



01/12/2020

Número: **0803425-18.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                         |                   |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| RAFAEL TAVARES DE ARAUJO (AUTOR)                              |                    | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)<br>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                                      |                   |
| RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)                 |                    |                                                                       |                   |
| Documentos                                                    |                    |                                                                       |                   |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                                                             | Tipo              |
| 37300389                                                      | 01/12/2020 10:07   | <a href="#">Petição</a>                                               | Petição           |
| 37300391                                                      | 01/12/2020 10:07   | <a href="#">2736877_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03</a>         | Outros Documentos |
| 37300396                                                      | 01/12/2020 10:07   | <a href="#">2736877_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>         | Outros Documentos |
| 37300699                                                      | 01/12/2020 10:07   | <a href="#">2736877_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>               | Outros Documentos |

EM ANEXO



# HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

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

## FICHA DE INTERNAÇÃO

|                                                   |                 |                                  |                              |
|---------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                         |                 | Nº Internação 32965              |                              |
| Data Adm.: 19/01/2020 07:03                       |                 | Prontuário: 17084                |                              |
| Nome.....: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO               |                 | Data Nasc.: 29/05/1989           |                              |
| Idade.....: 30                                    | Sexo: MASCULINO | Cor:                             |                              |
| CPF.....: 044.044.484-06                          | RG: 3234092     | CNS:                             |                              |
| Endereço....: MARIA DE LUIZES GESSA               |                 | Nº: 343                          | Bairro: JOSE AMERICO DE ALME |
| Município....: JOAO PESSOA                        |                 | Estado:                          | CEP: 58043-00                |
| Fone.....: 84491071111                            |                 |                                  |                              |
| Nome da Mãe: GESSI TAVARES DE ARAUJO              |                 |                                  |                              |
| DAD: DO ATENDIMENTO                               |                 |                                  |                              |
| Médico.....: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO |                 | CRM: 7618                        |                              |
| Clínica.....: 1º ANO INTERN                       |                 | Acomodação: APARTAMENTO PRIVATIV |                              |
| Colônia.....: PARTILAR                            |                 | Leito: 123-A                     |                              |
| OUROS DADOS                                       |                 | Tipo de Serviço: INTERNACAO      |                              |
| Nº Indígena:                                      |                 | Etnia:                           |                              |
| Raça da Tribo:                                    |                 | Localização:                     |                              |
| SES:                                              |                 | PAJÉ:                            |                              |

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

João Pessoa, 19/01/2020

  
PACIENTE/RESPONSÁVEL



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 09.120.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INDIQUE ESTE NÚMERO  
**MATRÍCULA**

71011765

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, 463 APTO 201 JOSE  
AMERICO JOAO PESSOA PB 58074-076

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

| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização     | Situação Água | Situação Esgoto |
|------------|--------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| 1131307746 | 12-05-2014         | EXTERIOR LIGADO |               | POTENCIAL       |

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

HIST. CONS. ANTER. LEIT. E QUALID. ÁGUA - ANEXO 20 PORT. 05-2017 BR

| PERÍODOS | 4 | PARÂMETROS EXIG. ANALÍT.     | CONFORME    |
|----------|---|------------------------------|-------------|
| NOV/2019 | 4 | TURBIDEZ                     | 268 288 279 |
| OUT/2019 | 4 | COLOR                        | 268 288 288 |
| SET/2019 | 5 | COL. TEPOT                   | 0 0 0       |
| AUG/2019 | 2 | COR                          | 73 143 129  |
| JUL/2019 | 4 | COL. TOTAIS                  | 268 288 274 |
| MEDIAN   | 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 SUBSTANCIADO: TRANSFER. R\$ 3,51 PIS E CONFINS. IET 12/242/12

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  | DEZ/2019   | 05/01/2020 | R\$ 37,91     |

826500000000 2 37910010001 3 07101176501 4 12201930003 9

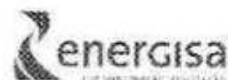


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

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



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

|                                                                                            |                     |                                   |                   |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b>                                                                    |                     | <b>CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR</b> |                   |                      |
| JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA<br>RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01<br>JOÃO PESSOA |                     | 5/1698281-1                       |                   |                      |
| <b>REFERÊNCIA</b>                                                                          | <b>APRESENTAÇÃO</b> | <b>CONSUMO</b>                    | <b>VENCIMENTO</b> | <b>TOTAL A PAGAR</b> |
| 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 - JOÃO 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 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

