



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
62663 565	11/11/2020 17:44	<u>2764657_CONTESTACAO_Anexo_04</u>
		Outros documentos

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

Pag. 01/69/01170 - carta_03 - INVALIDEZ

00050585


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.

Carta nº 13211584

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



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 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 FÉMUR 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 DEFÍCIT DE FORÇA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE DEFÍCIT 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 sequela permanente

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

gau para ferimento fles

*Dr. Dauer Lima
Médico Geral
CRM 7547*

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 da 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 RAFAEL R. NOGUEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF do beneficiário	Profissão
RAFAEL R. NOGUEIRA	110.900.674-91	REBO50
Residencia	Número	Complemento
RUA MANOEL ESTEVÃO DO NASCIMENTO	30 A	
Distrito	Cidade	Estado
PARANGI DA NOITE	PARANAMICIM	PR
Email	CEP	Telefone (DDD)
(89) 99806-1091	59161-700	84 (98706) 3910

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[] BRADESCO (237) [] BANCO DO BRASIL (001) [] ITAÚ (341)
[] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **2008** DV **81945** DV
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Name 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 Lider 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.

PARANAMICIM/PR, 18 de 06 de 2018

Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO

30 JUL 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

RAFAEL R. NOGUEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 VC01/2017



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0048328 DROG ESPERANCA 14/06/2018
CAIXA
14:44:05 (Horário de Brasília)
*****15704

Saldo N. 93020001-0392

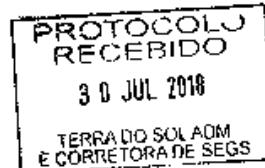
AGENCIA : 2008 - PARNAMIRIM, RN
CONTA : 013 00081945-0
CLIENTE : KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Saldo ate a data de: 14/06/2018
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.



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 DELEGIACIA 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 11:26:18
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligue CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 28/04/2018 23:30:00 2.2 Autor/a: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Melo(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo de 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: KALIQUE 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 COMPARCEU 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 NOD 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 SAÍU DO 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 11:26:16

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

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



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
Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO
Equipe Enfermagem Cena:
VTR: UR 23 (SUPER FACIL)

Médico Regulação: JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA
Médico Cena: JULIANA LOPES DE AGUIAR
Usuário Pós-Cena:
Equipe VTR: JOSÉ CARLOS ALVES DE CASTRO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
EDNALDO ARAUJO BENTO - TECNICO DE ENFERMAGEM
JOSÉ ERIVAN RAMALHO DOS S - TECNICO 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 MÁRCIO 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

APM: 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

Apoio:

OBSEVAÇÕES

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:** (RÁDIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

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

NORAGEM 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
---	--	---	---	---



✓ Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

 Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

 Vaga Negada Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

MOTIVOS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

 Sim Não

VIOLENCIA 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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 17:44:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111117442842200000060090297>
Número do documento: 20111117442842200000060090297

Num. 62663565 - Pág. 11



Terça Social de Energia Búlica: Crédito pelo Cel 10.438, dia 26/04/04
www.energiasocial.com.br

DADOS DO CLIENTE
, ANA CLÁUDIA RODRIGUES SOGUEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
RUA MACHADO ESTEVÃO DO NASCIMENTO
30 A

CPF: 003.844.238-39 NIS: 12513913584

PIRANGI DO NORTE/DISTRITO LITORAL
PARANAMIRIM/RN
58181-750

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CO-
OPERATIVA

58161-7D0

INDIA, HOTA, RISHABH | 007275954 | UNCA | 04/03/2018

DATA DE VEHICULANTO

114MB2016 0000573716 12024428

8

1. *What is the primary purpose of the study?*

Издано в 1980 г. в г. Ташкенте.

Consumo Ativo de 300 kWh
Consumo Ativo superior a 300 até 1000 kWh
Consumo Ativo superior a 1000 até 2200 kWh
Atribuição Beméntis Ativo: 1
Atribuição Bandeira Vt: 100% da
Cobrança da Iluminação Pública

WERT	PREIS/MT	WERT/MT
31.000.000,-	0,29340554	9.179
79.000.000,-	1,35886004	25,17
82.000.000,-	9,53847141	(10,50)

TOTAL Do Failures

81-18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ROTA FISCAL										01/19			
ANO	MES	TIPO DA MOVIMENTA- ÇÃO	DATA	ENTRADA	SAIDA	DATA	VALOR	LEITURA CATÓD.	LEITURA MAGNET.	PERÍ DIGO	CONTRABAL	AJUSTE	CONSUMO (Hrs)
2010	05	ENTRADA	05-05-2010			05-05-2010	4.500,00	22	22.000,00				150,00

Depois de um período de 100 dias, o resultado da experimentação com o uso de Glucagon e de sua forma de ação rápida, em 100 pacientes, com idade entre 10 e 60 anos, mostrou que a taxa de resposta era de 90% e 20% respectivamente. O resultado da experimentação com a forma de ação lenta de Glucagon, em 100 pacientes, com idade entre 10 e 60 anos, mostrou que a taxa de resposta era de 90% e 20% respectivamente. O resultado da experimentação com a forma de ação lenta de Glucagon, em 100 pacientes, com idade entre 10 e 60 anos, mostrou que a taxa de resposta era de 90% e 20% respectivamente.

