



Número: **0873238-92.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **11/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA (AUTOR)		RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35299 952	06/12/2018 10:35	MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA-compressed	Documento de Comprovação



**Toscano &
Contreras**
ADVOGADOS

Escritório Natal - Av. Amintas Barros, 2909, 1º andar, sala 13
Lagoa Nova - Natal/RN CEP 59.062-250 - Tel/Fax: 84
3206.9533 - tcadvocacia5@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da cédula de identidade RG nº 003.362.086 ITEP/RN, inscrito no CPF/MF sob o nº 701.298.504-62, residente e domiciliado na Rua Dna. Maria Zilda da Silva, nº 154, Rita de Cássia, Bom Jesus/RN, CEP: 59.270-000.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, CRISTINA MARIA DE SIQUEIRA MACHADO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 600-A, CYNTHIA SUELY SOARES REGINALDO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.390, JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos integrantes do escritório de Advocacia **RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 787, CNPJ nº 28.433.584/0001-08, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula “*ad-judicia et extra*”, para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

Natal /RN, 04 de Dezembro de 2018.

Maximiliano Barbosa de Lima
Outorgante

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SEGURO DPVAT

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

1. PARTES: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, com inscrição no CNPJ: 28.433.584/0001-08 e inscrição na OAB/RN Nº 787, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250, fone: 3206-9533, denominada CONTRATADA, e por outro lado_

Nome:	Maximiliano Barbosa de Lima		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)	Estado Civil:	Solteiro
Profissão	Estudante	CPF nº	701.298.504-62
Endereço	Rua Dra. M. ^ª Eilida da Silva, nº 154, Rita de Cássia, Bom Jesus/RN, CEP: 59.270-000.		

aqui denominado(a) CONTRATANTE.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços profissionais da CONTRATADA, para que este requeira administrativamente perante a Seguradora Líder e; também ajuíze ação de cobrança referente à indenização de seguro DPVAT, junto ao Juizado Especial Cível ou Justiça Estadual.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará, em todas as instâncias, inclusive administrativas, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1 Pela propositura do requerimento administrativo e da ação judicial, o/a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, a título de honorários advocatícios, o valor de:

- 20% (VINTE) sobre todos os valores líquidos recebidos (judicialmente ou administrativamente) pelo(a) CONTRATANTE decorrente da ação proposta.
- O/A CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta.

