

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Nº Sinistro: 3180348350

Vitima: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA IZABEL VITORINO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348350**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 13170003



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA**
Nº Sinistro: **3180348350**
Vitima: **KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA**
Data do Acidente: **29/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA IZABEL VITORINO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348350**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Carta nº 13211584



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Sinistro: 3180348350

Vítima: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA IZABEL VITORINO 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 3180348350** 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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180348350**
Nome do(a) Examinado(a): **KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R MANOEL ESTEVAO DO NASCIMENTO n° 30 - PIRANGI DO NORTE DISTRITO LITORAL - PARNAMIRIM/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2722502**
Data e local do acidente: **29/04/2018 PARNAMIRIM/RN**
Data e local do exame: **24/09/2018 SAO GONCALO DO AMARANTE/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURAS DE ULNA, RÁDIO ESQUERDO E FÊMUR DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VÍTIMA ENCAMINHADA PARA CIRURGIA PARA INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANS TIBIAL NO DIA 30/04. POSTERIORMENTE EM 02/05, REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EM 08/05, REALIZADO OSTEOSÍNTESE PARA COLOCAÇÃO DE 1 (UMA) PLACA COM 10 (DEZ) PARAFUSOS E FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA 3,5 mm dcp, 6 (SEIS) PARAFUSOS COM INCISÃO EM BORDA ULNAR, FIXAÇÃO DE UMA PLACA 3,5 mm dpc COM 6 PARAFUSOS, PACIENTE TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, O MESMO RECEBEU ALTA SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DE SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE DEFICIT DE FORÇA E DIFICULDADE DE DEAMBULAR DA PERNA DIREITA.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE E EM MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

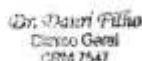
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -

Médico Perito: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO CRM:7547/RN





Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

110.400.674-91 KAIQUE R. NOBUEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular do contrato

Profissão

KAIQUE R. NOBUEIRA

110.400.674-91

Rebols

Endereço

Número

Complemento

RUA MANOEL ESTEVÃO DO NASCIMENTO

30A

Bairro

Cidade

Estado

CEP

PIRANGI DO NORTE

PARANAMIRIM

RU

59161-700

E-mail

(89) 99806-1091 89(987063910

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRANCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

2008

819450

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PARANAMIRIM/PA 18 de 06 de 2018

Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO

30 JUL 2018

TERMO DE SOLUÇÃO E CORRETURA DE SEGS

KAIQUE R. NOBUEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----

0048326 DROC ESPERANCA 14/08/2018

CAIXA

14:44:05 (Horário de Brasília)

*****5704

Saldo N. 9302DDD1-0392

AGENCIA : 2008 - PARNAMIRIM, RN

CONTA : 013 00081945-0

CLIENTE : KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

SALDO ATÉ A DATA DE: 14/08/2018

DISPONIVEL.....

BLOQUEADO.....

TOTAL.....

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br

Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos; exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

PROTOCOLU
RECEBIDO

30 JUL 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



Governo 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: 2ª DELEGACIA DE POLICIA DE PARNAMIRIM

Endereço: RUA LAGOA SALGADA, 10, NOVA PARNAMIRIM, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018024001282

1.2 Data de Expedição: 13/06/2018 11:28:18

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: 29/04/2018 23:30:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: PIRANGI DO NORTE

2.7 Logradouro: RN 063 - COM A AV. SÃO SEBASTIÃO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai:

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 11040069444

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 27/06/1995

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.14 RG: 002722502 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 994434852

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 30

3.18 Naturalidade: BELO HORIZONTE MG

3.19 Bairro: PIRANGI DO NORTE

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA: MANOEL ESTEVAM

3.23 Cidade: PARNAMIRIM

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 INCLuíDOS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A 2ª DP DE PARNAMIRIM-RN PARA RELATAR QUE NO DIA 29/04/2018 POR VOLTA DAS 23:30 HORAS, NO MOMENTO EM QUE O DECLARANTE ESTAVA TRANSITANDO NA SUA MOTO DE PLACA NOB 1131 - NATAL-RN. Cód. RENAVAM 00453511090 QUE SE ENCONTRA EM NOME DE JACKSON BEZERRA DE HOLANDA REGO E ENTRE A RN 063 E A RUA: SÃO SEBASTIÃO EM PIRANGI DO NORTE - PARNAMIRIM-RN, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA VACA QUE SALTOU MATO E COLIDIU COM A MOTO, DEVIDO A O IMPACTO DA COLISÃO FEZ O COMUNICANTE CAIR COM A MOTO, EM SEGUIDA UMA PESSOA PEGOU O CELULAR DO NOTICIANTE E SOLICITOU O ATENDIMENTO DA SAMU, QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM-RN, ONDE FICOU INTERNADO 12 (DOZE) DIAS, ONDE FOI SUBMETIDO A 02 (DUAS) CIRURGIAS. NADA MAIS DISSE.

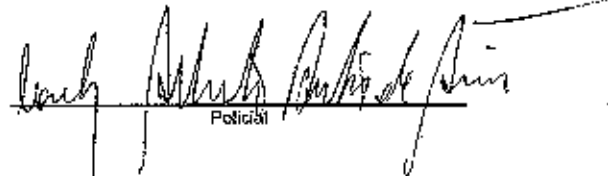
9.2 Informações do CIOSP

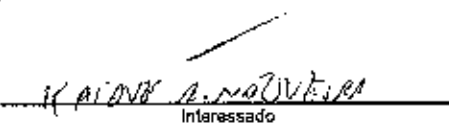
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 13/06/2018 11:28:18


Policia


Interessado

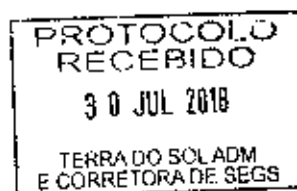


Polgar direito

Atendimento: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS

Impresso por: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS em 13/06/2018 11:28:23

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº 56016/1 referente a paciente KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA 22 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 29/04/2018 em Pirangi - Parnamirim/RN. Vítima moto/animal. Conforme ficha anexa.

