



Número: **0821080-89.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **20/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62663565	11/11/2020 17:44	<a href="#">2764657_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros documentos

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180348350**

Vítima: **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

Pag. 01093/01094 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180348350**

Vítima: **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 LIDER 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](http://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**

Pag. 01169/01170 - carta\_03 - INVALIDEZ



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](http://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**

Pag. 00365/00366 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13365922



**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 nº 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. Nexa 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 sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes do 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**



**Dr. Dauri Lima  
Dauri Lima  
(CRM 7547)**

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

110.900.674-91 KAIQUE R. NOBUEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo KAIQUE R. NOBUEIRA

CPF da vítima 110.900.674-91

Profissão

Rebôso

Endereço RUA MANOEL ESTEVÃO DO NASCIMENTO 30A

Número

Complemento

Bairro PIRANGI DO NORTE

Cidade

PARANACICIM

Estado

RU

CEP

59161-700

Email

(89) 99806-1091 87(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)

☐ BRASESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

DV

2008

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO

DV

81945

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO

DV

CONTA

NRO

DV

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.

PARANACICIM/PA de 06 de 2018

Local e Data

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
30 JUL 2018  
TERMO DE SOLICITAÇÃO  
E CORREÇÃO DE SEGS

KAIQUE R. NOBUEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----  
0048326 DROG ESPERANCA 14/06/2018  
CAIXA  
14:44:05 (Horário de Brasília)  
\*\*\*\*\*5704

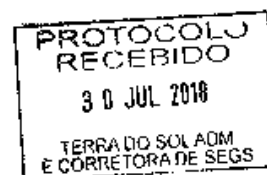
Saldo N. 93020001-0392

AGENCIA : 2008 - PARNAMIRIM, RN  
CONTA : 013 00081945-0  
CLIENTE : KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

SALDO ATÉ A DATA DE: 14/06/2018  
DISPONÍVEL.....  
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.





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 Ligu CIOSP: Não
<b>2. DADOS DO LOCAL DO FATO</b>	
2.1 Data/Hora do Fato: 29/04/2018 23:30:00	2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado	2.4 Plagante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros	
2.6 Tipo do local: Via Pública	2.7 Logradouro: RN 063 - COM A AV. SÃO SEBASTIÃO
2.8 Número: SN	2.9 CEP:
2.10 Complemento:	2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: PIRANGI DO NORTE	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:
3.8 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 984434852	3.16 Passaporte:
3.17 Número: 30	3.18 Naturalidade: BELO HORIZONTE MG
3.18 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 CÔD. 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 SAINDO 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 DEOCLECIO MARQUES EM PARNAMIRIM-RN, ONDE FICOU INTERNADO 12 (DOZE) DIAS, ONDE FOI SUBMETIDO A 02 (DUAS) CIRURGIAS. NADA MAIS DISSE.

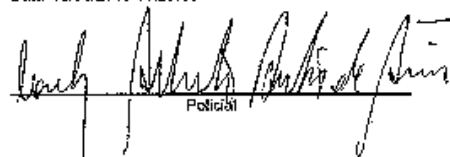
9.2 Informações do CIOSP

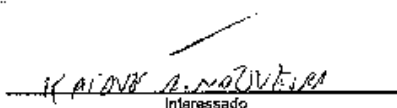
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

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

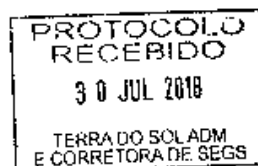


Polgarr direito

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 OCORRENCIA



Protocolo: J2018024001282 - Código de autenticação: 91c5a82275d16415d15dca8eb403e6a

Página 1 1







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

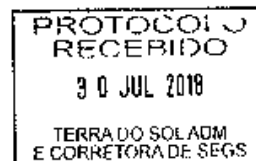


DECLARAÇÃO

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



**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  
LIGAÇÃO

CONTATO 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 CONDOMINIO 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 CAJUIPIRANGA.

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

23:57:51

Liberação VTR:

30/04/2018

01:40:30

Regulação Médica:

29/04/2018

23:59:43

Solicitação VTR:

30/04/2018

00:01:04

Saída VTR:

30/04/2018

00:01:08

Chegada Local:

30/04/2018

01:29:00



CONCEPTE

Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQU

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

:

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 Elétrica Odebrecht Cel 10.438, do 26/04/02  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Hermes, 151, Bairro, Natal, RN - CEP 59052-950  
CPF 00.324.132/001-87 | Insc. Est. 00.955.108-0 | www.cosern.com.br

NOME DO CLIENTE  
ANA CLAUDIA RODRIGUES NUNES LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA MANOEL ESTEVÃO DO NASCIMENTO  
30 A

CPF: 003.844.208-38 NIS: 12513913584

PIRANGI DO NORTE/DISTRITO LITORAL  
PARANIRIM RN  
59181-700

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BOMBA RENDIMENTO  
Módulo 100

DATA NOTA FISCAL 08/07/2018

00737354 UNICA 04/03/2018

APRESENTAÇÃO 0000873716 12513913584

CONTA CONTRATADA	06222700213	PERÍODO	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2018	DATA DE PAGAMENTO	03/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	81,19		