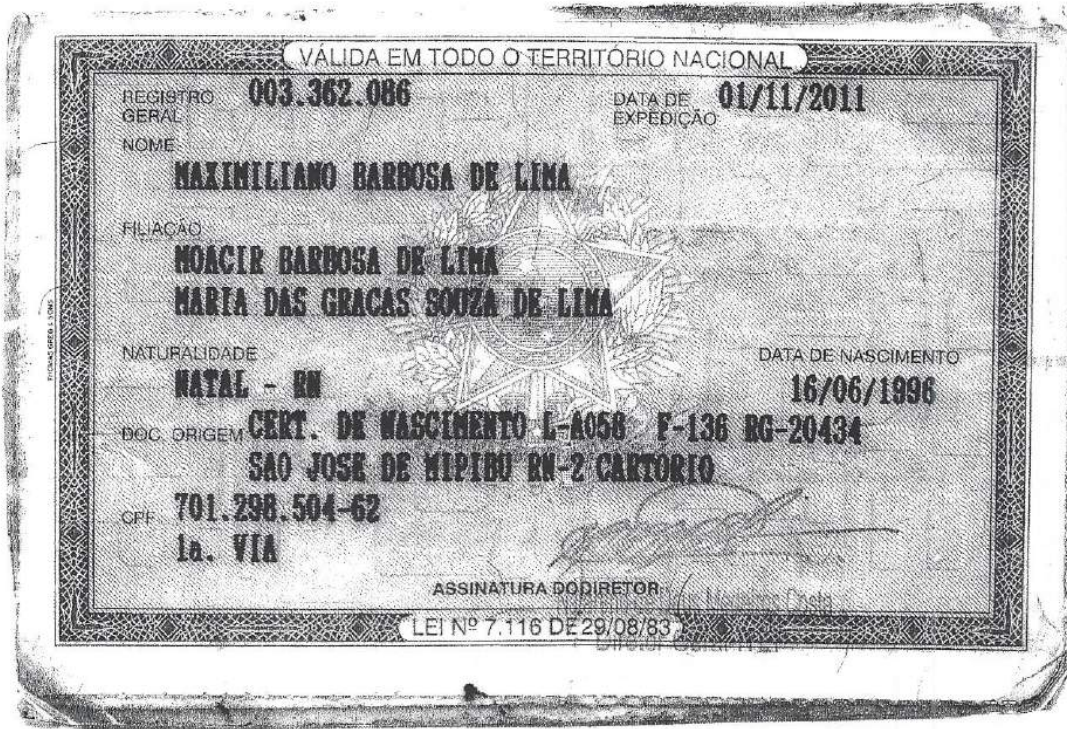
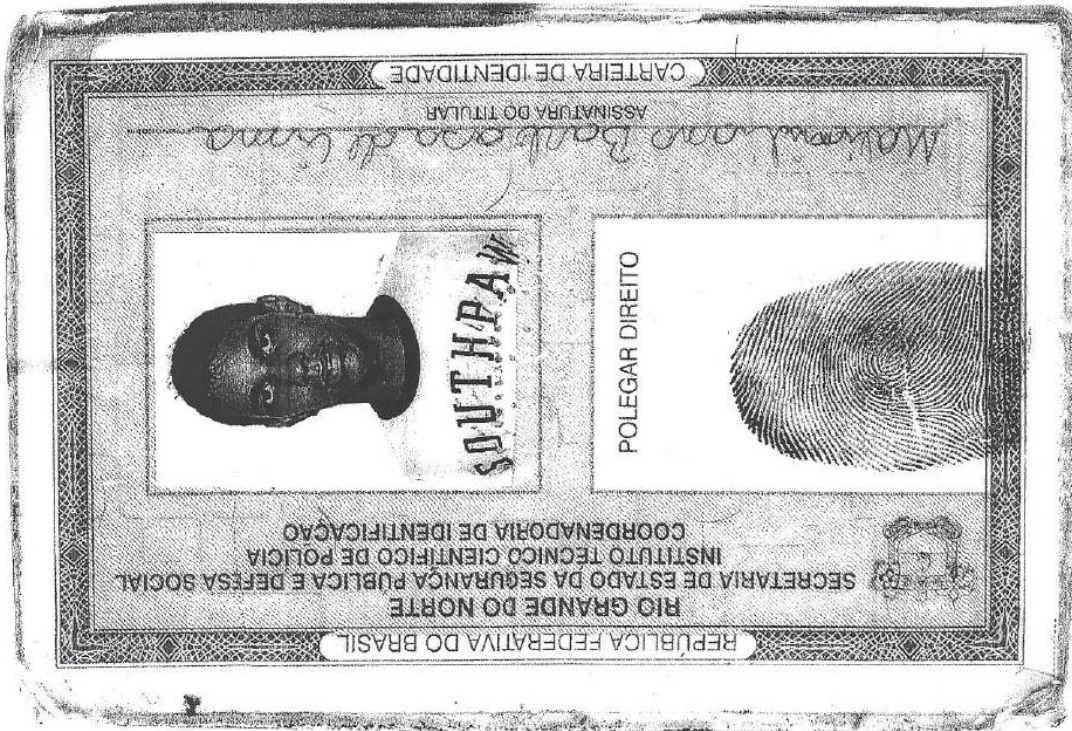
5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA

5.1 No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajuizar o processo conosco. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