1/1









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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094275

Vítima: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Data do Acidente: 16/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15581981

Pag. 01229/01230 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

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

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200094275**

**Vítima: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**

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

Banco: **237**

Agência: **000002159-8**

Conta: **0000015318-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

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

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

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00007/00008 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060004



Carta nº 15579423



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000015318-4

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO3004202005000000000023702159000000015318168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 10:07:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120110072145100000035593288>

Número do documento: 20120110072145100000035593288



Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## TERMOS DE AUTORIZAÇÃO

### AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO

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

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

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

João Pessoa, 19/01/20

Assinatura:

*Rafael T. de Araújo*

### AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA E ANESTESIA

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

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

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

João Pessoa, 19/01/20

Assinatura:

*Rafael T. de Araújo*

### TERMO DE ALTA A PEDIDO

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

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

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





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

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

### TERMO DE CONSENTIMENTO

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

JOÃO PESSOA/PB 19/01/2020

  
ASSINATURA





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

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

### DESCRIÇÃO CIRURGICA

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

#### DADOS DO ATENDIMENTO

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

PROCEDIMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE OLECRANO ESQ

#### DESCRIÇÃO

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

Temistocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 2467/TEOT: 3147 / RQE: 5245

JOÃO PESSOA, 19 de janeiro de 2020

MÉDICO RESPONSÁVEL: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 10:07:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120110072145100000035593288>

Número do documento: 20120110072145100000035593288

# HOSPITAL UNIVESITÁRIO NOVA ESPERANÇA

## BOLETIM OPERATÓRIO ENFERMAGEM

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

Nº ATEND. 32965

### DADOS DA CIRURGIA

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

### EVOLUÇÃO E DESCRIÇÃO

#### ANTES DA CIRURGIA

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

#### DEPOIS DA CIRURGIA

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

### EVOLUÇÃO

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

*Ana Lúcio*  
489885  
*soar*





## MAPA DE CONSUMO

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

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

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

|                               | Utiliz |
|-------------------------------|--------|
| Lidocaina 2% com vaso         | 1      |
| Perfusor set                  | 1      |
| Sonda foley 18 (2 vias)       |        |
| Pericárdio Bovino             |        |
| Reservatório de Cardioplegia  |        |
| Sist. Drenagem mediastinal n° |        |
| Sistema de Cardioplegia       |        |
| Sist. Auto hemotransfusão     |        |
| Shunt n° 1,5/ 1,75/ 2,0       |        |
| Seringa desc 1ml              |        |
| Seringa desc 3ml              | 1      |
| Seringa desc 5ml              |        |
| Seringa desc 10ml             | 2      |
| Seringa desc 20ml             | 1      |
| Seringa desc 60ml             |        |
| Sonda aspiração 14            |        |
| Sonda aspiração 16            |        |
| Sonda uretral 6               |        |
| Sonda uretral 8               |        |
| Sonda uretral 10              |        |
| Sonda uretral 12              |        |
| Sonda nasogástrica longa 18   |        |
| Sonda nasogástrica longa 20   |        |
| Sonda foley 12 (2 vias)       |        |
| Sonda foley 14 (2 vias)       |        |
| Soro fisiológico 0,9% 500ml   |        |
| Soro glicosado 5% 500ml       |        |
| Soro ringer lactato 500ml     | 2      |
| Sol. Manitol                  |        |
| Sonda foley 16 (2 vias)       |        |
| 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                                                                          |        |
| Esparadrapo                                                                                   |        |
| Gorro descartável                                                                             |        |
| Gaze pacote  | 8      |
| Máscara descartável                                                                           |        |
| Micropore                                                                                     |        |
| Sapatilha descartável                                                                         |        |

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

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

| EQUIPAMENTOS      | Utiliz |
|-------------------|--------|
| Desfibrilador     |        |
| Laringoscópio     |        |
| Monitor cardíaco  |        |
| Marcapasso        |        |
| Oxímetro de pulso |        |
|                   |        |
|                   |        |