Consumo Atual de 30 kWh  
Consumo Atual superior a 30 kWh 100 kWh  
Consumo Atual superior a 100 kWh 220 kWh  
Arrecação Base de Atualização  
Arrecação Base de Atualização  
Consumo Atual superior a 30 kWh 100 kWh  
Consumo Atual superior a 100 kWh 220 kWh

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
30,000000	0,2940554	8,82
19,000000	1,3580004	25,80
02,000000	9,5947141	19,19
		0,85
		7,73
		9,85

TOTAL DA FATURA

81,19

MP DO	Tipo de	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MP DO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
215052232	OUT	10/05/2018	4800	04/06/2018	4840,00	22	40,00		100,00

MP DO	Tipo de	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MP DO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
215052232	OUT	10/05/2018	4800	04/06/2018	4840,00	22	40,00		100,00

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

MP DO	Tipo de	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MP DO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
215052232	OUT	10/05/2018	4800	04/06/2018	4840,00	22	40,00		100,00

PROTÓCOLO RECEBIDO  
30 JUL 2018  
TERÇA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

CONTA CONTRATADA	06222700213	PERÍODO	06/2018	DATA DE VENCIMENTO	11/06/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	81,19
59350000000-8-81180038400-8-62227002120-4-01201531243-0							



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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 012.858.424-67  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KATAGUE R. NOGUEIRA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 110.700.077-47 do sinistro de DPVAT cobertura AVULSA da Vítima  
KATAGUE R. NOGUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.700.077-47, 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-DPVAT, 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.

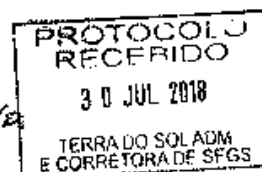
Endereço <u>RUA JOSE BERNANDES</u>		Número <u>3</u>	Complemento
Bairro <u>COLONIA DO DISTRITO</u>	Cidade <u>PANAMIRIM</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59161-075</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

PANAMIRIM 18 de 06 de 2018

Local e Data

MARIA J. V. DA SILVA

Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO

Eu, Jadson Bezerra de Holanda Super

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)

N. Nascimento de Costas, Lagamará n. 1673

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

Vítima Kaigue Rodrigues Nogueira cujo o condutor

Era Kaigue Rodrigues Nogueira

Veículo: Moto

Modelo: Fan 150, Honda

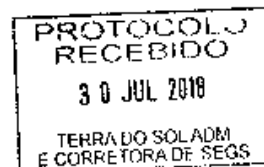
Ano: 2012

Placa: NOD1131

Chassi: 9C2KC1670CR484928

Data do acidente:

Local e data: Natal RN 28 de junho de 2018



Jadson Bezerra de Holanda Super

Assinatura do declarante

MAQUETE A NO GUARICA

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

( Autenticar por autenticidade)



4º Ofício de Notas  
Reconheço AUTENTICA a firma de JADSON BEZERRA DE HOLANDA  
REGO (AIZ0000903), assinada na presença Dou fé,  
Natal, 28 de Junho de 2018 - 14:50:12.  
15284DNAR108323  
Em testemunho da verdade.  
Tabelião (o) Substituto  
\*VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE - EMERSON

Danilo Cavalcante de Souza  
4º Ofício de Notas - Natal/RN  
Escritório Autorizado





Conta - 9817931516706 RG  
 SUS - 898 0011 84340PF 310 400 694-44



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

Mãe: Amara Claudy Rodrigues Nogueira

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

01  
 SAMU  
 AUTORIZADO

NOME: Kaique Rodrigues Nogueira  
 IDADE: 22 COR: Branco SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Belo Horizonte PROFISSÃO: Porteiro PROCEDÊNCIA:  
 ENDEREÇO: Rua Manoel Estevão do Nascimento BAIRRO: Fátima Norte  
 CIDADE: Parnamirim DATA: HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGAÇÃO DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS, A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL  
 3x3 15 22 bpm 150x90

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

→ Vitima de colisão qto-automóvel; sem capacete; pega no cinto de segurança; pega volante;  
 Membros Normais; Membro direita da consciência.

EXAME FÍSICO

A - Pálides: úmido; Sg. profusa  
 B - captação: Sg. profusa; RR 22  
 C - Espirais  
 D - 15  
 E - fratura M3 e M5

plano. flácido; RR 22; Sg. profusa

Pulso: Estável

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

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	150x90	22	15	19x15		83

CONFERE COM ORIGINAL  
 19x15

DIAGNÓSTICO INICIAL

colisão qto-automóvel

Ortopédica





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		160551
DATA	HORA	CATEGORIA
30/04/2018	8:59	GIN
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA		27/06/1995
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
UNIAO ESTAVEL	PORTEIRO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
RUA MANOEL ESTEVAM DO NASCIMENTO 30 A		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
PARNAMIRIM	PIRANGI DO SUL PRAIAS	RN
CEP		
59161-700		
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO		
ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA (MAE)	NAO DECLARADO	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
A GENITORA		98179-3151
ENDEREÇO		
O MESMO		

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERE ORIGINAL

Scriber





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

27/06/1995

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA (MÃE)

12- TELEFONE DE CONTATO

98179-3151

13- NOME DO RESPONSÁVEL

A GENITORA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA MANOEL ESTEVAM DO NASCIMENTO 30 A

16- MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

17- BAIRRO

PIRANGI DO SUL PRAIAS

18- UF

RN

19- CEP

59161-700

Justificativa da Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontuário 160551  
faturado D + ATB C

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

At. Urgência

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

S. N. 1

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S. N. 1 S. N. 2 ATB C

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Resumo Urgência

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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 TIPO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNIE DA EMPRESA

44- CBOE

38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- CDD, ÓRGÃO EMISSOR

48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52- Nº DO REGISTRO DO CONSELHO



## EXAMES COMPLEMENTARES

transc 100% ~~SE~~ 06/00  
 Tenorim Coy  
 57997.1505

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"/> ORTOPEDIA	<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

1) ☒ At. fisio. + fono. + MGD + MBE  
 2) fono. de orofdia.