5.2 A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá a CONTRATADA.

5.3 No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

Maximiliano Barbosa de Lima





CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2018096632135

ESCRITÓRIO BOM JESUS

MATRÍCULA 00663213.5	CLIENTE RITA DE CASSIA FERNANDES DA SILVA	CPF/CNPJ: 539.297.724-34	VENCIMENTO 20/09/2018
INSCRIÇÃO 510.001.420.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA DRA MARIA ZILDA DA SILVA, 154 - RITA DE CASSIA - BOM JESUS BOM JESUS RN	ROTA DE ENTREGA 06.3130	FATURA 09/2018
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
ÚLTIMOS CONSUMOS	LEITURA		
08/2018 - 15	07/2018 - 17	ANTERIOR	ATUAL
06/2018 - 14	05/2018 - 16	819	839
04/2018 - 14	03/2018 - 14	10/08/2018	12/09/2018
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	CONSUMO (M³) DIAS CONSUMO/DIA (M³)
1	20	R 53315	20 33 0,61

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 39,99 (POR UNIDADE)	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	5 M3	22,30
16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,27 POR M3	5 M3	26,35
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2018		1,24

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	88,64	1,65	1,46
COFINS	88,64	7,6	6,74
TOTAL			R\$ 89,88

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA (Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).					
GERÊNCIA REGIONAL: REGIONAL AGRESTE TRAIRI		Mês/Ano: 08/2018			
Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos	0,83	6,00	99,17	1,66	

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET Emitido em: 01/10/2018

MATRÍCULA 00663213.5	INSCRIÇÃO 510.001.420.0005.000	ROTA DE ENTREGA 06.3130	FATURA 09/2018	NÃO RECEBER APÓS 31/12/2018
-------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------	--------------------------------

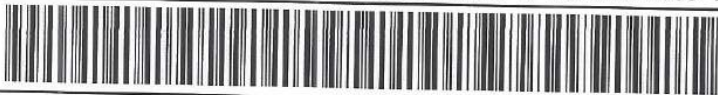
VENCIMENTO 20/09/2018	VALOR R\$ 89,88
--------------------------	--------------------

GRUPO: 88

FIRMA: 1

82690000000-9 89880006510-1 00663213501-5 09201810003-9

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11229 // C0069 Nº 013971186091
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01009314571	*****	2018

NOME
FRANCISCO DE MACHADO ARAUJO

CPF / CNPJ: 884.168.254-09 PLACA: QGD4984

PLACA ANT / UF: QGD4984/RN CHASSI: 902J058096201830

ESPÉCIE TIPO: PASSEGEIRO / MOTOCICLETA / VEICULO APREZIADO COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / CG 125E FAN ANO FAB.: 2018 ANO MOD.: 2018

CAP. POT / CIL: 125 CC 12.5 CELEBRIDAD CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: VERDE-LISA

COTA ÚNICA: R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA: 22/05/2018 1º PAGO

FAIXA I.P.V.A.: 002895 31 PARCELAMENTO / COTAS: R\$ ***** 2º PAGO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): IOP (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 44 TAXAS DETRAN: PAGO 44 DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES:
ALTEM. FID. EM FAVOR DE: 03.834.220/0001-88
BANCO BOMBA S/A
MOTOR: J069806201830

LOCAL: BOH JRSUS/RN DATA: 22/05/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013971186091 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	884.168.254-09	QGD4984	2018	22/05/2018

RENAVAM: 01009314571 MARCA / MODELO: HONDA / CG 125E FAN

ANO FAB.: 2018 CAT. VEIC.: P Nº CHASSI: 902J058096201830

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOP (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOM JESUS
Endereço: Rua Antônio Marques, 06, Centro, BOM JESUS, FONE/FAX: 3253-2205