Natal, 21 de junho de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3

PROTOCOLADO
RECEBIDO

30 JUL 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5316

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 56016/1

Data: 29/04/2018

CHAMADO

TARM: ELAINE COUTO ROLIM BARBOSA

Médico Regulação: JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Médico Cena: JULIANA LOPES DE AGUIAR

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: UR 23 (SUPER FACIL)

Equipe VTR: JOSÉ CARLOS ALVES DE CASTRO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
EDNALDO ARAUJO BENTO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM
JOSÉ ERIVAN RAMALHO DOS S - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: RONALDO

Telefone: (84) 99443-4852

Nome do Paciente:

CAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Idade: *

22 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AV DEPUTADO MARCIO MARINHO

Nº: VP

Bairro: PIRANGI DO NORTE (DISTRITO LITORAL)

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PX DA ARENA ECOMAX//PX AO CONDOMÍNIO PORTO BRASIL

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: PACIENTE ENTREGUE AOS CUIDADOS DA USB 62

Queixa Primária: MOTO X ANIMAL (VACA)

Quem Solicitou: Amigo

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

29/04/2018 23:59:43 - Dr(a). JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X ANIMAL

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO/VACA-CONSC E ORIENT, COM FRAT EM MEMB SUP E MEMB INF

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apolo:

OBSERVAÇÕES

Data: 29/04/2018 23:58:44 Usuário: (TARM) ELAINE COUTO ROLIM BARBOSA

Observação: QTH DA PRAIA DE PIRANGI DO NORTE E NAO CAJUPIRANGA.

Data: 30/04/2018 01:05:49 Usuário: (TARM) NÚBIA KARLA MACIEL CARVALHO DA SILVA

Observação: TENTANDO CONTATO COM DEOCLÉCIO MARQUES 9-8132-6541 SEM SUCESSO TEL SÓ CHAMA.

Data: 30/04/2018 01:25:25 Usuário: (TARM) NÚBIA KARLA MACIEL CARVALHO DA SILVA

Observação: REGULADA COM CONCEIÇÃO NA UGV DO DEOCLÉCIO MARQUES.

Data: 30/04/2018 01:40:33 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: Controle de frota: PACIENTE ENTREGUE AOS CUIDADOS DA USB 62

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
29/04/2018
23:57:51Regulação Médica:
29/04/2018
23:59:43Solicitação VTR:
30/04/2018
00:01:04Saída VTR:
30/04/2018
00:01:08Chegada Local:
30/04/2018
01:29:00Liberação VTR:
30/04/2018
01:40:30

CONCEPTEA

Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQU ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

00:00 00:00

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000081945-0

Nr. da Autenticação 50E188F18AF5F0F8



Terça Social de Energia Básica Odebrecht Del 10.438, do 26/04/02
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Bordo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 00.024.193/0001-81 | Insc. Est. 20.055.198-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANA CLAUDIA RODRIGUES Nogueira

CPF: 003.844.208-28 NIS: 12513913584

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS
Módulo 100

DATA DE VENCIMENTO 11/06/2018

DATA DE VENCIMENTO 11/06/2018

DATA DE VENCIMENTO 11/06/2018

DATA DE VENCIMENTO 11/06/2018

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL ESTEVÃO DO NASCIMENTO
30 A

PIRANGI DO NORTE/DISTRITO LITORAL
PARANATIM/RN
59161-700

CONTA CONTRATADA 0622270021204012015312430
DATA DE VENCIMENTO 11/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 81,19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,20940554	6,78
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	1,35890094	25,17
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,63947141	10,50
Arrecado Delineia Atividade A		0,44
Arrecado Bandeira Verde 100% 100%		0,85
Contribuição para a Manutenção da Rede		7,79
Imposto de Renda Substituído		9,85

TOTAL DA FATURA

81,19

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000

ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO
Caso tenha alguma dúvida, entre em contato conosco pelo telefone 0800 00 00 00 ou pelo e-mail atendimento@cosern.com.br

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000	04-06-2018	10000

PROTOCOLO RECEBIDO
30 JUL 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

CONTA CONTRATADA 0622270021204012015312430
DATA DE VENCIMENTO 11/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 81,19
538500000000-8-84400384000-6-622270021204-012015312430

CONSUMIDOR

EDNALVA FIRMINO DA SILVA

CPF 612.340.431-08

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

INSCRIÇÃO

Gr. 2624

Atividade

07/04/2018

SENE

UNICA

07/03/2018

261E002577

CONSUMO

07/03/2018

2122/76

ENDEREÇO NA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE FERNANDES DOS SANTOS 3

COTAVELO DISTRITO

PARNASSIM RN

59161-075

CONTA CONSUMO

7303156480

DATA DE VENCIMENTO

14/03/2018

TOTAL A PAGAR

03/2018

DUPLICATA

05/04/2018

63,06

Consumo Atualizado
Compração Instalação Pública
Multas por atraso NF 000145024 - 04/01/18
Juros por atraso NF 000145024 - 04/01/18
Atualização ICPIA NF 000145024 - 04/01/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
100,000000	0,53400000	53,40
		0,21
		1,59
		1,29
		0,44

TOTAL DA FATURA

MP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	POSTERIOR DATA	ATUAL	SEQUENCIA	UNIDADE	CONSUMO	VALOR
2010022	M	01/01/18	01/01/18	01/01/18	01/01/18	1	100,00	100,00



Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte - Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte - Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte. A Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte é uma empresa de economia mista, controlada pelo Estado do Rio Grande do Norte. A Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte é responsável pela prestação de serviços de saneamento básico no Estado do Rio Grande do Norte. A Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte é uma empresa de economia mista, controlada pelo Estado do Rio Grande do Norte. A Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte é responsável pela prestação de serviços de saneamento básico no Estado do Rio Grande do Norte. A Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte é uma empresa de economia mista, controlada pelo Estado do Rio Grande do Norte. A Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte é responsável pela prestação de serviços de saneamento básico no Estado do Rio Grande do Norte.