Elisabete Godoy  
 Cirurgia Geral e Digestiva  
 CRM/RN 6083

Aguindo J. J. J. J.  
 para trans. Transesofeal.

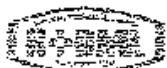
Dr. Carlos Maia  
 Cirurgia e Ortopedia  
 CRM 57454/07/2570

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____
ENTREGUE _____ À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Kaigue Rodrigues Nogueira Idade: 220 D/N: 27/06/1995  
Pront.: 360554 Município: Paranaguá Procedência: ☒ Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 30/04/18 Hora Admissão: Bloco Sala: 02 Hora Saída: 14:00 Peso: 70  
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: 95 rpm FC: 95 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Tatiane Instrumentado(a): \_\_\_\_\_ Circulante: Gineleth Pablo S.

Cirurgia: Tiroidectomia total Especialidade: Ortopedia Sala: 02  
Hora Início: 10:30 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ☒ Urgência ☒ Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Rogério Aux.: Dr. Elson 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
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<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 type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Inteira	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Difenfuror
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Tração	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia	<input type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> Talas	<input type="checkbox"/> _____

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

ACESSO VENOSO				
<input type="checkbox"/> Punção Arterial				
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica				
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central				
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa				
Local: <u>med</u>				
Cateter: <u>20G</u>				

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

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável	
Local: <u>med</u>	
DESGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
Local: <u>med</u>	Solução: <u>DEG</u>
TRICOTOMIA	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Local: <u>med</u>	

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>Perfurador</u>	Quant. Material: <u>OK</u>
Vol: <u>06, 05, 18</u>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim





Hospital

Nome do paciente		<b>KAIQUE R. NOGUEIRA</b>		Nº prontuário	
Data operação		30/04/2018		Enf.	
Operador		DR ELSON JOSÉ		1º auxiliar	
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 ANTISSEPSIA
3. INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL
4. CURATIVO
5. ATO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CONFERE COM ORIGINAL

Elson José S. Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 6301 - R501 13807





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
KATIE LEDRIGUES ROBERTA			
Data operação	Enf.	Leito	
02.5.18			
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
Heckel deauy	Marcelo C. Manso		
2º auxiliar	Anestesiista		
Rogério Santos	Carlos Eduardo		
Diagnóstico pré-operatório		Tipo de anestesia	
Fratura femur			
Tipo de operação			
Tratamento cirurgico fratura femur			
Diagnóstico pós-operatório			
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

Incisão para fratura femur.  
Exatidão, vasto lateral.  
Cefalotragu. 100% fratura  
Redução fratura fechada.  
Exatidão, cefal. 100% fratura.  
Drenagem cefal. 100% fratura.  
Sutura plano a plano.  
Cefalotragu.