... ATENÇÃO! ACUSEREM INÉDITA HABILIDADE QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM APERTO.

Digitized by srujanika@gmail.com on 08/07/2014 10:45 AM

ESTIMATED FABRICATING CAPACITY SUPPORTS					TE KWH
UTILITY NUMBER	VALU E PER UNIT	UNIT PER MONTH	UNIT TRANSA CTION	VALU E PER TRAN SACTION	
GAS	0.11	10.56	0.11	1.16	42.34
W.E.	0.01	1.79	15.2	0.03	50.00
WAT.	0.00	5.95	4.00	0.00	
DRCT.					

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

DATA PAGAMENTO: 17/06/2016 TOTAL A PAGAR (R\$): 31.199,00





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pelo Edital 10438, de 25/04/04.

Contato: a Família de São Gonçalo do Norte
Av. Maracanã, 150, Belém, Pará, 66060-000 - CEP 66060-000
CNPJ 09.234.104/0001-45 | INSC. FIS. 204059028-0 | www.cosern.com.br

CHAMADO DE PAGAMENTO

EDNALVA FIRMINO DAS L.

CPF: 412 340.481-08

CLASSIFICAÇÃO:

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mondubim

DATA DA CONTA:

07/03/2018

DATA DE VENCIMENTO:

05/04/2018

DATA DE PAGAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2018

DATA DE EMISSÃO:

07/04/2018

DATA DE CANCELAMENTO:

07/04/2018

DATA DE EXIBIÇÃO:

07/04/2



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

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/SIB110TECAWEB/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.

* 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, apurar e punir e identificar as ocorrências suspeitas de atos de corrupção previstos na Lei nº 8.611/93.

Pelo exposto, eu MARIA J. V. DA SILVA inscrito (a) no CPF 012.858.429-67, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KATIA R. NOGUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.700.079-77, de sinistro de DPVAT cobertura JUVA 1.223, da Vítima KATIA R. NOGUEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.700.079-77, conforme determinação da Circular Suisen 445/12;

Declaro Profissor: _____ Sendo: _____ 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.

Este cliente deu de知晓 a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA JOSE FERNANDES colônia 10 (distrito) PANAMIRIM		Múmero 3	Complemento
Estado RN	CEP 59161-075		
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

PANAMIRIM / 18 de 06 de 2018
Local e Data

Lamb - Peter

Maria, fratello, sonino da sitta

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO
RECEBIDO
30 JUL 2018
TERRA DO SOLADM
E CORRETORA DE SEGUROS



contato 981793151/6706, R6.

JUS. 898 VOL. 84340PF 310 400 694-44



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

Mat: Andre claudy Rodrigues no queiroz 01
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

Notas de Entrada
Relatório de Atendimento
AUTORIZADO

NOME: Kaique Rodrigues no queiroz
IDADE: 22 COR: Marrom SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro.

NATURALIDADE: Belo Horizonte PROFISSÃO: Porteiro PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua Manoel Estelita do nascimento Bairro: Praia Branca
CIDADE: Belo Horizonte BAU: DATA: HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS,	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
Exta	15	82 MPF	150x70

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

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Vítima de colisão moto-automóvel; com bafo forte; não responde; não respira; pressões normais; não forte da consciência.

EXAME FÍSICO

A - Pálpebras: 1/3 dolor; 2/3 fixas	B - Tônus: 3/3 reflexos: 4/4	C - Extremidades: 5/5	D - 15	E - Fratura: M19 e M18	F - Pálpebra: flácida; RHM +; 3/3 fixas.	G - Tônus: 5/5 reflexos: 4/4	H - 15	I - 15	J - 15	K - 15	L - 15	M - 15	N - 15	O - 15	P - 15	Q - 15	R - 15	S - 15	T - 15	U - 15	V - 15	W - 15	X - 15	Y - 15	Z - 15
-------------------------------------	------------------------------	-----------------------	--------	------------------------	--	------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

PROTÓCOLO RECEBIDO
30 JUL 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

CONFIRA O PROTOCOLO ORIGINAL

CONFIRA O PROTOCOLO ORIGINAL
Assinatura

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	150x70	22	15	15		82

DIAGNÓSTICO INICIAL

Vítima moto - moto

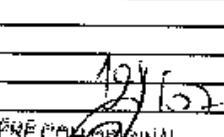
Ortopédica





PRONTUÁRIO DE INTERNACAO

**CLINICA
ORTOPEDIA**

ENFERMAGEM N°	EB70	PRONTUÁRIO	
DATA	HORA	160551	
30/04/2018	8:59	GIH	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA		27/06/1995	
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
UNIÃO ESTAVEL		PORTEIRO	
ENDERECO (RUA, N°)			
RUA MANOEL ESTEVAM DO NASCIMENTO 30 A			
MUNICÍPIO		BAIRRO	UF
PARANAMIRIM		PIRANGI DO SUL PRAIAS	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP	
		59161-700	
		TELEFONE	
FILIAÇÃO			
ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA (MAE)		NAO DECLARADO	
RESPONSÁVEL		TELEFONE	
A GENITORA		98179-3151	
ENDERECO			
O MESMO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSÃO		ALTA	OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA			
			