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
03/2018	100,00	53,40
02/2018	34	18,16
01/2018	138	73,57
12/2017	112	59,81
11/2017	124	66,20
10/2017	126	67,28
09/2017	12	6,41
08/2017	12	6,41
07/2017	12	6,41
06/2017	12	6,41
05/2017	12	6,41
04/2017	12	6,41
03/2017	12	6,41

Este documento é uma cópia do original. O original é o documento que foi emitido pela Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte. Este documento é uma cópia do original. O original é o documento que foi emitido pela Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte. Este documento é uma cópia do original. O original é o documento que foi emitido pela Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte.

TERMO	VALOR	TERMO	VALOR
03/2018	53,40	03/2018	53,40

PROTOCOLO RECEBIDO
30 JUL 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 MARIA J. V. DA SILVA inscrito (a) no CPF nº 012.858.424-64
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KATIA R. NOGUEIRA inscrito
(a) no CPF sob o nº 110.700.079-44 do sinistro de DPVAT cobertura QUALI-200 da Vítima
KATIA R. NOGUEIRA, inscrito (a) no CPF sob o nº 110.700.079-44, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

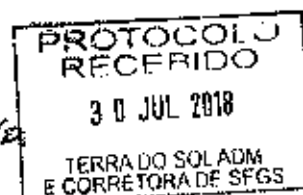
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAI, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua José Fernandes</u>		Número <u>3</u>	Complemento
Bairro <u>Colônia do Distrito</u>	Cidade <u>PANAMIRIM</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59161-075</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

PANAMIRIM de 18 de 06 de 2018
Local e Data

Maria J. V. Soriano da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

EU, Jardson Bezerra de Almeida Sales

RG n, 002 864 754 data de expedição 29 / 08 / 2006

Órgão ITEP RN portador do CPF n. 108.590.324/93 com

Domicílio na cidade de Natal no estado de Rio Grande do Norte onde resido na (rua/avenida/estrada)

M. Neskimensis de Costus, Laguna Mara n. 1673

Complemento Travessa declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

Vítima Kaíque Rodrigues Nogueira cujo o condutor

Era Kaifeng Rodriguez Pogonino

Veículo: Moto

Modelo: Fan 150, Honda

Από: 2012

Placa: NOD 1131

Chassi: 9C2KC1670CR484928

Data do acidente:

Local e data: Natal BN 02 de junho de 2018

Landesh. Bezirksamts Hohenheim Stuttgart

Assinatura do declarante

с. А. В. в со. Г. И.

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

{ Autenticar por autenticidade }



4º Ofício de Notas
 Rua Engenheiro Roberto Rivas, 1560 - Bloco 03, C.A. Jardim - Costa Rica - CEP: 20032-498 - Natal - RN
 Fone: (321) 321-1100 - Fax: (321) 321-2222

Reconheço AUTÊNTICA a firma de **MADSON BEZERRA DE HOLANDA REGO (AIZON080903)**, assinada na presença de **Doutor Natal**, a 02 de Junho de 2018 - 14:00:12.

15284DNA77108323

Em testemunho da verdade.

Tabella (o) Substituto

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE - EMERSON

Daniilo Cavalcante de Souza
4º Ofício de Notas – Natal/RN
Escritório Autorizado

Ortopedia



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA[illegible]



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 KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 160551	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 708 5093 5268 6875	8- DATA DE NASCIMENTO 27/08/1995	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA (MÃE)		12- TELEFONE DE CONTATO 98179-3161	
13- NOME DO RESPONSÁVEL A GENITORA		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA MANOEL ESTEVAM DO NASCIMENTO 30 A			
16- MUNICÍPIO PARANAMIRIM	17- BAIRRO PIRANGI DO SUL PRAIAS	18- UF RN	19- CEP 59161-700
Justificativa da Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Prontuário de ATOS E</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>At. Urgência</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>S. N. 1</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr. Torax D. 2 ATBC</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>S. N. 1</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Resusc. Urgência</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Manoel Clelio Marques de Lucena - Traumatologia - CRM/RN 549</i>	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOE
38- () ACI. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- CDD, ÓRGÃO EMISSOR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF		49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>191571</i>	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CONFERE COM ORIGINAL</i>	

EXAMES COMPLEMENTARES

Transc 100g XEL 06/00
Fenoxim 100g
S.E. 997 100g

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

CONDUTA

1) Ac. Biliar; MGD e MSE

2) fômites de refluxo.

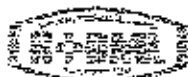
Agudas. Ictericas
para Trans. Transesofágica.

Dr. Carlos Maia
Cirurgia Geral e Digestiva
CRM/RN 6083

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE Otorrinolaringologia	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DECISÃO MÉDICA ☐ A REVELIA ☐		
DATA ____/____/____ HORA _____ ÓBITO ____/____/____ HORA _____		
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐		
_____ MÉDICO (Carimbo) _____ CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Kaigue Rodrigues Nogueira Idade: 22a D/N: 27/06/1995
Pront.: 360551 Município: Paranambi Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 30/04/18 Hora Admissão: Bloco: 02 Sala: 02 Hora Saída: 10:30 Peso: 60
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () H/S () DM () Outras: NEGA
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 70 bpm FI: 100 rpm FC: 100 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Tatiane Instrumentado(a): _____ Circulante: Gineia (A) Pablo S.

Cirurgia: Tiactão tibial direita e parietal Especialidade: Ortopedia Sala: 02
Hora Início: 10:30 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva ☒ Urgência ☒ Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Raulino Aux.: Dr. Elton Residente: _____

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: Dr. Wellington

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☐ Integra	☐ Bradicardia	☐ SNG	☐ Difusor
☐ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ t/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesférico	☐ Cistostomia	
☒ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno	
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas	☐ Dispositivo O ₂	☐ Tração	
☐ Amputações	☒ S/Tricotomia		☒ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso				Bpm
Oximetria				%
Capnografia				%
PA				mmHg

ACESSO VENOSO				
☐ Punção Arterial				
☒ Punção Venosa Periférica				
☐ Punção Venosa Central				
☐ Dissecção venosa				
Local: <u>MD</u>				
Cateter: <u>20G</u>				

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

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

POSICÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Prodliv		☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
☒ Sim () Não () Metal () Descartável	
Local:	
DESERMAÇÃO	
☒ Sim () Não	
Local: <u>MD</u>	Solução: <u>DECT</u>
TRICOTOMIA	
☐ Sim ☒ Não	
Local:	

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC: <u>FIO Nº 04</u>	Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>Permanentes</u>	Quant. Material: <u>OK</u>
Val.: <u>06.05.18</u>	Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim



Hospital

Nome do paciente

KAIQUE R. NOGUEIRA

Nº prontuário

Data operação 30/04/2018

Enf.