Rogério Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 1226 - SBO 1341

19/05/18  
CONFERE ORIGINAL  
Rogério





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>KAIQUE RODRIGUES VOGUEIRA</u>		Idade: <u>22</u> D/N: <u>27/06/1995</u>	
Pront.: <u>160551</u> Município: <u>PANDEMO</u> Procedência: <u>( ) Interno ( ) Externo</u>			
Data da cirurgia: <u>02/05/18</u> Hora Admissão: <u>Bloco: 08:07 Sala: </u>		Hora Saída: <u> </u> Peso: <u> </u>	
Alergias: <u>(X) Não ( ) Sim</u> Comorbidades: <u>( ) HAS ( ) DM ( ) Outras</u>			
Uso de medicações: <u>(X) Não ( ) Sim</u> Jejum: <u>( ) Não (X) Sim</u>			
SSVV Admissão: PA: <u> </u> mmHg Pulso: <u> </u> bpm FI: <u> </u> rpm FC: <u> </u> bpm SpO <sub>2</sub> : <u> </u> % T: <u> </u> °C			
Enfermeiro(a): <u>LUCHANA</u> Instrumentado(a): <u>Augusta</u> Circulante: <u>Carine Fernandes</u>			
Cirurgia: <u>Tij. crânio de Janela de Férri</u> Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u> Sala: <u>01</u>			
Hora Início: <u>08:00</u> Hora Término: <u> </u> Tipo de cirurgia: <u>( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada</u>			
1º Cirurgião: <u>Michel</u> Aux: <u>Rogério Ricardo</u> Residente: <u> </u>			
Anestesia: <u>( ) Local (X) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio (X) Raquidiana Ag.º <u>25</u> ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter</u>			
Ag.º <u> </u> Cateter nº: <u> </u> Início: <u>08:35</u> Garrote: <u>( ) Smarch ( ) Pneumático Início: </u> Término: <u> </u>			
Anestesiologista: <u>Helmano</u>			
<b>NEUROMUSCULAR</b>		<b>PELE/HIGIENE</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Desambula
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Tetraplégico
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		
<b>CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO</b>		<b>DISPOSITIVOS</b>	
<input type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Normocárdico
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico
<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	
		<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central
		<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Fístula
		<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> SNG
		<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Colostomia
		<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Dreno:
		<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	<input type="checkbox"/> Tração
		<input type="checkbox"/> Talas	
		<b>MONITORIZAÇÃO</b>	
		<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
		<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input checked="" type="checkbox"/> PA
		<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo	<input type="checkbox"/> Digirfusor
		<input type="checkbox"/> BIC	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<b>SINAIS VITAIS</b>		<b>POSIÇÃO</b>	
FC	Início <u>82</u> Meio <u>77</u> Fim <u>94</u> Unid. <u>Bpm</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça
Pulso	<u>81</u> <u>76</u> <u>93</u> <u>Bpm</u>	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço
Oximetria	<u>100</u> <u>100</u> <u>100</u> %	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax
Capnografia	<u> </u> <u> </u> <u> </u> %	<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombos
PA	<u>116/47</u> <u>107/57</u> <u>126/80</u> mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Trendelenburg	<input type="checkbox"/> Original
		<input type="checkbox"/> Canivete	<input type="checkbox"/> Abduzidos
		<input type="checkbox"/> Proclive	<input type="checkbox"/> Fletidos
<b>ACESSO VENOSO</b>		<b>COXIM</b>	
<input type="checkbox"/> Punção Arterial	<input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> MMSS
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central	<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Local: <u> </u>		<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
Cateter: <u> </u>		<input type="checkbox"/> Lombos	<input type="checkbox"/> MMII
		<input checked="" type="checkbox"/> Trendelenburg	<input type="checkbox"/> Abduzidos
		<input type="checkbox"/> Canivete	<input type="checkbox"/> Fletidos
		<input type="checkbox"/> Proclive	
<b>SONDAGEM GÁSTRICA</b>		<b>PLACA DO BISTURI ELÉTRICO</b>	
<input type="checkbox"/> SNG nº <u> </u>	<input type="checkbox"/> Retorno: <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável	
<b>CATETERISMO VESICAL</b>		Local: <u>Clavícula D</u>	
<input type="checkbox"/> SVA nº <u> </u>	<input type="checkbox"/> SVA nº <u> </u>	<b>DEGERMAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Diurese: <u> </u>	<input type="checkbox"/> Profissional responsável: <u> </u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b>		Local: <u>U.D</u> Solução: <u>cloroxido de álcool</u>	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria	<b>IMPLANTE CIRÚRGICO</b>	
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Drenos: <u> </u>	
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria	<input type="checkbox"/> Tela: <u> </u>	
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)		<input type="checkbox"/> Cateter: <u> </u>	
		<input type="checkbox"/> Ostomia: <u> </u>	
		<input type="checkbox"/> Rio de KC: <u> </u> Parafuso - tipo: <u>9 parafusos</u>	
		<input type="checkbox"/> Placa - Tipo: <u>D.C.P. larga (12 furos)</u>	
		<input type="checkbox"/> Outros: <u> </u>	
		<b>ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO</b>	
		Caixa cirúrgica: <u>415417</u> + <u>415418</u> Quant. Material: <u> </u>	
		Val: <u>08/05/18</u> Contagem de gaze e compressa: <u>( ) Não ( ) Sim</u>	







Hospital

Nome do paciente

**KAIQUE R. NOGUEIRA**

Nº prontuário

Data operação

08/05/2018

Enf.

Leito

Operador

DR. JOSIVAN NUNES

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

DR. CARLOS PINTO  
Instrumentador

Anestesiologista

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. ESVASIAMENTO MSE + GARROTEAMENTO;
3. ASSEPSIA; ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTERIS;
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 ANATÔMICOS
9. CURATIVO
10. SOLTURA DO GARROTE
11. BOA PERFUSÃO DISTAL
12. CRÓ.

198/527  
CONFERE COM ORIGINAL  
SERVIDOR



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: KATIEUE RODRIGUES NOGUEIRA Idade: 22 D/N: 27/06/1995  
Pront.: 160531 Município: PARANATIM Procedência: ☒ Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 08/05/18 Hora Admissão: Bloco: 11 Sala: 55 Hora Saída: 14:50 Peso: 55  
Alergias: ☒ Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: ☒ Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ☒ Sim  
SSVV Admissão: PA: 110 mmHg Pulso: 98 bpm FI: 98 rpm FC: 98 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): LEIANNE Instrumentado(a): DA SILVA Circulante: DA SILVA

Cirurgia: DEFEITAÇÃO DO INTESTINO DELTA Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 07  
Hora Início: 14:50 Hora Término: 16:30 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ( ) Urgência ☒ Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1ª Cirurgião: Dr. J. J. J. Aux.: Dr. R. R. R. Residente: Dr. R. R. R.

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ☒ Geral TOT: 8.0 Bloqueio: ( ) Raquidiana Ag.nº ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº 45 Cateter nº: 14 Início: 14:50 Garrote: ☒ Smark ( ) Pneumático Início: 14:50 Término: 16:30  
Anestesiologista: Dr. R. R. R.

