTANIL 2 ML			
MIDAZOLAN 2 ML			
TRAMAL 50 MG			

PSICOTRÓPICO ANESTESIA RAQUIDEA			
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ
NEOCAINA PESADA		CLONIDINA	
FENTANIL 2 ML			
MIDAZOLAN 2ML			

ENXOVAL			
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ
CAMPO P	4	LENÇOL FENESTRADO P	2
CAMPO G	4		

GASES MEDICINAIS			
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ
AR COMPRIMIDO (AR)		OXIGÊNIO SOB MÁSCARA	
NITROGÊNIO (N)		OXIGÊNIO SOB PRESSÃO	

MATERIAL DE SALA			
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ
DETERGENTE ENZIMÁTICO		MICROPORE	
ESCOVA DE DEGERMAÇÃO	2	SAPATILHA DESCARTÁVEL (UNIDADE)	8
ESPARADRAPO		ÁLCOOL 70%	
PVPi TÓPICO		LUVA DE PROCEDIMENTO (UNIDADE)	
PVPi DEGERMANTE			

EQUIPAMENTOS			
DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ	DESCRIÇÃO MATERIAL	UTILIZ
ASPIRADOR		BIA - BALÃO INTRAMÓRTICO	
BISTURI ELÉTRICO		CARÓGRAFO	
BOMBA DE INFUSÃO		DEFIBRILADOR	
		LARINGOSCÓPIO	
		MONITOR CARDIACO	
		OXÍMETRO DE PULSO	



Central Fraturas

LAUDO MÉDICO

Nome: O paciente ISRAEL TRAVASSOS  
de SIAVO, foi vítima de  
ACIDENTE DE MOTO NO DIA  
16/01/2020, foi socorrido

pelo SANEAP/O ONTO TRAVASSOS  
MANGABANA e Hospital de  
Trauma onde foi diagnosticado  
com fratura completa do cotovelo  
①, foi submetido a TTE (cirurgia)  
no Hospital de Trauma (H.T.),  
no dia 19/01/2020 com fixação  
da fratura por placa e parafusos  
evoluindo com consolidação e

MATRIZ São Lima 12400  
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 / RQE: 1574 / RFE: 2215

# 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

**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 157, bairro Umarizete, 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 ambulatorial.

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

João Pessoa, 06 de Janeiro de 2020.

Rafael TAVARES DE ARAUJO  
Outorgante  
CPF nº 084.044.484-26

**CARTORIO**  
**VIEIRA BATISTA**

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**2º OFÍCIO DE NOTAS**  
Bairro, Rosalba Vieira Batista  
RUA DO COMÉRCIO, 100 - JOÃO PESSOA - PB

**RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-006964**  
Reconheço por autenticidade a firma de  
**RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**

Dou. nº, 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://seodigital.tpb.ju.br>

**IVONETE VEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA**

**SERVIÇO NOTARIAL**  
**2º OFÍCIO DE NOTAS**  
**VIEIRA BATISTA**

## Mauricio Imparato

---

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

Prezados, bom dia!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abraços,

## Mauricio Imparato

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica  
[mauricio.imparato@seguradoralider.com.br](mailto:mauricio.imparato@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598  
Cel. 55 21 98223-8789



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

Rua da Assembléia, 100 - 21° 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](#)





NOME  
**RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
166538189



SEXO / IDENTIDADE / ORIGEM / RAÇA / P  
M / 23.092 / 159 / BR

CITY / DATA NASCIMENTO  
084.044.484-16 / 29/05/1985

NÚMERO  
SEVERINO BERNARDO DE  
ARAÚJO  
CESSI TAVARES DE  
ARAÚJO

PERMANENTE / ACC / CASAR  
[ ] / [ ] / [ ]

1ª REGISTRO / VALIDADE / 2ª REGISTRAÇÃO  
[ ] / [ ] / 22/05/2014

OBSERVAÇÃO

*Rafael Tavares de Araujo*  
ASSINATURA DO PORTADOR

PROTEÇÃO PLÁSTICA  
166538189

LOCAL / DATA EMISSÃO  
JURU / PESSOA, PA / 16/11/2014

*[Signature]*  
ASSINATURA DO EMISOR  
71405306122  
28037884417

PARAIBA



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 020-2596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 83 | S/C (para eficiência auditiva e de falas): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 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/SIBLID/TECAWEB/DOC/ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20636>

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, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL 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 Jose 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 (Seguro-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>Mangabeira</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:		tel.(DDD): <u>(33) 91866-3490</u>

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

Assinatura do Declarante