Leito

Operador

DR ELSON JOSÉ

1º auxiliar

DR ROGÉRIO SANTOS

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

FRATURA DE FÊMUR DIREITO

Diagnóstico pós-operatório

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSESPSIA E ANTISSEPISIA
3. INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL
4. CURATIVO
5. ATO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CONFERE COM ORIGINAL

19/05/18

Elson José S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6301 - RBO 13807



Nome do paciente

Nº produzido	
--------------	--

Data operação	
---------------	--

07.5.18

Enf.	
------	--

Leño

Operator

1^o auxiliar

 $\neq$ auxilliary

Instrumentador

Anestesiista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação	
-----------------------------	--

DESCR|CÃO DA OPERAÇÃO

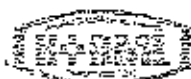
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Tucumã fora colada com
Tubaco, mas Capela
Cristiana fora destruída
Muitos foram mortos e
espancados, além de serem
levados para o exílio.
Foi um dia a noite
decepcionante.

Doutor Santos

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226 - SEOT 1241

CONFIDENTIAL



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: MARQUE RODRIGUES NOGUEIRA Idade: 22 D/N: 27/06/1995
Pront.: 160551 Município: Paranámirim Procedência: () Externo
Data da cirurgia: 02/05/18 Hora Admissão: Bloco: 08:07 Sala: 01 Hora Saída: 08:07 Peso: 60
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras _____
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não (X) Sim
SSVV Admissão: PA: 100 mmHg Pulso: 94 bpm FI: 93 rpm PC: 100 bpm SpO₂: 100 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Luciana Instrumentado(a): Augusta Circulante: Adriane Fernandes

Cirurgia: Tij. triângulo Inteira do fêmur Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01
Hora Início: 08:00 Hora Término: 08:35 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Michel Aux: Rogério e Ricardo Residente: _____

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio (X) Raquidiana Ag.º 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º _____ Cateter nº: _____ Início: 08:35 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: Helmano

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☐ Normocorada	☐ Normotenso	☒ Jelco	☒ ECG
☐ Letárgico	☒ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☒ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☒ Hipertensão	☐ Fístula	☒ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☒ Inteira	☐ Bradicardia	☐ SNG	☐ Digirfusor
☐ Ansioso	☐ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ t/dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normopesfímico	☐ Cistostomia	
☒ Acamado	☐ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno	
☐ Paraplégico	☒ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas	☐ Dispositivo O ₂	☐ Tração	
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Melo	Fim	Unid.
FC	<u>82</u>	<u>77</u>	<u>94</u>	Bpm
Pulso	<u>81</u>	<u>76</u>	<u>93</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	%
Capnografia	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	%
PA	<u>106/47</u>	<u>107/57</u>	<u>126/100</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>_____</u>
Cateter: <u>_____</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u>_____</u>
Retorno: <u>_____</u>
CATETERISMO VESICAL
☐ SV nº <u>_____</u> SVA nº <u>_____</u>
Diurese: <u>_____</u>
Profissional responsável: <u>_____</u>

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

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☒ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Flexidos
☐ Litotômica	☐ Lombos	☐ MMII
☐ Trendelenburg	☐ Anos	☒ Anatômicos
☐ Canivete	☐ Sinal	☐ Abduzidos
☐ Proclive	☐ Sinal	☐ Flexidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim () Não () Metal () Descartável
Local: <u>Clavícula D</u>
DEGRAMAÇÃO
☒ Sim () Não
Local: <u>M.I.D</u> Solução: <u>cloroxido de cálcio</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>_____</u>
Tela: <u>_____</u>
Cateter: <u>_____</u>
Ostomia: <u>_____</u>
Fio de KC: <u>_____</u> Parafuso - tipo: <u>9 parafusos</u>
Placa - Tipo: <u>D.C.P. larga (12 furas)</u>
Outros: <u>_____</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>415 + perf. + boxes</u> Quant. Material: <u>_____</u>
Val.: <u>08/05/18</u> Contagem de gá e compressa: () Não () Sim



Hospital

Nome do paciente

KAIQUE R. NOGUEIRA

13º prontuário

Data operação

08/05/2018

Enf.

Leito

Operador

DR. JOSIVAN NUNES

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

DR. CARLOS PINTO
Instrumentador

Anestesiista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Diagnóstico pós-operatório

TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ESVASIAMANETO MSE + GARROTEAMENTO;
3. ASSEPSIA; ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTEREIS;
4. INCISÃO DORSAL + DISSECÇÃO CUIDADOSA
5. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA 3,5 MM DCP + PARAFUSOS
6. INCISÃO EM BORDA ULNAR + FIXAÇÃO COM PLACA 3,5 MM DCP + PARAFUSOS
7. LAVAGEM
8. SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
9. CURATIVO
10. SOLTURA DO GARROTE
11. BOA PERFUSÃO DISTAL
12. CRO.