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<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 checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nerv-o
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Inteira	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Dipefusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> 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>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>155x95</u>	<u>154x92</u>	<u>150x84</u>	mmHg

POSICÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Sabão	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Sabão	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Sabão	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Sabão	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendelenburg	<input type="checkbox"/> Sabão	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>H50</u>
Cateter:

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Metal ( <input type="checkbox"/> ) Descartável	
Local: _____	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não
Local: H5E	Solução: cloroxedina Local: H5E

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº: <u>1</u>
Retorno:
CATETERISMO VESICAL
SVF nº: <u>1</u> SVA nº: <u>1</u>
Diurese:
Profissional responsável:

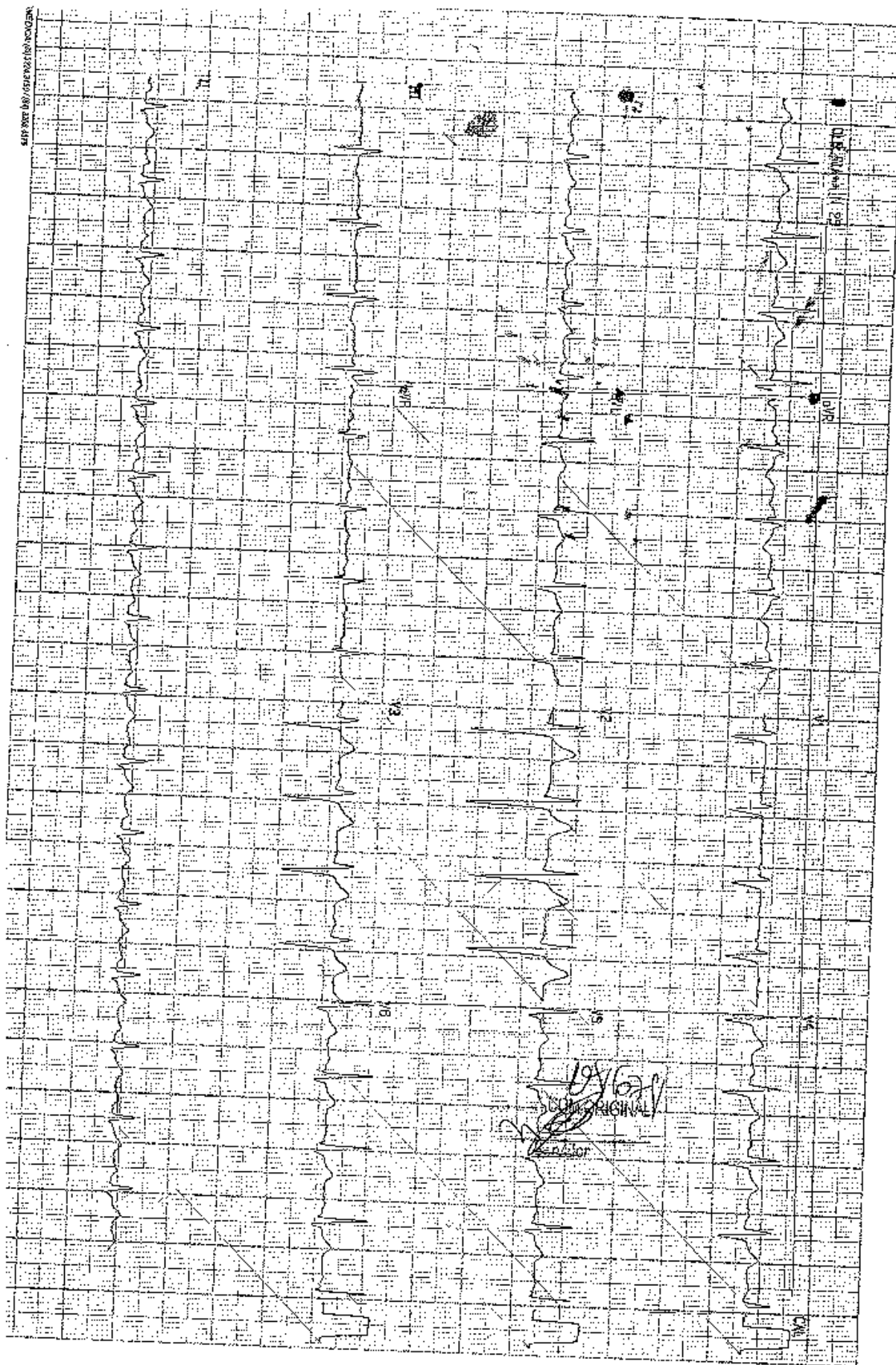
IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u>1</u> Parafuso - tipo: <u>10 pontual</u>
Placa - Tipo: <u>DEP-02 unid</u>
Outros:

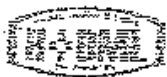
EXAMES SOLICITADOS:
<input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea <input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>150 + 35 + 10</u> Quant. Material:
Val: <u>14/15/2018</u> Contagem de gaze e compressas: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



Kaigue Rodrigues Noqueira  
exames.  
21/05/18 - 10:20





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemácias concentradas ( ) Plasma ( ) Plaquetas ( ) Albumina ( ) Expansor plasmático ( ) Soro fisiológico

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Insulina h: 08:00 Coliteim h: 08:00 Amorfin h: 08:00

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro fisiológico ( ) Soro Ringer Simples ( ) Soro Ringer Lactato ( ) Soro glicosado ( ) Soro fisiológico