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

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

| FIO         |
|-------------|
| Mersilene   |
| Prolene     |
| Prolene     |
| Prolene     |
| Prolene     |
| Prolene     |
| Prolene 3/8 |
| Prolene     |
| Prolene     |
| Polyester   |
| Polyester   |
| Polyester   |
| Polycryl    |
| Polycryl    |
| Polycryl    |
| Polycryl    |
| Seda 0 c/   |
| Seda 3.0    |
| Vicryl/De   |
| Vicryl/De   |
| Vicryl/De   |
| Vicryl/De   |
| Vicryl/De   |

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



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM TRANSOPERATÓRIA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|----|------|----|
| PACIENTE: <u>Rafael Levaron de Araujo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                | CÓDIGO: <u>Articular/fees/0000</u> |                        | MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____       |    |      |    |
| CIRCUANTE: <u>Tabuac</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                | EXERMEIRA: <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.: _____ | DESTINO: <u>APY</u>              |    |      |    |
| <b>Dados da Cirurgia:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> PAC. AMBULATORIAL <input checked="" type="checkbox"/> CIR. ELETIVA <input type="checkbox"/> CIR. URGÊNCIA<br><input type="checkbox"/> POTENC. CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CIR. LIMPA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>1-Equipe cirúrgica:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| 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>  |    |      |    |
| <b>2-Tipo de Anestesia:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> RAQUI <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> PLEXO<br><input type="checkbox"/> TUDO ENDOT. Nº _____ <input type="checkbox"/> S/ CUFF <input type="checkbox"/> C/ CUFF FIO GUIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><input type="checkbox"/> GUEDELL Nº _____ <input type="checkbox"/> FIXAÇÃO <input type="checkbox"/> PROTEÇÃO OCULAR <input type="checkbox"/> COLÍRIO <input type="checkbox"/> POMADA |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>3- Condições Gerais do paciente no início da cirurgia:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> INTUBADO <input type="checkbox"/> OUTRO _____<br><input type="checkbox"/> ADORNO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PRÓTESE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                                                                                                             |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>4-Sinais Vitais:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| 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-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>5- Posição operatória:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA <input type="checkbox"/> TRENDLENBURG <input type="checkbox"/> PROCLIVE <input type="checkbox"/> PROCTOLOGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>6- Cateteres e Drenos:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> ACESSO CENTRAL SNG Nº _____<br><input checked="" type="checkbox"/> ACESSO PERIFÉRICO MS: <u>esquerda</u> <input type="checkbox"/> ACESSO ARTERIAL (PAM) _____<br><input type="checkbox"/> DRENO TÓRAX <input type="checkbox"/> DRENO SUCÇÃO <input type="checkbox"/> PEN ROSE Nº _____<br><input type="checkbox"/> SVD Nº _____ <input type="checkbox"/> ANTISSEPTICO UTILIZADO: _____ BALÃO INSUFLADO COM _____ ML<br>ASPECTO: _____ PASSADO POR: _____                                                               |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>7- Coxim</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <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 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>8- Bisturi Elétrico:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LOCAL DA PLACA: <input type="checkbox"/> PANTURRILHA _____ <input type="checkbox"/> COXA _____ <input type="checkbox"/> QUADRIL _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>9- Serviços requisitados:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> BANCO DE SANGUE <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>10- Exames realizados:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> EMOGRAMA <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GASOMETRIA <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> BIÓPSIA DE CONGELAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>11- Intercorrências:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>RELATE: _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>Uso de hemocomponentes:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> - plasma; <input type="checkbox"/> - c. de hemácias; <input type="checkbox"/> - plaquetas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>12- Peças para Anatomopatológico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FORMOL <input type="checkbox"/> SF 0,9% LOTE: _____ VAL: _____<br>TOPOGRAFIA: _____ LATERALIDADE: _____<br>ENCAMINHADA PARA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>13- Ao final da cirurgia:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| CURATIVO: <input checked="" type="checkbox"/> OCLUSIVO <input type="checkbox"/> SEMI-OCCLUSIVO <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> DESCOBERTO <input type="checkbox"/> TAMPÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>14- Transferência do Paciente:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO IMEDIATO <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> REAÇÃO ANAFILÁTICA <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CHOQUE ANAFILÁTICO<br>DESTINO DO PACIENTE: <u>APTO 123</u> <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> NECROTÉRIO                                                                                                       |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |
| <b>15- Anotações de Enfermagem:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                    |                        |                                  |    |      |    |