12/5/18
CONFERE COM ORIGINAL
Cirurgião



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA Idade: 22 D/N: 27/06/1995
Pront.: 160551 Município: PARNAMIRIM Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 08/05/18 Hora Admissão: Bloco: M : 55 Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: Não () Sim Jejum: () Não X Sim
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): LEIANNE Instrumentado(a): Dita Francisco Circulante: Blaise

Cirurgia: Amputação do 1º dedo do pé direito Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01
Hora Início: 4:55 Hora Término: 6:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência X Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. João Aux: Dr. Carlos Residente:

Anestesia: () Local () Sedação X Geral TOT: 8,0 () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: 4:45 Garrote: X Smarch () Pneumático Início: 4:50 Término: 6:30
Anestesiologista: Dr. Raul

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	Bpm
Pulso	<u>98</u>	<u>100</u>	<u>98</u>	Bpm
Oximetria	<u>97</u>	<u>97</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>155x95</u>	<u>154x98</u>	<u>170x104</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>M5D</u>
Cateter: <u> </u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☐ SNG nº <u> </u>
Retorno: <u> </u>
CATERETERISMO VESICAL
☐ SVF nº <u> </u> SVA nº <u> </u>
Diurese: <u> </u>
Profissional responsável: <u> </u>

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

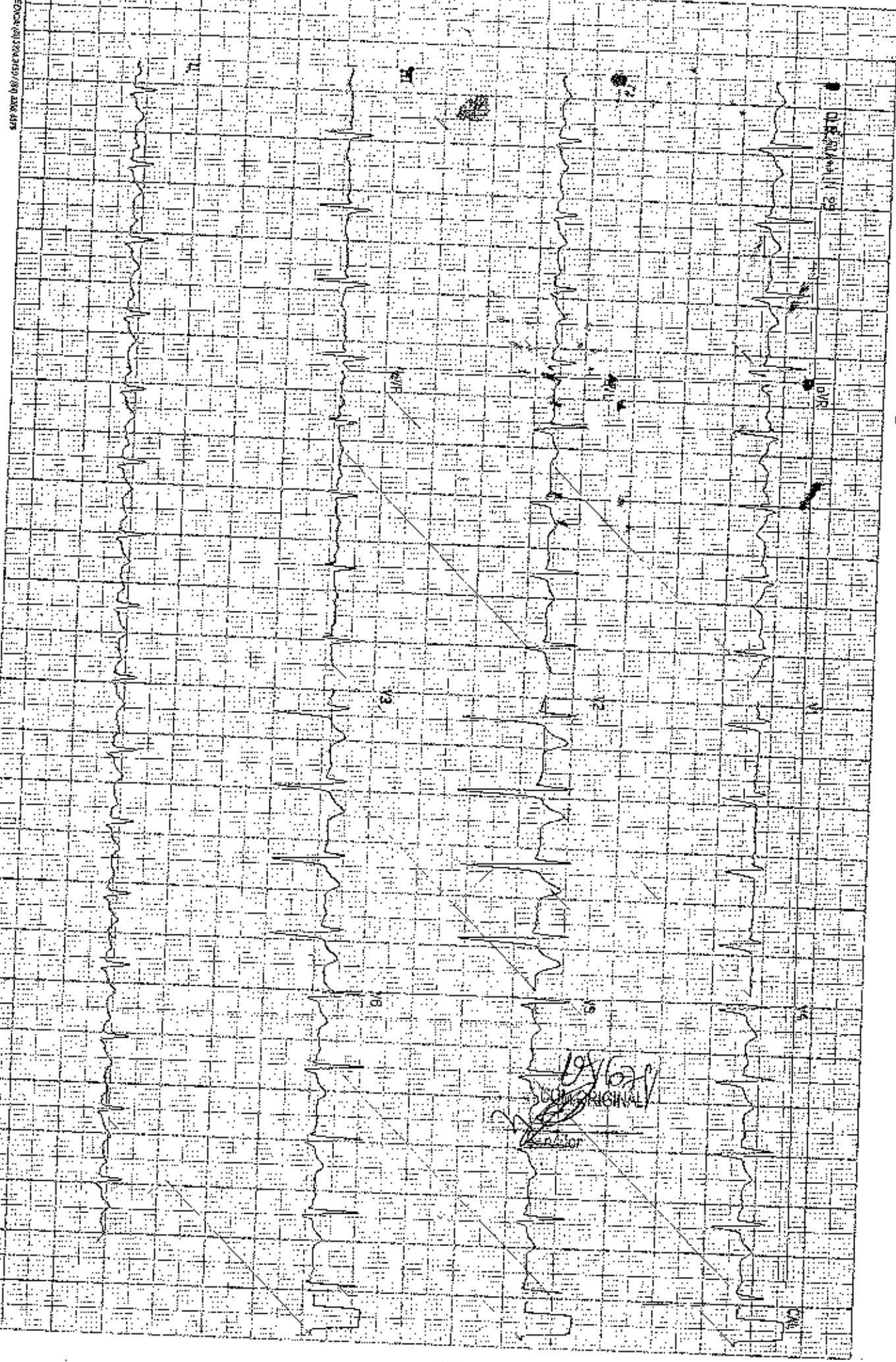
POSICÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☒ Sabão	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☒ Gessado	☒ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendelenburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

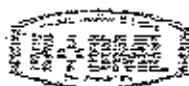
PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim (X) Não () Metal () Descartável		
Local: _____		
DEGRAMAÇÃO		TRICOTOMIA
(X) Sim () Não		(X) Sim () Não
Local: M5E		Solução: cloroxidina Local: M5E

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u> </u> Parafuso - tipo: <u>12 pontual</u>
Placa - Tipo: <u>DCP = 02 unid.</u>
Outros: <u> </u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>05 + 357 - 101</u> Quant. Material: <u> </u>
Val.: <u>14/05/2018</u> Contagem de gaze e compressas: <u>Não</u> () Sim

Kaigue Rodrigues Noqueira
 exames - 10:20





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemocoagulação Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Ure h: 10:30 h: 10:30 h: 10:30
Colite h: 10:30 h: 10:30 h: 10:30
Amor h: 10:30 h: 10:30 h: 10:30

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Soro Fisiológico: 1 ml () Soro Ringer Simples: 1 ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: 1 ml () Soro Ringer Lactato: 1 ml administrado: 500ml

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Encaminhado ao QPO

Ass: Alina Siqueira Coren: 601.176

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: 10:30 Data: 30/04/18 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVP Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) 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:	Soro fisiológico:	Ringer:	Irrigação vesical contínua:
Admissão		<u>94</u>			<u>96</u>					
30'		<u>92</u>			<u>95</u>					
60'		<u>92</u>			<u>100</u>					
Alta										