CONFIDENCIAL			
201628			
SANTOS			

CONFIDENTIAL

S. 1000





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

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
160551

KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

7- CARTÃO NACIONAL SUS
708 5093 5268 6875

8- DATA DE NASCIMENTO
27/06/1995

9- SEXO
MASCULINO

10- RACIAÇÃO
PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO
98179-3151

ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA (MÃE)

13- NOME DO RESPONSÁVEL
A GENITORA

14- FONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA MANOEL ESTEVAM DO NASCIMENTO 30 A

16- MUNICÍPIO
PARNAMIRIM

17- BARRA
PIRANGI DO SUL PRAIAS

18- UF
RN

19- CEP
59161-700

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pneumonia febre febre alta

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

OT. engorgo

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

S. n. /

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Pneumonia febre alta

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Medo de transpor

EXAMES COMPLEMENTARES

transf 100g xel 04/00
 Tensão cor
 Sínt. 100g

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

N

① Al. Pad. (Hab) i. M/G + M/S

② fumar de cachaça.

✓
 Elielso B. Godoy
 Cirurgia Geral e Digestiva
 CRM/RN 0083

Aguirado - Teles
 para Trescor - Transf. 100g

✓
 Dr. Carlos Matos
 Cirurgia Geral e Digestiva
 CRM/RN 0083

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE Ortopedia	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____	
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>	
ÓBITO _____ / _____ / _____	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)	





Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Kaiane Rodrigues Nogueira Idade: 22 A/B/N: 23/06/1995
 Pront: 360551 Município: PARANAMirim Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 20/04/18 Hora Admissão: Bloco: 10 Sala: 1 Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não Sim Comorbidades: H/S IDM Outras: NEGA
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm RI: bpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Tatiane Instrumentado (a): Circulante: Gine (left) Pablo S.

Cirurgia: Tração fibial direita es. ferula Especialidade: Ortopedia Sala: 02
 Hora Início: 10:20 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Dr. Kaiane Aux: Dr. Wilson Residente:

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bicarbonato Raquidiana Ag.nº Peridural c/cateter s/cateter
 Ag.nº Cateter n°: 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
	Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
	Coma	<input type="checkbox"/> Gianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdica	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
	Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
	Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Difusor
	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
	Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmeno	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
	t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
	Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
	Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Tálas	

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

ACCESSO 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>NEO</u>	Servidor:
Cateter: <u>10cc</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG n°: Retorno:

CATETERISMO VESICAL

SVF n°: SVA n°:

Diurese: Profissional responsável:

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 (Rcp X)	

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim Não Metal Descartável

Local:

DEGERMAÇÃO

Sim Não () Sim () Não

Local: MID Solução: DEC Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC: FC 0 N° 04 Parafuso - tipo:

Placa - tipo:

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: Perfurada Quant. Material: OK
 Val: 06,05,18 Contagem de gaze e compressa: Não Sim



Nome do paciente		KAIQUE R. NOGUEIRA		Nº prontuário
Data operação		30/04/2018	Enf.	Leto
Operador	DR. ELSON JOSÉ	DR. ROGÉRIO SANTOS 1º auxiliar		
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório				
Tipo de operação FRATURA DE FÉMUR DIREITO				
Diagnóstico pós operatório TRATAMENTO CIRÚRGICO				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA**
- 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA**
- 3. INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL**
- 4. CURATIVO**
- 5. ATO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS**

19/04/2018

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

DR. ELSON

Elson José S. Miranda
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 6301 - MECOT 13807



Hospital

Nome do paciente		N. H. A. V. M. L. L. L. V. E. R. A. R. A.		Nº prontuário
Data operação	02/5/18	Enf.	Leito	
Operador	Rogério Santos	1º auxiliar	Ricardo Cunha	
2º auxiliar	Patrícia Fagundes	Instrumentador		
Anestesista	Patrícia Cipriano	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório	Fractura fechada			
Tipo de operação	Tratamento emergencial fractura			
Diagnóstico pós operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Adente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Técnicas fechadas fechadas
Abordagem dorsal parafascial
Técnica de reseção fechada
Redução fechada fechada
Osteosíntese clínica fechada
Drenagem excessiva
Prótese plástica a fio
Tecido

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CMBR 126 - SGT 141

19/6/20

CONFIRME COM ORIGINAL

Assinatura





Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA Idade: 22 D/N: 27/06/1995

Pront: 160551 Município: Parauapebas Procedência: () Interno () Externo

Data da cirurgia: 02/05/18 Hora Admissão: Bloco: 06, 07 Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____

Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () H/S () DM () Outras _____

Uso de medicações: () Não () Sim _____ Jejun: () Não () Sim _____

SSVV Admissão: PA: _____ mmHg P脉: _____ bpm Fl: _____ rpm PC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): WILIANA Instrumentado (a): Augusto Circulante: Cíntia Fernandes

Cirurgia: Tríptigo furtivo do fêmur Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01

Hora Início: 09:00 Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada

1º Cirurgião: Michel Aux: Rayssa e Ricardo Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter

Ag.nº _____ Cateter nº: 08-35 Gártrot: () March () Pneumático Início: _____ Término: _____

Anestesiologista: _____

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

SAÍAS VITAIS	Inicio	Mel	Fim	Unid.
FC	82	77	94	Bpm
P脉	81	76	93	Bpm
Oximetria	100	100	100	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	164/97	167/57	126/100	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA			
SNG nº			
Retorno:			

CATETERISMO VESICAL			
SV nº		SVA nº	

Díurese:			
Profissional responsável:			

EXAMES SOLICITADOS:			
() Hemograma	() Gástricometria		
() Coagulograma	() Outros		
() Tipagem Sanguínea	() Glucosimetria		
() Radioscopia (Raio X)			

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	Abdomen	MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemborg	PRE COMPARTIMENTAL	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Prodive	Semicírculo	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO			
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Metal () Descartável			
Local: Claviícula D			DC
DEGERMAÇÃO			TRICOTOMIA

SOLUÇÃO: cloroxidi natriico (00)			
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não			

IMPLANTE CIRÚRGICO			
Drenos:			
Tela:			
Cateter:			
Ostomia:			
Fio de KC:	Parafuso - tipo: 9 parafuso		
Placa - tipo: DCP largo (12 furos)			
Outros:			

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO			
Caixa cirúrgica: 113x17x10	Quant. Material:		
Val.: 01/05/18	Contagem de gote e compressa: () Não () Sim		





Hospital

Nome do paciente	KAIQUE R. NOGUEIRA		Nº prontuário
Data operação	08/05/2018	Enf.	Leito
Operador	DR. JOSIVAN NUNES	1º auxiliar	
2º auxiliar		DR. CARLOS PINTO Instrumentador	
Anestesiista	3º auxiliar	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			

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. EVASIAMANETO MSE + GARROTEAMENTO;
3. ASSEPSIA; ANTISSEPSIA - E CAMPOS ESTEREIS;
4. INCISÃO DORSAL + DISSEÇÃO 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. CRÔ.

CONFIRME CONFERENCIA
Assinatura





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: **MARINA ADONAVES NOGUEIRA** Idade: **22** D/N: **27/06/1995**
 Pront: **1400591** Município: **Paraná** Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: **08/05/18** Hora Admissão: Bloco: **11** : **55** Sala: **1** Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não Sim Corrótidades: HAS DM Outras
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: **100** mmHg Pulso: **80** bpm F1: **18** rpm FC: **100** bpm SpO₂: **98** % T: **36** °C

Enfermeiro(a): **Leianne** Instrumentado (a): **Outra** Circulante: **Leilene**

Cirurgia: **Ressecção do útero e histerectomia** Especialidade: **ONTOPEDEIA** Sala: **01**
 Hora Início: **14:55** Hora Término: **15:30** Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1^ª Cirurgião: **Dr. Vitor** Aux: **Dr. André** Residente:

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: **8,0** Bloqueio: Raquidiana Ag.nº: Peridural: c/cateter: s/cateter
 Ag.nº: Cateter n°: **4** : **45** Garrote: Smarch Pneumático Início: **14:50** Término: **15:30**
 Anestesiologista: **W. R. R. S.**

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"/>	Lefárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetria
<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/> Clonótica	<input checked="" 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"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/>	Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/>	Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/>	Desambulante	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmanico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/>	Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/>	Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manches		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	98	98	93	bpm
Pulso	98	100	98	bpm
Oximetria	97	97	98	%
Capnografia				%
PA	155x88/54x32	176x104		mmHg

ACÉSSO 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:	H51
Cateter:	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°:	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVF n°:	15VA n°:
Drúese:	

Profissional responsável:	
<input type="checkbox"/>	

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	19	Cabeça
<input type="checkbox"/> Ventral		Abdômen
<input type="checkbox"/> Lateral		Braco
<input type="checkbox"/> Litotómica		Tórax
<input type="checkbox"/> Trendlenburg		Lombar
<input type="checkbox"/> Canivete		
<input type="checkbox"/> Prólide		

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim Não Metal Descartável

Local:

DEGERMAÇÃO

Sim Não Sim Não

Local: **HSE** Solução: **0,9% NaCl** Local: **HSE**

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KG:

Parafuso - tipo: **W. P. 10**

Placa - tipo: **CP - 02**

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: **10x10x35** Quant. Material:

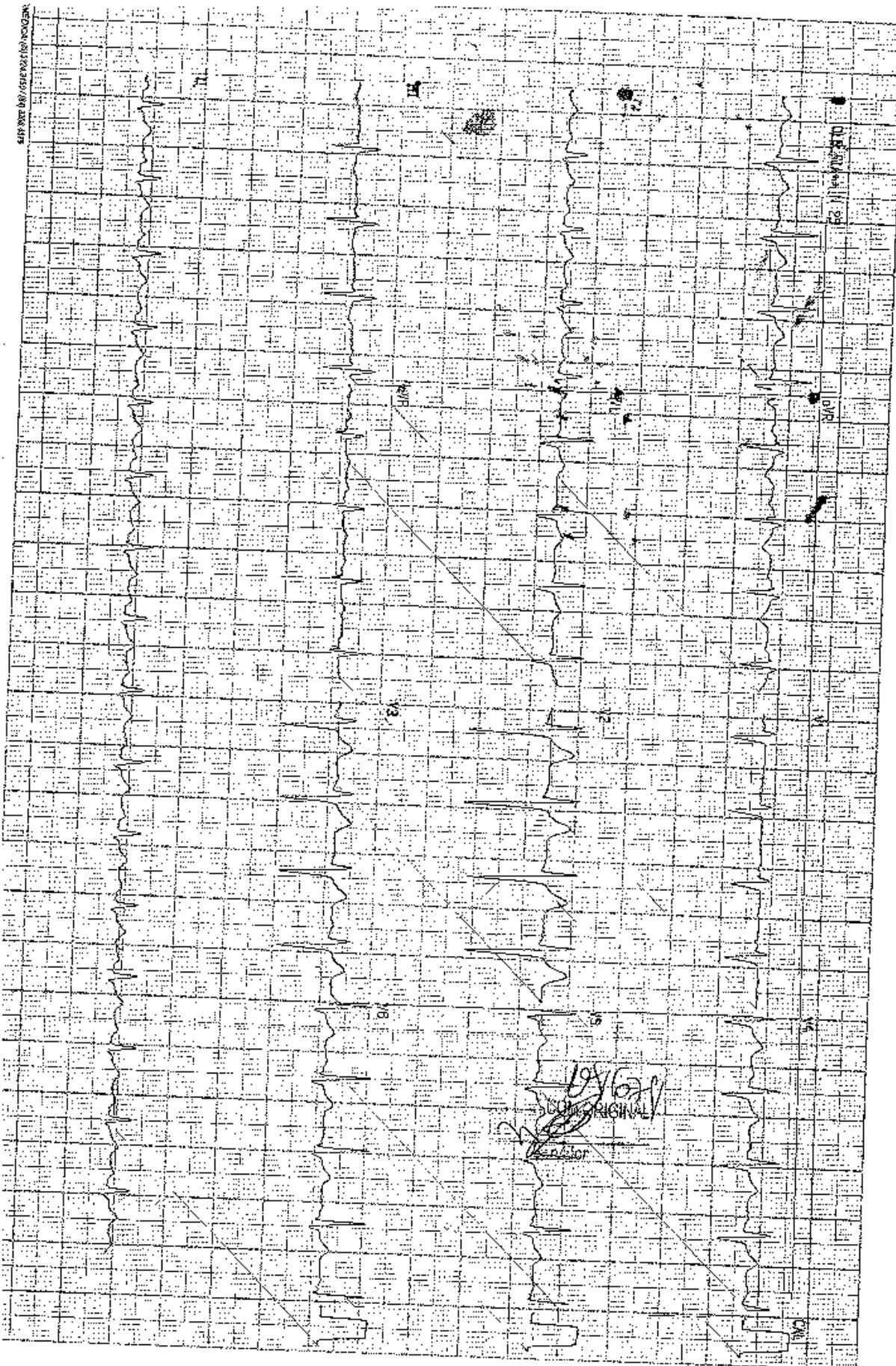
Val.: **415** Lote: **12/2018** Contagem de gaze e compressas: Não Sim

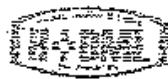


Kaigu Rodrigues Nogueira
sp. arias

class 18 - 40:20

卷之三





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

Hémostatina Unid. Plastipar Unid. Plaquetas Unid.
 Albumina Unid. Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Vitell - Coletivo anestésico

HIGRATAÇÃO VENOSA

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

ANÁTOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

PO de aspecto: Limpo c/exsudata Contaminada Aparelho gessoado Bandagens Tálas Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Encaminhado ao ORC*

Ass: *Almírio Silveira* Coren: *601116*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: Consciente Inconsciente Narcose Coma Vigil Agitado

Respiratório: Intubado Extubado Cânula de Guedel O₂ ambiente Curativo: Oclusivo Compressivo Boísa de colostomia Outro:

Diurese: Espontânea Normal Hematuria Irrigação Vesical Oligúrico Destino após a cirurgia: SICU

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

Hora: *10:30* Data: *30/04* Nível de consciência: Acordado Sonolento Narcose Orientado