Quantidade total de volume administrado: 500ml

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Encaminhado ao QBC

Ass: Alina Fidalgo Coren: 601.186

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: QBC

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

Hora: 10:30 Data: 30/04/18 Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: AVP Local: MSD Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Xher 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	
Admissão		<u>94</u>			<u>96</u>		Soro glicosado: <u>    </u> ml
30'		<u>92</u>			<u>95</u>		Soro fisiológico: <u>    </u> ml
60'		<u>92</u>			<u>95</u>		Ringer: <u>    </u> ml
Alta							Irrigação vesical contínua: <u>    </u> ml

Medicações administradas URPA:					Eliminações:				
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Encaminhado p/ RX + selar

Ass: Fernanda Coren: 450540



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

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





HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE CUIABA  
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

Relaxante Musc. h: 14h  
Ceftriaxona h: 16h  
Diprônio h: 10:30

HIDRATAÇÃO VENOSA

(☒) Soro Fisiológico: 17 ml (☐) Soro Ringer Simples: ml Quantidade total de volume administrado: 1500ml  
(☐) 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: Excesso de secreções  
Ass: Bláfus Coren: 207702

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (☒) Consciente (☐) Inconsciente (☐) Narcose (☐) Coma (☐) Vigil (☐) Agitado  
Respiratório: (☐) Intubado (☐) Extubado (☐) Cânula de Guedel (☒) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: (☒) Oclusivo (☒) Compressivo (☐) Bolsa de colostomia (☐) Outro:  
Diurese: (☐) Espontânea (☐) Normal (☐) Hematúria (☐) Irrigação Vesical (☐) Oligúrico Destino após a cirurgia: CRO

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

Hora: 16:40 Data: 08/05/18 Nível de consciência: (☒) Acordado (☐) Sonolento (☐) Narcose (☒) Orientado  
(☐) Desorientado (☐) Agitado (☐) Choro Vias aéreas: (☐) Intubado (☐) Extubado (☐) cânula de Guedel (☐) Cateter O<sub>2</sub> (☒) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: (☒) Normal (☐) Diminuída (☐) Sem mobilidade Mobilização MMSS: (☒) Normal (☐) Diminuída (☐) Sem mobilidade  
Venoclise: (☐) Não (☒) Sim Tipo: 24 Local: 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 (☐) Sujeito Monitorização: (☐) ECG (☒) Oxímetro (☐) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA (☐) Náuseas (☐) Vômitos (☐) Sangramento (☐) Dor (☐) Bexígora (☐) Alteração PA (☐) Alteração FC  
Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	TC	P	PA	FR	Sat. %	Dor
Admissão		98			98	Não
30'		100			100	Não
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 Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
					Recebido da SO				
					Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhado para RAO X.

Ass: Sayonara Coren: 504067



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital <b>HDM L</b>		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome <b>Kenji Riquelme Noronha</b>						
Data <b>22/05/18</b>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Idade
Tipo sanguíneo	Hemafias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Sexo
	Urina					Cor
Ap. respiratório					Asma	
Ap. circulatório					Bronquite	
Ap. digestivo					Eletrocardiograma	
Estado mental			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Diagnóstico pré-operatório			Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Anestésias anteriores			Estado físico		Risco	
Medicação pré-anestésica						
			Aplicada às	Efeito		
Agente Anestésico						
Líquidos						
Oper						
Anest.						
P Pulso						
O Resp.						
SIMBOLOS						
E						
ANOTAÇÕES	<p>1. Monitorização</p> <p>2. Anestesia com bupivacaína 0,5% + fentanila 2mcg/ml + S<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 100% + 100% O<sub>2</sub></p> <p>3. Infusão de 2g de fentanila em 50ml de S<sub>2</sub>O<sub>2</sub> + 100% O<sub>2</sub></p> <p>4. Alergia</p>					
POSIÇÃO	<p>1. Decúbito lateral</p> <p>2. Decúbito dorsal</p> <p>3. Decúbito ventral</p> <p>4. Posição de Trendelenburg</p>					
Agentes	<p>1. Propofol 2g</p> <p>2. Fentanila 2g</p> <p>3. S<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 100%</p> <p>4. 100% O<sub>2</sub></p>					
Técnica	<p>Propofol + fentanila + S<sub>2</sub>O<sub>2</sub> + 100% O<sub>2</sub></p>					
Operação	<p>Exatoma da face</p>					
Cirurgiões	<p>Dr. Carlos Roberto R. Junior</p>					
Anestésistas	<p>Dr. Carlos Roberto R. Junior</p>					
Observações	<p>CRM - RJ 5.097</p>					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						
Perda sanguínea						



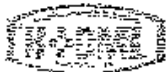
### Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Enfermaria	Leito	Nº prontuário
DML			
Nome	Idade		Sexo
Kaíque L. Nogueira	22		M
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração
08/05/2018	130/90		
Tipo sanguíneo	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Urina			
Ap. respiratório	Asma		Bronquite
Ap. circulatório	Elefocardiograma		
Ap. digestivo	Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental	Atarácicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório	Estado físico		Risco
Anestésias anteriores			
Medicação pré-anestésica	Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos			
Líquidos			
Oper.			
Anest.			
O Resp.			
P Pulso			
SIMBOLOS			
E			
ANOTAÇÕES			
POSICÃO			
Agentes			
Técnica			
Operação			
Cirurgiões			
Anestesistas			
Observações			
Anotar no verso as complicações pré-operatórias e pós-operatórias			