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

11h - Encaminhado p/ RX + selar

Ass: Renando Coren: 450340

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome				Idade		Sexo		Cor	
Data				Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo				Hematematias		Hemoglobina		Hematócrito	
				Temperatura		Peso		Outros	
				Ureia					
Ap. respiratório				Asma		Bronquite			
Ap. circulatório				Eletrocardiograma					
Ap. digestivo				Dentes		Pescoço		Ap. urinário	
Estado mental				Atarácicos		Corticóides		Alergia	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco			
Anestésias anteriores									
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito			
Agentes Anestésicos									
Líquidos									
Oper									
Anest.									
O Resp.									
P Pulso									
SÍMBOLOS									
E									
ANOTAÇÕES									
POSIÇÃO									
Agentes									
Técnica									
Operação									
Cirurgiões									
Anestesiistas									
Observações									
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias									



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Rolazol 1g h: 14h _____ h: _____ h: _____
Clonazepam h: 10:30 _____ h: _____ h: _____
Diazepam 10mg h: 10:30 _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Soro Fisiológico: 17 ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: 1500ml

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Quemada sem intercorrências

Ass: Blávia Coren: 20770

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: 16:40 Data: 08/05/18 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AB Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (X) Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () IPA

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

SINAIS VITAIS

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	97	—	—	98	—
30'	—	107	—	—	100	—
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhado para Raio X

Ass: Sayonara Coren: 504067

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital HDM L				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome Kenji Riquelme Noronha				Idade	Sexo	Cor	
Data 22/05/18	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemafias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório				Asma		Bronquite	
Ap. circulatório				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental		Atarácicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco	
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
Agente Anestésico	08:10 09:40 10:40 						
Líquidos	50 50 100 						
Oper							
Anest.							
O Resp.							
P Pulso							
SÍMBOLOS	X O						
E							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Agentes	Propofol 1mg/kg Atarácicos CRPA						
Operação	Proctostomia						
Cirurgiões	Dr. Carlos Eduardo R. Junior						
Anestésistas	Dr. Carlos Eduardo R. Junior						
Observações	CRM - RJ 5.097						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							
Perda sanguínea							

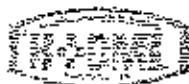
Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital DML		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome Kaíque L. Nogueira				Idade 22	Sexo M	Cor
Data 08/05/2018	Pressão arterial 150/90	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso +100 kg	Outros
Tipo sanguíneo	Hemalias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
	Úrina					
Ap. respiratório N				Asma		Bronquite
Ap. circulatório N				Eletrcardiograma		
Ap. digestivo N		Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental Susado		Atarácicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório Fratura de osso do antebraço				Estado físico		Risco
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica			Aplicada às		Efeito	

P Pulso	O Resp.	Anest.	Oper	Líquidos	Agentes Anestésicos
260					
250					
240					
230					
220					
210					
200					
190					
180					
170					
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					
30					
20					
10					

SÍMBOLOS/ E	NOTAÇÕES	POSICÃO
ECG, PANI, SpO ₂		
Agentes	Enfi 0,75% - 0,5% + Xilocaína 2% 0,5% + Clonidina 0,75mcg + Fentanyl 250mcg +	
Técnica	Blocio duplo braquialulnar + Dorsal 8mcg + Propofol 0,5mcg +	
Operação	Procedimento de PTB e Axilar	
Cirurgiões	João Vitor + Carlos Kudo	
Anestesiistas	Kalle	
Observações	Rosa Maria P. Valle	
	Médica Anestesiologista	
	Indometacina 2,5mg +	
	Notar no verso as complicações pré-operatórias, peritórias e pós-operatórias	

Brasil acordado no E Ro aguarda Transmissão para



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoprecipitado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

antibiotico 4ml h: _____ h: _____ h: _____
Dexametasona 2.5mg h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Soro Fisiológico: 7 ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: 1000 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 bem para o CRO no pós
operatório imediato.

Ass: [Assinatura] Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: 10:40 Data: 02/05/18 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMH: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: 24F Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (X) Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) 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	—	<u>70</u>	—	—	<u>96</u>	<u>2/10</u>	Soro Fisiológico: _____ ml
30'	—	<u>87</u>	—	—	<u>99</u>	<u>2/10</u>	Ringer: _____ ml
60'							Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta							

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhado para clínica orto-
pédica.

Ass: Sayomara Coren: 504067



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 110.400.694-44

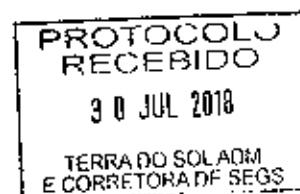
Nome: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Data de Nascimento: 27/06/1995