Desorientado Agitado Choroço Nas aéreas: Intubado Extubado Cânula de Guedel Cateter O₂ O₂ Ambiente

Mobilização MMH: Normal Diminuída Sem mobilidade Mobilização MMSS: Normal Diminuída Sem mobilidade

Venóse: Não Sim Tipo: *AVP* Local: *MS* Sondas: Gástrica Enteral Vesical

Drenos: Sução Torácico Penrose Kher Ostomias: Sim Não Especifique:

Irrigação vesical contínua: Retorno satisfatório Retorno insuficiente Coágulos

Curativo: Oclusivo Descoberto Limpo Sílio Monitorização: ECG Oxímetro IPA

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	<i>94</i>				<i>96</i>	
30'	<i>90</i>				<i>95</i>	
60'	<i>92</i>				<i>100</i>	
Alta						

Soro glicosado: ml

Soro Fisiológico: ml

Ringer: ml

Irrigação vesical contínua: ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

10h Encaminhado p/ RX + setor

Ass: *fernanda* Coren: *450520*



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Lelito	Nº prontuário
Nome	Kaíque Rodrigues Vieira			
Data	30/09/18	Idade: 22	Sexo: M	Cor:
Pressão arterial	160 x 110	P脉搏: 80	Respiração: 18	Temperatura
Tipos sanguíneos	Hematíaxis	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
	Urina			Uréia
Ap. respiratório	MV 15 líticos e 12/12			Asma
Ap. circulatório	P.C.R. 2+ BNP 111/1000 ng			Electrocardiograma
Ap. digestivo	CEV/1M + 8h	Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental	10/10	Ataracicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico
Anestesias anteriores				Risco
Medicação pré-anestésica				Aplicada às
Inj. 1000				Efeito
Apneia	0	1	2	3
Anestésicos	0	1	2	3
Líquidos	1000	1000	1000	1000
O Oper.	250	250	250	250
O Anest.	250	250	250	250
O Respi.	250	250	250	250
P Pulso	250	250	250	250
monitores: ECG, Pz, PA, SpO2				
SÍMBOLOS	eléctrodos			
E	Dz - 10 cm - 30 cm			
ANOTAÇÕES				
POSIÇÃO				
Agentes	RISONI 1001			
Técnica	sedação			
Operação	Tumor transseptalico			
Cirurgiões	Dr. M. Pacheco + Dr. Wilson			
Anestesistas	Dr. M. Almeida			
Observações				
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				
Perda sanguínea				



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	
HML		Leito	
Nome		Nº pronto-socorro	
Koki Requena Noronha		Idade	Sexo
Data	22/05/18	Pressão arterial	Pulso
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Respiração
	Urina	Hematocrito	Temperatura
		Peso	Outros
Ap. respiratório			
Ap. circulatório		Alergia	
Ap. digestivo		Bronquite	
Estado mental		Dentes	Pescoço
Diagnóstico pré-operatório		Ataracicos	Corticoides
Anestesias anteriores		Alergia	
Medicação pré-anestésica		Hipotensores	
		Estado físico	Risco
		Aplicada às	Efeito
		C: 14 09.60 05.45	
Anestesia	Anestesiologista	3	
		57	57
Anest.	Oper.	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	
		1. Anestesia	
Anest.	O. Resp.	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	
		2. Anestesia	
P. Pulso	O. Resp.	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	
		3. Anestesia	
SIMBOLOS		X	O
E		O	X
ANOTAÇÕES		3- Infusão 0.9% + Dose fixa 5g + Amfet 50mg	
POSIÇÃO		(X) A capa	
Agentes			
Técnica		Drogas: glicose bomba	
Operação		Intervento: cirúrgico fratura de fêmur	
Cirurgiões		Dr. Carlos Henrique E. Júnior	
Anestesiistas		Médicos	
Observações		CRM - RN 5.097	
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias		Perda sanguínea	



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital DHL		Enfermaria	Leito	Nº prontuário			
Nome <u>Kaiane L. Nogueira</u>		Idade <u>22</u>	Sexo <u>fem</u>	Cor			
Data <u>08/05/2018</u>		Pressão arterial <u>130/90</u>	P脉搏 <u></u>	Respiração <u></u>	Temperatura <u></u>	Peso <u>+100 kg</u>	Outros
Tipo sanguíneo		Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
		Urina					
Ap. respiratório <u>P</u>						Asma	Bronquite
Ap. circulatório <u>P</u>						Eletrocardiograma	
Ap. digestivo <u>P</u>		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental <u>Suado</u>		Afetacicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório		<u>Fratura de ossos do antebraço</u>				Estado físico	Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica						Aplicada às:	Efeito
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
Oper.							
Anest.							
P Pulso							
O Resp.							
SÍMBOLOS		<u>ECG, fANI, SpO2</u>					
E							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Agentes		<u>Propi C75%b - Cif + Xilacaina 2% 0,5% + Etomidato 0,25mgs + Fentanil 250mcgs</u>					
Técnica		<u>Elipsoidal deplex brachial intubação + Domoxicam 15mg + Propofol 0,6mcgs +</u>					
Operação		<u>Ressecção art. de PTFE + Axilar</u>					
Cirurgiões		<u>Post. Vitor + G. Cesar Vitor</u>					
Anestesiistas		<u>K. Alice - Rose Maria P. Vello</u>					
Observações		<u>Média sanguínea</u>					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias		<u>Undanestesia 100ug +</u>					
		<u>Ureia 400mcgs + Perda sanguínea 1000ml ST 10%</u>					

Resende ao lado de 200g de R. Aguiar Transferei para
em ser móvel





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉIO MARQUES DE LIMA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoperfuso concentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid. _____ Unid.
() Álbumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Anticoagulante 4 ml: _____ h: _____ h: _____ h: _____
Anticoagulante 25 ml: _____ h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANÁTOMO 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 CRG na reta operatória imediata.*

Ass: *84067* Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Boia de colostomia () Outro: _____

Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: *EPO*

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

Horas: *10:40* Data: *02/05/18* Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Chorosa Vias aéreas: () Intubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMSE: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venóclise: () Não () Sim Tipo: *FAPE* Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Succión () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____

Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos

Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () IPA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Exigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate: _____

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Horas	T°C	P	PA	FR	Sat%	Dor
Admissão	—	70	—	—	96	NADA
30'	—	67	—	—	99	NADA
60'						
Alta						

Medicações administradas URPA:

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Eliminações:	Diurese	Retorno Gástr.	Drenagem	Retorno da Irrigação
					Recebido da SO				
					Desprezado				
					URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Próximo encaminhado para clínica cirúrgica.*

Ass: *Sayonara* 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

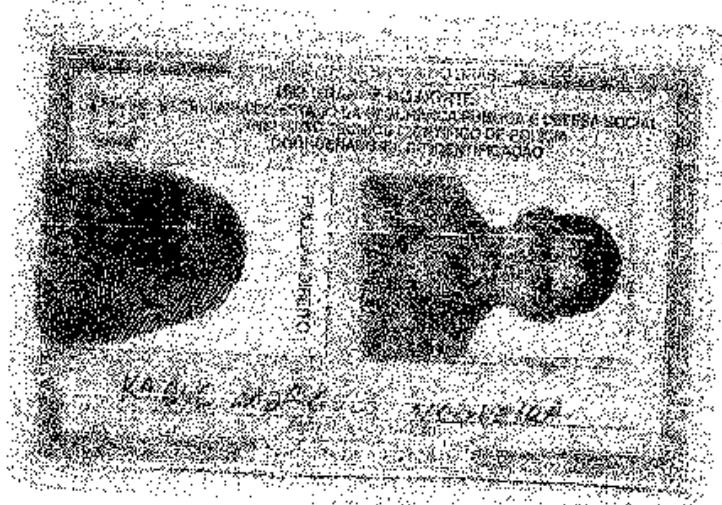
Dígito Verificador: 00



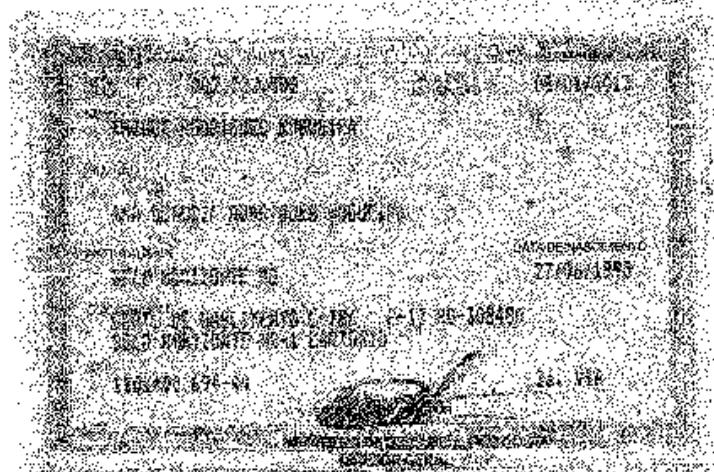
Comprovante emitido às: 15:28:03 do dia 19/06/2018 (hora e data de Brasília).

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



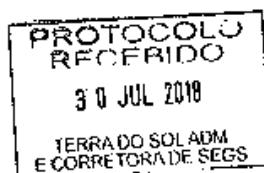
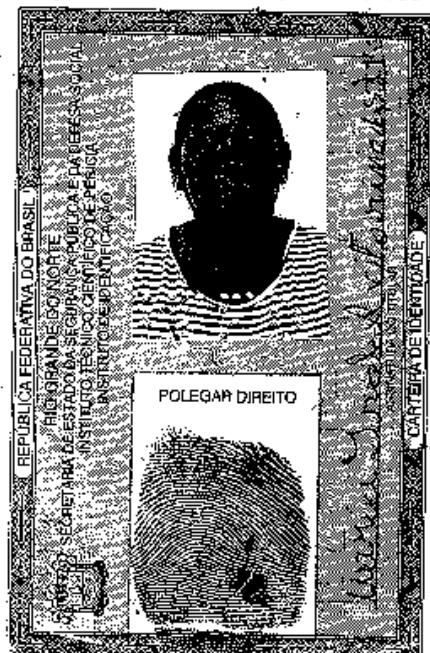
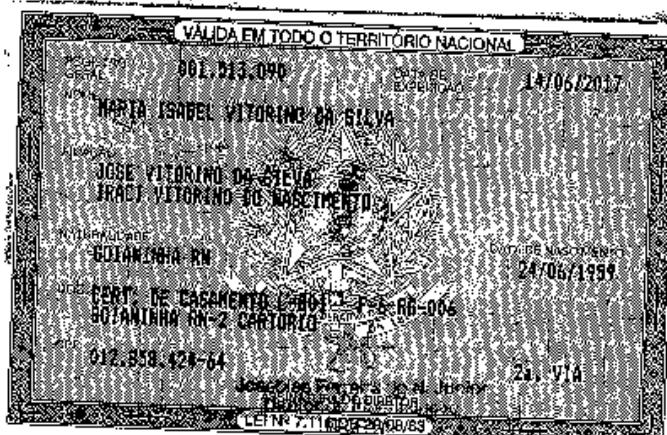


PROTOCOLO
RECEBIDO
30 JUL 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



110.400.694-94





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS ESPORTES

DETIBAN - P/N - TIT. 100039 N° 013970716445
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA

COD. REGISTRA

00433571050

DATA

2011-03-01

EXERCÍCIO

2015

PLACA/NUMERO

BR 0123456789

DATA DE EXP.

2017-03-28

DATA DE V.

2017-03-28

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

ESTADO: RJ

MUNICÍPIO: RJ

REGISTRO: RJ

EXERCÍCIO: RJ

PERÍODO: RJ

VALOR: RJ

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 FÉMUR DIREITO.

Descrição do exame SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE E EM MEMBRO INFERIOR
médico pericial: 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 DEFÍCIT DE FORÇA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE DEFÍCIT 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:



Ac Sr(a) analista da Seguradora Lider:

PRÓTOCOLO
RECEBIDO
05 SET 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Eu kalque rodriques noqueira , portador do RG: 2722502 , inscrito no CPF sob o n. 110.400.694-44 , residente e domiciliado na Rua Manoel estevam do nascimento 30º Pirangi do norte Parnamirim/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 n° da ocorrência 55015/1 ao hospital deodálio marques m.de lucena .., onde foi realizado o atendimento médico conforme consta no relatório médico já encaminhado a essa seguradora. Como consequência da colisão sofrí lesão no membro. Fratura da fémur direita e antebraço esquerdo venho sentindo. De arco de movimento funcional 30% definitiva em marcha .

Logo após receber 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 posso tal documentação, já que, não fui encaminhado para tratamento complementar por meio do SUS, e não posso condições financeiras de realizar qualquer tipo de tratamento.

Nesse ponto, cabe mencionar as disposições da Lei nº 6.134/74, 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 de 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.

KALQUE RODRIGUES n.6-48110

2 foto da Sra

Dulcineia



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 reasseguro, 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 (vívea) 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 22.5.2018 (certidão de óbito atestou trauma imobilização, embolia pulmonar, PCR), exerce 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 sequelas, 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

✓ KCI/28 2020.02.25 600,00




poderá definir o grau de sequela resultante do acidente, segundo entendimento pacificado nos tribunais pétrios.

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.

Kaiane Rodrigues no Gveina

Testemunha:

José do Nascimento

Testemunha:

Dulcineia



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Kaíque Rodrigues Nogueira

, brasileiro(a)

estado civil: Solteiro Profissão: Porteiro, portador(a) do
RG 002.722.502, órgão expedidor ITEP e do CPF: 110.400.694-44
residente no(a) Rua Monel Estrelom
nº 30, bairro: Promocião Praia, município: Parnamirim,

OUTORGADO:

Nome: Maria Isabell Vitorino da Silva

, brasileiro(a)

estado civil: Casada Profissão: Aposentada, portador(a) do RG
001.513.092, órgão expedidor ITEP e do CPF: 011.852.424-64 residente
no(a) Rua José Firmondo dos Santos
nº 03, bairro: Pium, município: Parnamirim,

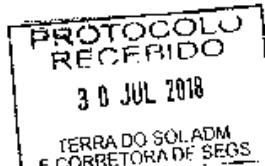
PODERES:

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



KAIQUE R. NOGUEIRA

Assinatura do Outorgante



20

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

Av. Presidente Vargas, 10 - Bairro Centro - CEP 59010-000 - Parnamirim/RN - Fone: (84) 3200-1200 / 3272-2215

RODRIGUES NOGUEIRA

NCP

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA IZABEL VITORINO DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