CHECK LIST – CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA



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



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

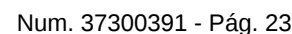
|                                           |                                                                         |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Paciente: <u>Rafael Tavares de Araújo</u> | Convênio: <u>particular</u>                                             |
| Cirurgião: <u>Isadora</u>                 | Data: <u>19/01/2020</u> Enfermeira: <u>Ana Lucia</u> Sala: <u>10345</u> |

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



[illegible]

112 Cooper St. #B  
Dr. Sergio Murilo G. Carvalho  
Armad. Macaé RJ 21.940-000  
RJ 21.940-000





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

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

PACIENTE: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

DATA DA ADMISSÃO: 19/01/2020

PRONTUÁRIO: 17084

### RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA MÉDICA: 19/01/2020

TIPO DE ALTA: MELHORADO

#### DIAGNOSTICO ADMISSIONAL:

FRATURA DE MONTEGGIA DE COTOVELO DIREITO

#### EVOLUÇÃO:

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO

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

#### DIAGNÓSTICO DE ALTA:

MELHORADO

#### ACOMPANHAMENTO:

AMBULATORIO DE DR TEMISTOCLES



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

Prescrição: 24311



Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO  
Data Solic.: 19/01/2020 09:33:44  
Prontuário: 17084  
Endereço: RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, N° 463 JOSE AMERICO DE ALMEIDA  
Presc. 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: 250750  
IBGE: 250750  
Cla. Risco: ACOMODAMENTO SEM ATENDIMENTO

123

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

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

TEMISTOCLES DE A. R. FILHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM 7618 / TEO: 15747 / RQE: 9245



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

Prescrição: 24311



|                                                                              |                                                              |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Paciente: <b>RAFAEL TAVARES DE ARAUJO</b>                                    | Sexo: <b>MASCULINO</b>                                       | Dt Nasc: <b>29/05/1989 30A 7M 21D</b>           |
| Data Solic.: <b>19/01/2020 09:33:44</b>                                      | Convênio: <b>PARTICULAR</b>                                  | Prescrição: <b>24311</b>                        |
| Prontuário: <b>17084</b>                                                     | CPF: <b>084.041.484-26</b>                                   | CNS: <b>250750</b>                              |
| Endereço: <b>RUA MARIA DE LOURDES PESSOA, N° 463 JOSE AMERICO DE ALMEIDA</b> | Prest.At: <b>TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7</b> | IRGE: <b>250750</b>                             |
| Presc.Presc: <b>TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7618)</b>          | Prest.At: <b>TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO (CRM 7</b> |                                                 |
| Espec.: <b>ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA</b>                                       | Tip Serviço: <b>INTERNAÇÃO CIRURGICA</b>                     | Clas. Blaco: <b>AGENDAMENTO SEM ATENDIMENTO</b> |

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

*Temistocles de A. R. Filho*  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 194170 / RQE 1945





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

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

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data Atend.: 19/01/2020 09:03 Prontuário: 17283  
Nome: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO Data Nasc.: 29/05/1989  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
Procedência: CASA

INFORMAÇÕES COLHIDAS COM: ( ) PACIENTE ( ) ACOMPANHANTE

#### DADOS DO ATENDIMENTO

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

#### ANTECEDENTES PESSOAIS:

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

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

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

#### ASPECTO ECONOMICO, SOCIAL E RELIGIOSO:

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

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

( ) ENS. SUPERIOR

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

#### MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

#### SINAIS VITAIS

| MEDICAÇÃO | DOSE | VIA | HORÁRIOS | PA | PULSO | FR | Tem | 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



SAE: 3854

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

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

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

Diagnóstico(s)

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

Condições Clínicas

Queixas/Histórico

07:10- PACIENTE ADMITIDO NA CLINICA CIRÚRGICA PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AO EXAME NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.  
07:30- PACIENTE ENCAMINHADO AO B.C JUNTO COM PRONTUÁRIOS.  
09:40- RECEBO PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, AINDA SOB EFEITO ANESTESICO. AVP PÉRVIO E FUNCIONANTE, SEGUE SEM QUEIXAS E MEDICADO CPM.

Inspeção

ABDOMEM GLOBOSO

Ausculta

F ENÇA DE MÚRMURIOS VESICULARES SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

Palpação

INDOLOR

Percussão

Timpânico: como um tambor (viscera vazia)

Cinthya Naara Moraes da Silveira  
COREN-PA 589.680-ENF

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

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



# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 10:29



32965

SAE: 3854

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

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

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

### Nutrição

IMC: 0 Aceitação:

Via Nutr.:

Estado Nutricional:

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

### Sistema Motor/Membros

Movimentação: DEAMBULA

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

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

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

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

### Membros Superiores

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

[ ] - Pulsos periféricos palpáveis [ ] - Edema

[ ] - Paresia [ ] - Amputações

[ ] - Plegia

Observações:

### Sistema Neurológico

#### Escala de Glasgow

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

Resultado 15

Escala de dor: 0/12

Nível de Consciência: CONSCIENTE

Observações:

### Membros Inferiores

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

[X] - Pulsos periféricos palpáveis [ ] - Edema

[ ] - Paresia [ ] - Amputações

[ ] - Plegia

Observações:

### Sistema Cardio-Respiratório

#### Tórax

Formato: ASSIMETRICO

Expansão: +++

Percussão:

[X] - Cicatrizes

[ ] - Abaulamento

Ausculta Cardíaca:

Murmúrios:

Ruídos:

[ ] - Lesões

[ ] - Retrações

#### Sistema Respiratório

Oxigenação: ESPONTANEO

Tipo Vent. Mecânica:

Frequência: EUPNEIA

Tipo de Respiração:

#### Frequência Cardíaca

NORMOCARDIO

#### Perfusão

NORMAL

#### Extremidades

AQUECIDAS

### Drogas Vasoativas

Faz Uso?: [ NÃO ]

Observações:

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

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

Cintya Naara Morais da Silveira  
COREN-PB 589.680 - FNF

# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 10:29



SAE: 3854

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

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

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

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

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

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

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

Data/Hora da Elaboração do SAE

19/01/2020 10:14:09

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA

COREN 589680

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

Cintya Naara Moraes da Silveira  
COREN-PB 589.680. ENF



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 10:07:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120110072145100000035593288

Número do documento: 20120110072145100000035593288

# 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<br><input type="checkbox"/> - Manchas<br><input type="checkbox"/> - Edema<br><input type="checkbox"/> - Lesão por Pressão | <input type="checkbox"/> - Lesões<br><input type="checkbox"/> - Eritema<br><input type="checkbox"/> - Petéquias | <input type="checkbox"/> - Hematomas<br><input type="checkbox"/> - Escoriações<br><input type="checkbox"/> - Equimoses | Observações:       |
| Observações:                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                                                                                                                        |                    |

| Eliminações                                     |                                    |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|
| Geniturinário: MICCAO ESPONTANEA<br>Alterações: | Evacuação: PRESENTE<br>Alterações: |
| Observações:                                    |                                    |

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

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

Cintya Naara Morais da Silveira  
COREN-PR 589680



HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA - HUNE  
Prescrição de Enfermagem

19/01/2020 10:28



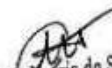
24333

Prescrição: 24333      Atendimento: 2965  
Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Leito: 123-A

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

CINTHYA NAARA MORAIS DA SILVEIRA  
COREN 589680

  
Cinthya Naara Morais da Silveira  
COREN-PR 589680 ENF



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

19/01/2020



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

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

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

**Diagnóstico(s)**

**Condições Clínicas**

**Queixas/Histórico**

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

**Inspeção**

ABDOMEM GLOBOSO

**Ausculta**

PRESENÇA DE MÚRMURIOS VESICULARES SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

**Palpação**

INDOLOR

**Percussão**

npânico: como um tambor (viscera vazia)

**Data/Hora da Elaboração do SAE**

19/01/2020 20:39:24

*Vanessa*  
**VANESSA DA SILVA COSTA**

COREN 281465

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



# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

## Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 20:39



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

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

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

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

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

VANESSA DA SILVA COSTA  
COREN 281465

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



HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA  
Sistematização da Assistência de Enfermagem