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018211000273
1.2 Data de Expedição: 13/08/2018 11:37:02
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 03/08/2018 11:00:00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RUA ALMIR FREIRE
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento: CENTRO
2.11 Ponto de Referência: PROX A ESCOLA ESTADUAL NATALIA AZEVEDO
2.12 Bairro: NÃO INFORMADO
2.13 Cidade: BOM JESUS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: MOACIR BARBOSA DE LIMA
3.5 Etnia: Branca
3.6 Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SOUZA DE LIMA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 70129850462
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 16/08/1996
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.14 RG: 3362066 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 986282170
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 154
3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA MANOEL MAMARO
3.23 Cidade: BOM JESUS
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****01830
7.1.4 Renavam: 01089314571
7.1.5 Placa: QGD4984
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 125I FAN
7.1.9 Ano do Modelo: 2016
7.1.10 Ano de Fabricação: 2016
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO DE MACEDO ARAUJO
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA
7.1.18 Observações:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE NA DATA, LOCAL E HORA DO FATO CITADO, QUE CONDUZIA O VEICULO CITADO E PERDEU O CONTROLE DO VEICULO AO PASSAR POR UMA LOMBADA, VINDO A CAIR E SOCORRIDO POR POPULARES, NO QUAL O MESMO SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES NO CORPO E FRATURA DO PUNHO DIREITO CONFORME A FICHA DE PRONTO-ATENDIMENTO DA UNIDADE MISTA SEVERINA DE AZEVEDO OLIVEIRA, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WOLFREDO GURGEL MUNICIPIO DE NATAL/RN E NOVAMENTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL DEOCLESIO MARQUES NO MUNICIPIO DE PARNAMIRIM/RN NO QUAL FICOU INTERNADO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

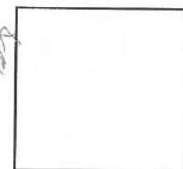
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 13/08/2018 11:37:02

Wilton José SENA DOS SANTOS
Agente de Polícia Civil
Mat. 167.138-3

MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1671383 - WILTON JOSÉ SENA DOS SANTOS
Impresso por: 1671383 - WILTON JOSÉ SENA DOS SANTOS em 13/08/2018 11:37:27

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2018211000273



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS
Hospital Maternidade Severina Azevedo de Oliveira

RECEITUÁRIO

Pac: Maximiliano Barbosa
de Lima

Encaminhado

CLÍNICA DE
Cirurgia Geral
03/08/2018

Prescrição de furosemida
de modo 1/1 fratura
de pulso dir (fratura).

Do sexo: G: 15, B: 6,
Causa: acidente, frax
monoclonal no teste
MST. Abdomem: n. o.
Tórax: n. o. Muç: fratura
de clavícula, do lado, etc.
Solu: analise ep atópica


Aut: Angélica D. D. D. D.
nome: (L.S.C.)

Dra Cristina de Brito Crizanto
CRM/RN 3617
CLÍNICA MÉDICA

03.08.18

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL
3 08 18
SANE
ASSINATURA

ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	<p>RECEITUÁRIO</p>

DO HOSPITAL
 (Doutor) M. Lucena
 ONTO PAVIA
 F-1111 P-1111 P/
 PAVIA + F10

DATA _____	  ASSINATURA
------------	---

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA. FUMAR É PREJUDICIAL A SAÚDE. RESPEITE O PEDESTRE. COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA. PILOTE SEMPRE COM CAPACETE.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Prescrição Médica:

01 - Indometacina 4 comprimidos
 02 - Ibuprofeno 4 comprimidos
 03 - Paracetamol 4 comprimidos
 04 - S. F. 2,5% - 500ml d'c

Dr.ª Mariana - PSCS - out. neg. (103)

Evolução Médica:

Anotações de Enfermagem:

Tratada de Inho. adm.
 Administrado medicação segundo prescrição médica

Enferm. Maria Cleonice Lima Dantas
 COREN-PA 3262985-5 ENR/2

ARUANA SEGUROS
 22 AGO 2018

Conduta:

Liberado () Encaminhado (X) PSCS

Dr.ª Cristina de Brito Crizanto
 CRM/PA 2617
 CLÍNICA MÉDICA



ORDEM: 16

Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Bom Jesus
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Manoel Andrade, 09 Centro - CEP: 59.270-000.
CNPJ: 08.002.404/0001-26 Telefone: (084) 3253-2207
Email: unsaobomjesus@gmail.com

UNIDADE MISTA SEVERINA DE AZEVEDO OLIVEIRA
FICHA DE PRONTO-ATENDIMENTO

DATA: 03/08/2018

Identificação:

Nome: Maximiliano Barbosa de Lima
DN: 16.10.1996 Idade: 22 anos
Nº Cartão SUS: 700 002367636901
Endereço: Manoel Amaro de Lima
Hora de chegada: 11:45 Hora de Saída:

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 110 x 70 mmHg Temperatura: °C Peso: Kg
FC: 65 FR: Saturação de O₂: 97% HGT:

Avaliação Clínica Obstétrica:

Antecedentes obstétricos: G P A Prematuro: Natimorto:
Partos: Normal: Cesárea: Outros:
Gestação atual: DUM: / / DPP: / / IG:
Dinâmica Uterina: ' " Dil. Uter.: BCF:

ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018

Motivo do Atendimento e Descrição do Exame Clínico:

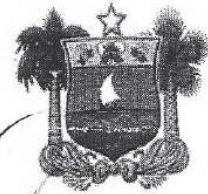
Pte. inferior de parede de mto.
ruge parte de ignição
6:15 326
necessário observar lms m
m. 53 + m. 11 e lentes de plus ref. 100
links.

Hipótese Diagnostica:

Fratura de fêmur dir + necrose
por trauma.



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **39056 /2018**
Admissão: **03/08/2018 13:01:18**

CIRURGIA GERAL - VERDE

Ato declaratório

BOLETIM COM REGISTRO
SAÍDA

Paciente: **86374 - MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA** (22 a 1 m 17 d)

Nascimento: 16/06/1996 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: 700002367636901 CPF: 70129850462

Mãe: MARIA DAS GRACAS SOUZA DE LIMA Pai:

Logradouro: MANOEL AMARO DE LIMA, 54

CEP: 59270000 Bairro: BOM JESUS

Telefone: 84.88139480

Compl:

Cidade: BOM JESUS

Motivo: **AGRESSÃO POR CAVALO/BURRO**
Origem: **AMBUL. INTERIOR**

Tipo: **REFERENCIADO**
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO COM DRA MARIANA					Classificação: 03/08/2018 12:54:57				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: **VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM MSD**

Hora: _____

Acidente com queda de moto

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL...
MAT. Nº...
SAME...
ASSINATURA

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Toxicologia

06/08/18

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

RAIOS X
Realizado em: 31/08/18
FERNANDO

ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018

*Gerado via SX por GILBERTO DA SILVA CARLOS. Impresso em 03 de Agosto de 2018.

FIQUE ATENTO: CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: FRAT Rufo

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****
Rx do DC rufo

LABORATÓRIO
AP = DORR-C

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
COLTARIN
Tob
Pr e D
Dico

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Tubo
TIPO
Medicav
19:20
cerceio
De Nin

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: 22 AGO 2018

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P.

Entregue à família com Atestado S.V.O.

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P.

Entregue à família com Atestado S.V.O.

DESTACAR

- Mãe - Maria dos Anjos Sales de Lima
 Contas do SUS: 7000023676366901



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
 PARNAMIRIM / RN

EPF?