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 25/02/2011

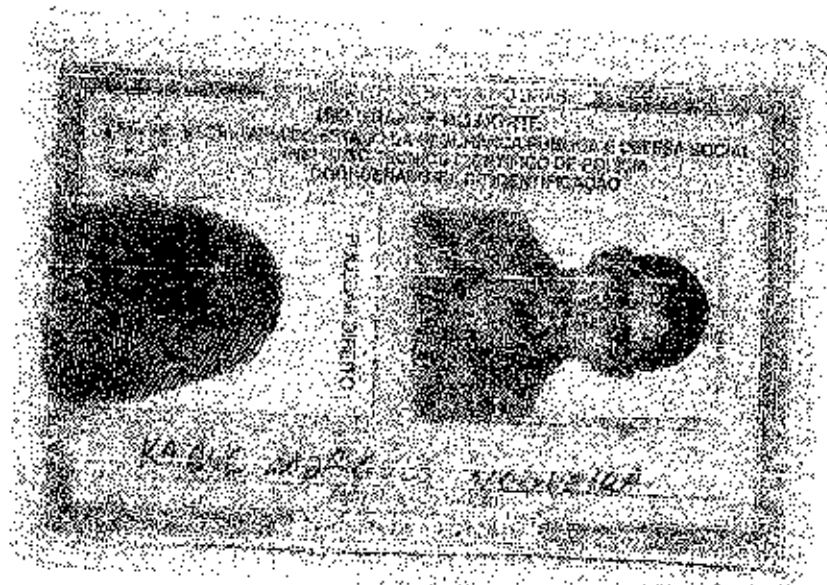
Digito Verificador: 00



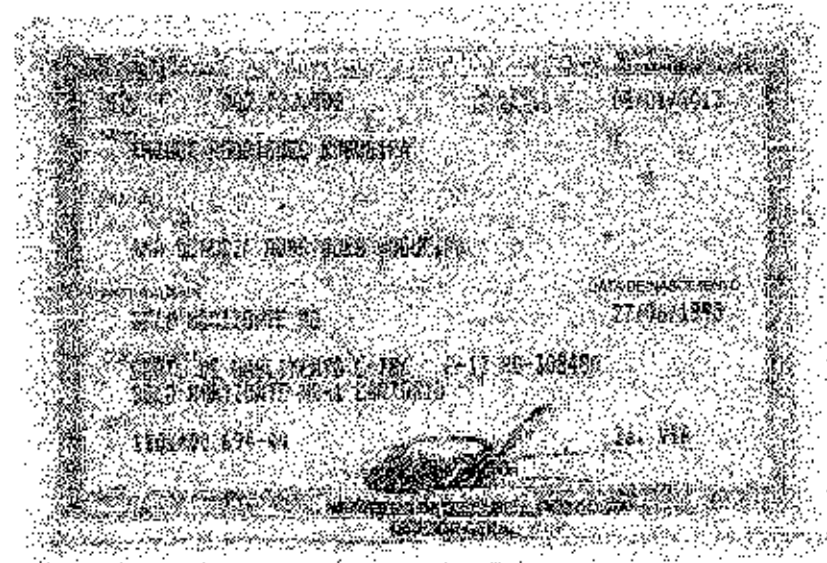
Comprovante emitido às: 15:28:03 do dia 19/06/2018 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 0217.8C91.CEA0,49BD





PROTOCOLO
 RECEBIDO
 30 JUL 2018
 TERRA DO SOL ADM
 E CORRETORA DE SEGS



110. 400. 694-94

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 901.213.090 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/2017

NOME MARIA ISABEL VITORINO DA SILVA

PAI JOSE VITORINO DA SILVA
MÃE IRACI VITORINO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE GOIANINHA-RN DATA DE NASCIMENTO 24/06/1999

DECL. DE CASAMENTO L. 8041-1 P-5 RB-006
GOIANINHA RN-2 CARTÓRIO

CPF 012.858.424-64

2ª VIA

JOSE CARLOS VITORINO DA SILVA
TITULO DE DIRETOR

LEI Nº 7.111 DE 20/08/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DA UFERSA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Maria Isabel Vitorino da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

30 JUL 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN - 11157 / 7- 30339 Nº 013970716445
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM - RENOVO
1 - 00433511030 EXERCÍCIO 2018

NOME
JACSONI MARQUES DA MOURA SBCO

CPF/CNPJ 33.4-80
108.390.33.4-80

PLACA ANT. 108.390.33.4-80
NOVO 1231231231

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO
PASSADIMOTOR/MOTOCICLETA/MARCA APIL/PAVE

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN 1502

CAP/POI/CI
OCV/149 024285532

CATEGORIA
VEICULO COM LANCAMENTO

VEICULO COM LANCAMENTO
1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)
TAXAS DETRAN: 2463

PREMIO TARIFARIO (R\$)
TAXAS DETRAN: 2463

DATA DE EMISSÃO
25/04/2018

DETRAN

DETRAN

PROTÓCOLO
RECEBIDO

30 JUL 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

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 013970716445 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 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 25/04/2018
VIA 1
RENAVAM 00433511030
CPF/CNPJ 33.4-80
PLACA NOVO 1231
MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN 1502
ANO FAB 2012 ANO REG 2018
Nº CHASSI 307NC1570C4484926
PRÊMIO TARIFÁRIO 2463
CUSTO DO BILHETE (R\$) 2463
CUSTO DO SEGURO (R\$) 2463
COTA ÚNICA
DATA DE OUTRORAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.246.698/0001-08

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348350 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DE ULNA, RÁDIO ESQUERDO E FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE E EM MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE .

Resultados terapêuticos: VÍTIMA ENCAMINHADA PARA CIRURGIA PARA INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANS TIBIAL NO DIA 30/04. POSTERIORMENTE EM 02/05, REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EM 08/05, REALIZADO OSTEOSÍNTESE PARA COLOCAÇÃO DE 1 (UMA) PLACA COM 10 (DEZ) PARAFUSOS E FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA 3,5 mm dcp, 6 (SEIS) PARAFUSOS COM INCISÃO EM BORDA ULNAR, FIXAÇÃO DE UMA PLACA 3,5 mm dpc COM 6 PARAFUSOS, PACIENTE TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, O MESMO RECEBEU ALTA SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR. LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DE SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE DEFICIT DE FORÇA E DIFICULDADE DE DEAMBULAR DA PERNA DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/09/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

CRM do médico: 7547

UF do CRM do médico: RN

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

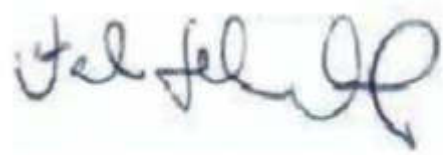
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

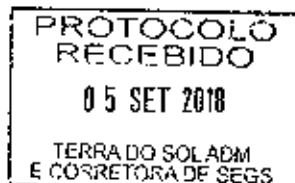
CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Ao Sr(a) analista da Seguradora Lider:



Eu kaikue rodrigues nogueira , portador do RG: 2722502 , inscrito no CPF sob o n. 110.400.694-44 , residente e domiciliado na Rua Manoel estevam do nascimento 30ª Pirangi do norte Pamamirim/Rn e, venho expor o seguinte:

Em data de 23/04/2018 às 23:30 horas, enquanto conduzia o veículo: moto honda fan 150 placas NOD 1131 em nome de Jaderon bezerra de Holanda rego, aconteceu que, trafegava normalmente na rua são sebastião pirangi do norte quando foi surpreendido por uma vaca que saiu do mato e colidiu com a moto devido colisão caiu.