19/01/2020 20:44



32965

SAE: 3874

Paciente: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO

Convênio: PARTICULAR

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

Idade: 30

Médico: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIB

Leito: 123-A

Sexo: Masculino

Setor: 1º ANDAR INTERNACAO

Atendimento: 32965

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

**Olhos**

**Olhos:** NORMAL

☐ - Usa Óculos

☐ - Usa Lentes de Contato

**Pupilas: Reatividade:** REACAO FOTOMOTORA POSITIVA

**Formato:**

**Simetria:** ISOCORICAS

**Cabeça e Pescoço**

| Ouvidos           | Nariz             |
|-------------------|-------------------|
| NORMAL            | SEM ANORMALIDADES |
| Boca              | Pescoço           |
| SEM ANORMALIDADES | SEM ANORMALIDADES |

**Observações:**

**Abdome**

☐ - 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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 10:07:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120110072145100000035593288

Número do documento: 20120110072145100000035593288

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<br>19/01/2020 20:39:24 | VANESSA DA SILVA COSTA<br>COREN 281465 |

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





Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

## HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

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

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

NOME: RAFAEL TAVARES DE ARAUJO  
Nº: 17084

PRONTUÁRIO: 17084

ATENDIMENTO: 32965  
LEITO: 123-A

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

### RELATÓRIO TÉCNICO

HORA: 17:00

#### EVOLUÇÃO:

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

Ana Caroline de Oliveira Silva  
Ass. Técnica e Carimbo



# HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA - HUNE

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

## Medidas Clínicas

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

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



## Espelho de Saída para Paciente

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

| ITEM | CODIGO   | DESCRIÇÃO                          | NOME COMERCIAL       | QTD      | UNI | LOTE       | VALIDADE   |
|------|----------|------------------------------------|----------------------|----------|-----|------------|------------|
| 1    | 00000074 | LIDOCAINA 2% AMP. 20ML IV S/ VASO  | XYLOCAINA            | 1,000000 | AMP | 19070870   | 31/07/2021 |
| 2    | 00000413 | LIDOCAINA 2% AMPOLA 20ML IV C/ VAS | XYLOCAINA            | 1,000000 | AMP | 18060599   | 03/06/2020 |
| 3    | 00000044 | DEXAMETASONA; 4MG/ML AMPOLA 2,5ML  | DEXADOR              | 1,000000 | AMP | DX19E076   | 30/05/2021 |
| 4    | 00000046 | DIPIRONA; 1G/2ML INJETAVEL         | DIPIRONA             | 2,000000 | AMP | 26583959   | 31/05/2021 |
| 5    | 00000070 | LEVOBOPIVACAINA 5MG/ML IV 20ML C/  | NOVASUPI             | 1,000000 | AMP | 19040511   | 30/10/2020 |
| 6    | 00000030 | CLONIDINA; 150MCG/ML AMPOLA 1ML IN | CLONIDIN             | 1,000000 | AMP | 18070017   | 30/07/2020 |
| 7    | 00000085 | 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 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 |            |            |







LAUDO MÉDICO

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

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

06/02/2020

Temístocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM 7618 / RQE 1074 / RQE 5245



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 24/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OLÉCRANO ESQUERDO.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                      | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



## PROCURAÇÃO

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

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

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

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

João Pessoa, 06 de Janeiro de 2020.

Rafael TAVARES DE ARAUJO  
Outorgante  
CPF nº 084.044.484-26

**CARTÓRIO**  
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**CARTÓRIO**  
**VB**  
VIEIRA BATISTA

**2º OFÍCIO DE NOTAS**  
DIGITALIZADO EM 08/01/2020

Bal. Romulo Vieira Batista, 1000  
Rua da Liberdade, 1000, 5º andar, Joao Pessoa - PB

**RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-006964**

Reconheço por autenticidade a firma de:  
**RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**

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

**IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA**

**SERVIÇO NOTARIAL**  
2º Ofício  
João Pessoa - PB



## Mauricio Imparato

---

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

Prezados, bom dia!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abraços,

**Mauricio Imparato**

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica

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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598

Cel. 55 21 98223-8789



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



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

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





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1665538189

1965538189  
PROVIDO PLASTIFICANTE



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

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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura 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: \_\_\_\_\_ Raciocínio: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

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

Assinatura do Declarante



# 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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08034251820208152003

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAFAEL TAVARES DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 10:07:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120110072274100000035593296>  
Número do documento: 20120110072274100000035593296

Num. 37300699 - Pág. 2