Batido avogado m e Ro aguada Transfereis para  
em termomora







HOSPITAL REGIONAL DE CLÓCIO MARQUES DE OLIVEIRA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:						
( ) Hemocomponente	Unid.	( ) Plasma	Unid.			
( ) Albumina	Unid.	( ) Expansor plasmático	Unid.			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS						
<u>Insulina 4ml</u>	h:		h:			
<u>Dextrose 25ml</u>	h:		h:			
	h:		h:			
HIDRATAÇÃO VENOSA						
(X) Soro Fisiológico:	ml	( ) Soro Ringer Simples:	ml			
( ) Soro Glicosado:	ml	( ) Soro Ringer Lactato:	ml			
		Quantidade total de volume administrado:	<u>1000 ml</u>			
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: <u>Pacientemente realizado com sucesso. Paciente usou bem para o CRO no pós-operatório imediato.</u>						
Ass: <u>[Assinatura]</u> Coren: <u></u>						
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO						
Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcoze ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado						
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel (X) O <sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Boia de colostomia ( ) Outro:						
Diurese: (X) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>CRO</u>						
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO						
Hora: <u>10:40</u> Data: <u>02/05/18</u> Nível de consciência: (X) acordado ( ) Sonolento ( ) Narcoze (X) Orientado						
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O <sub>2</sub> (X) O <sub>2</sub> Ambiente						
Mobilização MMH: ( ) Normal (X) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade						
Venoclise: ( ) Não (X) Sim Tipo: <u>2ml</u> Local: Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical						
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim (X) Não Específicas:						
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						
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat%	Dor
Admissão		<u>90</u>			<u>96</u>	<u>NÃO</u>
30'		<u>87</u>			<u>99</u>	<u>NÃO</u>
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 Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <u>Paciente encaminhado para clínica ortopédica.</u>						
Ass: <u>Sayomara</u> Coren: <u>504067</u>						





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 110.400.694-44

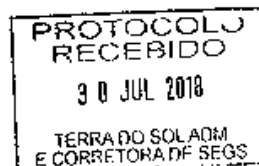
Nome: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Data de Nascimento: 27/06/1995

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 25/02/2011

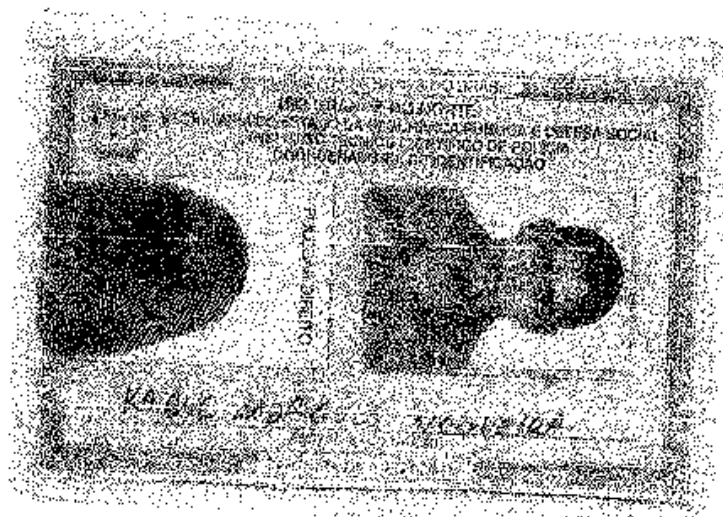
Dígito Verificador: 00



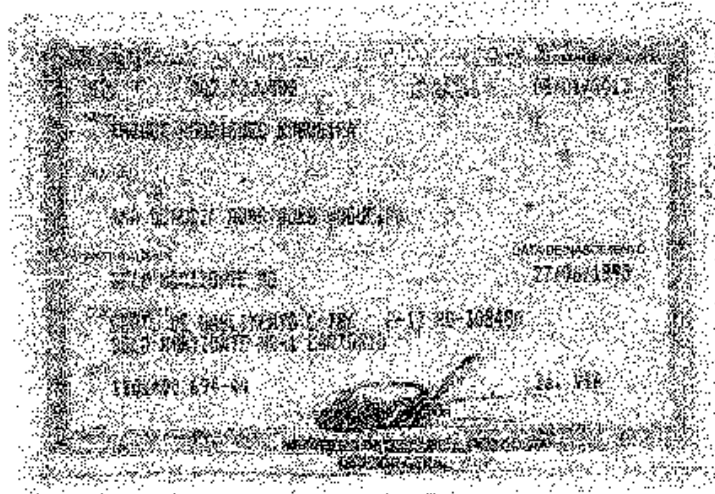
Comprovante emitido às: 15:28:03 do dia 19/06/2018 (hora e data de Brasília).

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



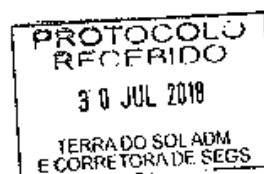
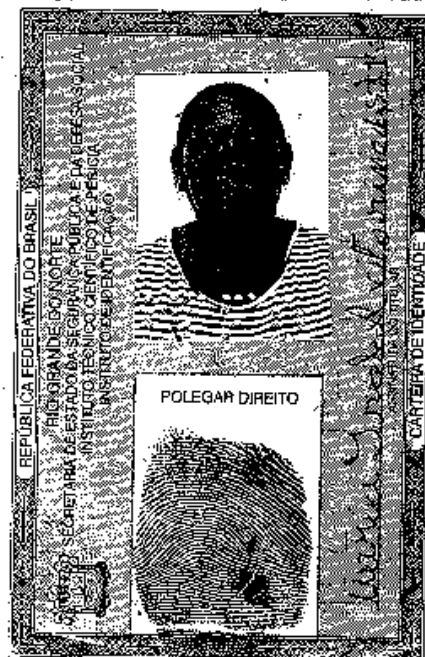
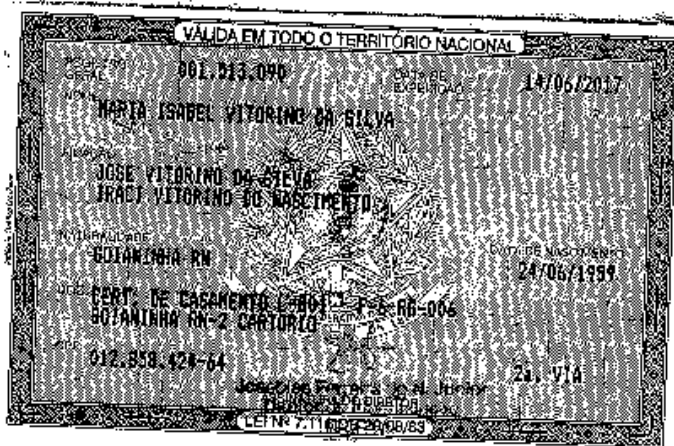


PROTOCOLO  
RECEBIDO  
30 JUL 2018  
TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS



110. 400. 694-44





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 1167 // 00398 Nº 013970716445  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1  
COD RENAVAM: 00353511090  
EXERCÍCIO: 2018

NOME: JADELYN REZENDE DE AZEVEDO SREGO

CPF: 000.000.000-00  
PLACA: R01131

FLACANTINHA  
MUNICÍPIO: FLACANTINHA  
UF: RJ

ESPECIE: 010  
COMBUSTÍVEL: ELÉTRICO-GLP

PARCELA: 001  
MARCA/MODELO: FIAT/FOCUS-GLP

RENOVAC: 001  
CAP/PCV: 001

OCV/159  
CATEGORIA: 001

VEICULO: 001  
DATA: 00/00/00

PREMIO: 000,00  
DATA DE PAGAMENTO: 00/00/00

TRAXAS: 000,00  
DATA DE PAGAMENTO: 00/00/00

OBSERVAÇÕES: 000,00

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.SEGURADORALEDER.DPVAT  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 25/04/2018

PLACA: R01131  
RENOVAM: 00353511090

VEICULO: 001  
DATA: 00/00/00

PREMIO TARIFÁRIO  
DEBITAR (R\$): 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 000,00

DATA DE OUTRADA: 00/00/00

SEGURO LIDER DPVAT

UNIPAR DAS SEGURO LIDER

PROTOCOLO RECEBIDO

30 JUL 2018

TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

## 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. POSTERIOREMENTE 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



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### 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 kaíque rodrigues noqueira , portador do RG: 2722502 , inscrito no CPF sob o n. 110.400.604-44 , residente e domiciliado na Rua Manoel estevam do nascimento 30ª Pirangi do norte Parnamirim/Rn e, venho expor o seguinte:*

*Em data de 23/04/2016 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 calu.*

*Após o referido acidente fui encaminhado pela Samu sob nº da ocorrência 55015/1 ao hospital deoclecio marquesa 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 seqüela 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.*

*KAIQUE RODRIGUES NOQUEIRA*





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 GENITORA 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 (viúva) 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), extingue 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 8.2.2017 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

✓ KOTVB P. SDR, CMBIS K. GUB, M  
 





poderá definir o grau de sequela 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.

KATIA RODRIGUES NOGUEIRA

Testemunha:

[Assinatura]

Testemunha:

[Assinatura]



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Kaíque Rodrigues Nogueira, brasileiro(a)  
estado civil: Solteiro Profissão: Porteiro, portador(a) do  
RG 002.72.502, órgão expedidor ITEP e do CPF: 150.400.694-44,  
residente no(a) Rua Momel Estrom  
nº 30, bairro: Pirangi Praia, município: Parnamirim /

OUTORGADO:

Nome: Maria Gisabel Victorino da Silva, brasileiro(a)  
estado civil: casada Profissão: Aposentada, portador(a) do RG  
003.513.090, órgão expedidor ITEP e do CPF: 012.858.424-64 residente  
no(a) Rua Jorzi Fernando dos Santos  
nº 03, bairro: Pium, município: Parnamirim /

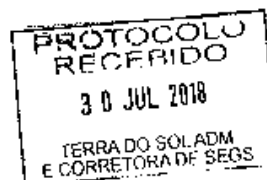
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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



\* Kaíque R. Nogueira  
Assinatura do Outorgante



**20** **SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS**  
TABELÃO: AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA  
PAIVA AMARAL  
Rodrigues Nogueira  
Em testemunho Parnamirim/RN, 13/06/2018  
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](http://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