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 44 Nº 021

NOME: Maximiliano Barbosa de Lima
 IDADE: 16/06/1996 COR: Parda SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado
 NATURALIDADE: Bon Jesus - RN PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:
 ENDEREÇO: Rua Manoel Amaro de Lima 54 BAIRRO: Centro
 CIDADE: Bon Jesus - RN DATA: 08/08/2018 HORA: 15:00

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
 C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):
uma caixão @ no 034

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL lesão no membro superior direito

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

WTORRINO para ortopedia

Jessé de Moura L. Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 6718

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>ORTOPEDIA</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/> 09692-4 CONFERE COM ORIGINAL <i>U. de Vitoria</i> Scriitor <i>S. Baulor</i>
_____ MÉDICO (Carimbo)	_____ CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168

Identificação do Paciente			
5- PACIENTE MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA	6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 161625		
7- CARTAO NACIONAL/SUS 700 0023 6763 6901	8- DATA DE NASCIMENTO 16/06/1996	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MAE MARIA DAS GRACAS SOUZA DE LIMA	12- TELEFONE DE CONTATO		
13- NOME DO RESPONSÁVEL MAYCON (IRMÃO)	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA MONTE HEREBE 163			
16- MUNICIPIO NATAL	17- BAIRRO PLANALTO	18- UF RN	19- CEP 59073233

Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS <i>Am a pro @ m 03L</i>			

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>NECESSIDADE DA cirurgia</i>

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

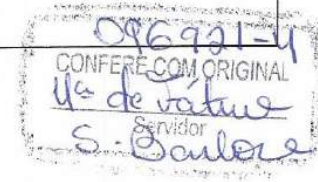
23- DIAGNOSTICO INICIAL <i>Am a pro @ m 03L</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>S92</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	------------------------------------	--------------------	------------------------------

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28- CODIGO DO PROCEDIMENTO
--	----------------------------

29- CLINICA <i>Jessé de Moura L. Neto</i>	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>CRM-6718</i>	34- DATA DA SOLICITAÇÃO <i>03/08/18</i>	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	37- () AC. TRABALHO TÍPICO	38- () ACI. TRABALHO TRAJETO	39- CNPJ DA SEGURADORA
40- Nº DO BILHETE	41- SERIE	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA
44- CBOR	45- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NAO SEGURADO		

Autorização		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Jessé de Moura L. Neto</i>	47- COD. ORGAO EMISSOR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 161625	
DATA	HORA 17:00	CATEGORIA	GIH
PACIENTE MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO 16/06/1996	
ESTADO CIVIL CASADO	PROFISSÃO		
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA MONTE HEREBE 163			
MUNICIPIO NATAL	BAIRRO PLANALTO	UF RN	CEP 59073233
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO MARIA DAS GRACAS SOUZA DE LIMA		MOACIR BARBOSA DE LIMA	
RESPONSÁVEL MAYCON (IRMÃO)	TELEFONE		
ENDEREÇO O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSAO	ALTA	OBITO
05/08/18		

HISTORIA CLINICA
 trauma TTD quadril da direita (D)

ARUANA SEGUROS
 22 AGO 2018

Jesse de Moura L. Neto
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - 6718

596921-4
 CONFERE COM ORIGINAL
 Luis de Vasquez
 Servidor
 S. Paulo



Hospital

Nome do paciente: **MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA**

Nº prontuário

Data operação: **05/08/2018**

Enf.

Leito

Operador: **DR. URAÍ**

1º auxiliar: **DR. FABIO FREIRE**

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista: **FRATURA DO 1/3 DISTAL RÁDIO DIREITO**

Exame radiológico no ato: **OSTEOSSÍNTESE DE FRAT. 1/3 DISTAL RÁDIO DIREITO(PLACA VOLAR)**

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS ANESTESIA,
2. ESWAZIAMENTO DE MS + GARROTEAMENTO
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
4. CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO VOLAR E DISSECÇÃO POR PLANOS CUIDADOSA
6. REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL
7. FIXAÇÃO COM PLACA T + PARAFUSOS
8. LAVAGEM COM SF 0,9%
9. SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO E SOLTURA DO GARROTEAMENTO.
11. TALA LUVA
12. BOA PERFUSÃO DISTAL.

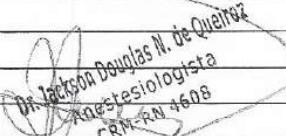
ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018

Dr. Rodrigo Contreras
05 AGO 2018

09697-4
CONFERE COM
M. de tatur
Servidor
Rodrigo Contreras

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário							
Nome <i>Maximiliano Barbosa de Sousa</i>				Idade <i>39</i>	Sexo <i>M</i>	Cor							
Data <i>05/08/18</i>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso <i>75kg</i>	Outros							
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia								
	Urina												
Ap. respiratório <i>Exames</i>					Asma <i>Neg</i>	Bronquite							
Ap. circulatório <i>RM em 27. PA = 120/70 FC = 88</i>					Eletrocardiograma								
Ap. digestivo <i>M.D.N</i>			Dentes	Pescoço	Ap. urinário								
Estado mental <i>consente</i>			Ataracicos	Corticoides	Alergia <i>peye</i>	Hipotensores							
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura fechada pulso (II)</i>					Estado físico <i>ASA I</i>	Risco							
Anestesias anteriores													
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito								
Agentes Anestésicos	<i>Arterial</i>												
Líquidos	<i>Re</i>												
Oper	<i>260</i>												
Anest.	<i>180</i>												
P Pulso	<i>140</i>												
O Resp.	<i>10</i>												
SIMBOLOS	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><i>efazolho 2p</i></td> <td style="width: 50%; border: none;"><i>Ropivacaine zone</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><i>midazolam 2mg</i></td> <td style="border: none;"><i>lidocaine zone</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><i>ketorolac 2mg</i></td> <td style="border: none;"><i>ketorolac 2mg</i></td> </tr> </table>							<i>efazolho 2p</i>	<i>Ropivacaine zone</i>	<i>midazolam 2mg</i>	<i>lidocaine zone</i>	<i>ketorolac 2mg</i>	<i>ketorolac 2mg</i>
<i>efazolho 2p</i>	<i>Ropivacaine zone</i>												
<i>midazolam 2mg</i>	<i>lidocaine zone</i>												
<i>ketorolac 2mg</i>	<i>ketorolac 2mg</i>												
ANOTAÇÕES													
POSIÇÃO	<i>litomica sup</i>												
Agentes													
Técnica	<i>Bloqueio Plexo braquial (Anteriores + axilar)</i>												
Operação	<i>Osteomielite fêmur pulso (II)</i>												
Cirurgiões	<i>Dr. José / Dr. Fábio</i>												
Anestestistas	<i>Jackson Douglas</i>												
Observações	<i>procedimento de interconexão</i>												
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea								


Dr. Jackson Douglas N. de Queiroz
 Anestesiologista
 CRM-RN 4608



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Maximiliano Babara de Lima Idade: 22a D/N: 16/08/1998
Pront.: 101.025 Município: Natal Procedência: (X) Interno () Externo
Data da cirurgia: 05/08/18 Hora Admissão: Bloco: 1100 Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras: nega
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO2: % T: °C

Enfermeiro(a): Weliane Instrumentador(a): Dylmia Circulante: Alvine F. + Mônica

Cirurgia: Cirurgias Plásticas de Pele Especialidade: Ortópedica Sala: 03
Hora Início: 15:15 Hora Término: 16:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Fábio Aux.: Jéssica Residente:

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: (X) Bloqueio () Raquidiana Ag.nº () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 15:05 Término: 15:50
Anestesiologista: Jackson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco MSE	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas mbb	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	103	103	25	Bpm
Pulso	109	102	89	Bpm
Oximetria	98	98	98	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	135/85	135/85	103/49	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litômica	Lombar	MMII
<input type="checkbox"/> Trendleburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
 Punção Arterial
 Punção Venosa Periférica
 Punção Venosa Central
 Dissecção venosa
Local:
Cateter:

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
() Sim (X) Não () Metal () Descartável
Local:
DEGERMAÇÃO (X) Sim () Não
Local: MSD Solução: Clorexid Local: Herculad

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº:
Retorno:
CATETERISMO VESICAL
SVF nº: SVA nº:
Diurese:
Profissional responsável:

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC:
Placa - Tipo: Em T 03 7hos
Outros:

EXAMES SOLICITADOS
() Hemograma () Gasometria
() Coagulograma () Outros
() Tipagem Sanguínea () Glicosimetria:
() Radioscopia (Raio X)

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: 3/15 + 12 + 12 + 12 Quant. Material:
Val.: Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

_____ h: _____ h: _____ h:
_____ h: _____ h: _____ h:
_____ h: _____ h: _____ h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume administrado: _____
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Procedimento realizado com sucesso. Paciente segue para o PRD no pós-operatório imediato.*

Ass: *[Assinatura]* Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo. () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: *06:00* Data: *05/08/18* Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: *AVP* Local: *MBE* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relate: _____

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml
Admissão		<i>81</i>			<i>93%</i>	<i>100</i>	Soro Fisiológico: _____ ml
30'		<i>87</i>			<i>100</i>	<i>100</i>	Ringer: _____ ml
60'		<i>88</i>			<i>100</i>	<i>100</i>	Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta		<i>97</i>			<i>100</i>	<i>100</i>	

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paix. admitido na SPA. 1508. mantém ANP + MSD imobilizado. Segue aos cuidados. Após recuperados encaminhado para PR*

Ass: *[Assinatura]* Coren: *[Assinatura]*



Buscar no site



- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180443217 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA
CPF/CNPJ: 70129850462

Posição em 05-12-2018 11:31:58

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/10/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/VnXAqeH6Z6__NwD7AzN60yg=/BAiOAYs4X1pdypPB4vDf6Lc1ApnhgIPW5EyXaYhPdReh99eYE2hq5Wyrj__9FiCj/0OyCd6u9pQenzIXPLexcsg=/#Ujn0lkm8M9dS7FYmNivves+BEPECpDYaSjSaC901pJZDVjdB8n2MG8__ANycmwV7api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVFqBZfbURk6exIzB40noyEbec=
04/10/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/IjXV2gYLZzb5bvRfzKcywA=/OZPVxbMvEi9vFPEFDidybhKuYyecxFwLRievS544FynVzhTZfdzxSWgs__IQbu2T+nLU8ottEZ85BMh51UvIFQ==/51zBKILrTTsuwz1VQxZZULoAb8+SQ1556HBvj9i4qtRdQcVTrVnO17EsxBNLzHV7api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVFqBZfbURk6exIzB40noyEbec=
26/09/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AwoaZCB__KSyeEXG2p+3QbQ==/4BOS13PWjw4R1WGT__ejsZ81IE3uGTvhc4g7F1bMbCtg1MvkF2n0b99A2akvw68DVcBGVLCOafL6mllRY4jAXg==/51zBKILrTTsuwz1VQxZZULoAb8+SQ1556HBvj9i4qtRdQcVTrVnO17EsxBNLzHV7api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVFqBZfbURk6exIzB40noyEbec=
26/09/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YIOY0nNzd16Um49yBDTTg==/mTu+Jxuh03BLQgzOELW0h7bhRY54n5aPw3r8iESRj8rcst7C__6R4HKeZu9b2EaNI/rjQZRuU0mv59dMnejRgEw==/79USVAh1FK8B5zh3jigVz9FWSLg1chmSqSUROLDqjG4bRDjSVrVG__Kh0Lkk3CvN37api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVFqBZfbURk6exIzB40noyEbec=

ACESSIBILIDADE

- [\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)
- [\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas [\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)
- Documentos Invalidez Permanente [\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Parmanente.aspx\)](#)
- Documentos Morte [\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)
- Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO

- Como Pagar [\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)
- Consulta a Pagamentos Efetuados [\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](#)
- Informações Gerais [\(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA

Sinistro: 3180443217
Vítima: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA
Data do Acidente: 03/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RONILSON FERNANDES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180443217 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pág. 0118901140 - cont_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13468984