Após o referido acidente fui encaminhado pela Samu sob nº da ocorrência 55015/1 ao hospital deoclecio marques m.de lucena ... onde foi realizado o atendimento médico conforme consta no relatório médico já encaminhado a esta seguradora. Como consequência da colisão sofri lesão no membro. Fratura da femur direita e antebraço esquerdo venho sentindo. De arco de movimento funcional 30% definitiva em marcha .

Logo após recebi alta, sem ser encaminhamento para realização de quaisquer exames, fisioterapia ou acompanhamento com médico ortopedista.

Realizado o pedido de indenização perante essa seguradora, vem me sendo solicitada documentação médica complementar discriminando evolução do quadro de sequela e exames de imagem, porém, conforme informado anteriormente, eu não possuo tal documentação, já que, não fui encaminhado para tratamento complementar por meio do SUS, e não possuo condições financeiras de realizar qualquer tipo de tratamento.

Nesse ponto, cabe mencionar as disposições da Lei nº 6.194/74, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, às pessoas transportadas ou não (Lei do DPVAT), que no seu art. 5º estabelece que "o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado";

Sendo assim, tal exigência por parte dessa seguradora dificulta meu pleito de receber a indenização a qual tenho direito, me negando um direito assegurado por lei.

KAIKUE RODRIGUES NOGUEIRA

Outro não tem sido o entendimento dos tribunais pátrios, que não reconhecer o direito da vítima mediante simples comprovação do fato e do dano decorrente. Vejamos:

CIVIL. FALECIMENTO DA GENITÓRIA DOS RECORRIDOS, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM VIA PÚBLICA. EXIGÊNCIAS DESARRAZOADAS À PERCEPÇÃO DOS VALORES REFERENTES AO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. LIAME CAUSAL SUFICIENTEMENTE COMPROVADO. PAGAMENTO QUE SE IMPÕE.

I. O Art. 5º da Lei n. 6.194/74 dispõe que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

II. Suficientemente comprovado que a causa mortis foi o acidente, ocorrido em 8.5.2016, que envolveu a genitora (vítima) dos recorridos, ocorrido em 8.5.2016, no cruzamento do Park 17, em Santo Antônio do Descoberto com encaminhamento da vítima ao Hospital Municipal de Santo Antônio do Descoberto, onde veio a óbito, em 22.5.2016 (certidão de óbito atestou trauma imobilização, embolia pulmonar, PCR), emerge o direito dos requerentes (únicos herdeiros) à indenização pleiteada. III. Não pode, portanto, escusar-se a recorrente ao cumprimento de sua obrigação, ante o caráter eminentemente social do DPVAT e a função a que este se destina, especialmente porque, como bem salientado na sentença, o último documento emitido pela própria recorrente (exigência documental 6.2.2017 ID 2633992, p. 2) dá conta de que os únicos documentos pendentes seriam o laudo do IML e a certidão de casamento da falecida. Precedentes: 3ª Turma Recursal do TJDF, Acórdão 1037443. Processo: 07069666420178070003 DF 0706966-64.2017.8.07.0003. Órgão Julgador: 3ª Turma Recursal dos Juizados Especiais do Distrito Federal. Publicação: Publicado no DJE : 27/11/2017 . Pág.: Sem Página Cadastrada. Julgamento: 22 de Novembro de 2017. Relator: FERNANDO ANTÔNIO TAVERNARD LIMA.

Portanto, informo que não tenho os documentos exigidos por esta seguradora, discriminando a evolução do quadro de sequela, nem tampouco exames de imagem, pois por falta de condições financeiras não pude realizar o tratamento necessário.

Cabe informar ainda, que mesmo dispondo de poucos recursos, realizei consulta médica com o fim de apresentar o relatório médico que juntei ao meu pedido de indenização que foi simplesmente ignorado por esta seguradora.

A falta desses documentos não justifica a permanência da pendência no processo, sendo necessária a realização de perícia médica oficial, que

✓ KRIVB A. RODRIGUES 10.06.17
 



poderá definir o grau de seqüela resultante do acidente, segundo entendimento pacificado nos tribunais pátrios.

Diante do exposto, venho encarecidamente requerer o prosseguimento de meu processo concluindo com o AGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA para confirmar minhas sequelas de acordo com um perito nomeado pela seguradora Lider.

Natal, 30 de agosto de 2018.

KAIAN RODRIGUES NOGUEIRA

Testemunha:

[Assinatura]

Testemunha:

[Assinatura]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Kaigue Rodrigues Nogueira, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro Profissão: Porteiro, portador(a) do
RG 002.722.502, órgão expedidor ITEP e do CPF: 130.400.694-44,
residente no(a) Rua Momel Estrom
nº 30, bairro: Pirangi Praia, município: Parnamirim /

OUTORGADO:

Nome: Maria Gisabel Vitorino da Silva, brasileiro(a)
estado civil: casada Profissão: Aposentada, portador(a) do RG
003.513.090, órgão expedidor ITEP e do CPF: 012.852.424-64 residente
no(a) Rua Josi Femande dos Santos
nº 03, bairro: Pium, município: Parnamirim /

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Parnamirim RN 13/06/18
Local e Data



Kaigo R. Nogueira

Assinatura do Outorgante

(Assinatura deve ser autenticada)



20

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva, Amiral

TABELÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA

RODRIGUES NOGUEIRA

Parnamirim/RN, 13/06/2018

Em testemunho da verdade: Emol R\$ 2,90

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

Válido somente com selo de autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276437/18

Número do Sinistro: 3180348350

Vítima: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

CPF: 110.400.694-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: KAIQUE RODRIGUES
NOGUEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2018
Nome: MARIA IZABEL VITORINO DA SILVA
CPF: 012.858.424-64

MARIA IZABEL VITORINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA