



Número: **0828830-50.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA (AUTOR)	CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11235 018	05/07/2017 14:56	<u>ANGELO-MAXIMO1 compressed</u>	Outros documentos
11235 100	05/07/2017 14:56	<u>ATO ADMINISTRATIVO DE ANGELO</u>	Ato Administrativo
31770 770	07/09/2018 10:42	<u>Anexar procuração</u>	Petição
31770 775	07/09/2018 10:42	<u>Procuração de Angelo Maximo</u>	Procuração



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016023004916 1.2 Data de Expedição: 19/08/2016 11.13.25
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Sim

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 06/08/2016 19:00.00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Logradouro: RUA EDGAR DANTAS
2.8 Número: SN 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLEIO MARQUES DE
2.12 Bairro: SANTOS REIS 2.13 Cidade: PARNAMIRIM
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: Branca 3.4 Pai: LEAO GOMES DE OLIVEIRA
3.5 Mãe: MARIA IVONEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA 3.6 Data de Nascimento: 22/07/1975
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 001427146 - ITEP/RN
3.9 CPF: 96733268434 3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: NATAL - RN
3.13 Profissão: PEDREIRO 3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s): 84 994206753 3.16 Logradouro: RUA JOÃO FELIPE SANTIAGO
3.17 Número: 1048 3.18 CEP: 59141570
3.19 Bairro: ROSA DOS VENTOS 3.20 Cidade: PARNAMIRIM
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: HERLI HERLANDO DA SILVA 5.1.2 Estado civil: Casado(a)
6.1.3 Etnia: Preta 6.1.4 Pai: Preta
6.1.5 Mãe: MARIA DALVA DA SILVA 6.1.6 Data de Nascimento: 19/09/1975
6.1.7 Sexo: MASCULINO 6.1.8 RG: Não informado
6.1.9 CPF: 85295604420 6.1.10 Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
6.1.11 Nacionalidade: 6.1.12 Passaporte:
6.1.13 Logradouro: RUA JOSÉ XAVIER 6.1.15 CEP: 59141715
6.1.14 Número: 76 6.1.17 Cidade: PARNAMIRIM
6.1.16 Bairro: ROSA DOS VENTOS
6.1.18 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9C2KC1660BR515544 7.1.4 Renavam: 00332530620
7.1.5 Placa: NNN9064 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: TITAN 150
7.1.9 Ano do Modelo: 0 7.1.10 Ano de Fabricação: 2011
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA 7.1.16 Vínculo com a
7.1.17 Nome do condutor: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA Ocorrência:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTÁ DP PARA DEIXAR CIENTE QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA DE PL NNN 9064 RN, DE COR VERMELHA, SITO A RUA EDGAR DANTAS SANTOS REIS EM PARNAMIRIM RN, QUANDO AO CHEGAR NAS PROXIMIDADES DO HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO QUE ESTAVA NO MESMO SENTIDO, UM FORD KA DE COR PRATA PL MZA 6823 NATAL RN, TENDO O COMUNICANTE SIDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA, TENDO A PESSOA DE ANA FLAVIA BARBOSA VICENTE QUE ESTAVA NO CARONA QUE TAMBÉM DEU ENTRADA NO DEOCLEIO MARQUES, DE ACORDO COM OS BOLETINS DE ATENDIMENTO DE URGENCIA 21 E 23, DAQUELE HOSPITAL, DRA ANIELLY SAMPAIO CRM-RN 008608, E DR JOSÉ JANDI DE SOUZA JR CRM RN 8364, 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: 19/08/2016 11.13.25

75,422-6
Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 754226 - ERIVAN GADELHA DE OLIVEIRA

Protocolo: J2016023004916 - Código de autenticação: af0b48e7ce35f242c1f4867d0e04e379

Página 1 de 2





PEDIDO DE PARECER

1248

Unidade Solicitante: Município:

Paciente: AMÉRICO MAXIMO Prontuário:

Motivo da Consulta:

OSTEOMIÉITE ACCÂNEO ESQ ?

Médico

B. Sávio Neto
CRM-RN 6474

CRM

29 / 08 / 16
Data

Encaminhado à especialidade:

Consulta marcada para a Unidade: Município:

Para o (a) Dr. (a): às horas do dia / / .

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: Município:

Paciente: Prontuário:

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

*Não tem nenhuma
enfermidade.*

*Manoel Correia NC
CRM - 849
Ortopedia-Traumatolog.
CID:*

Diagnóstico: / / .

Médico

CRM

/ / .

Data

Retornar à clínica solicitante: Unidade:

Para o (a) Dr. (a): às horas do dia / / .



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

255

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 21 CC

ATENDOR/RESPONSÁVEL (PSA)

HDSF

CAPTAÇÃO DE DADOS

MATRÍCULA 979929 DADOS CAPTADOS PARA

BPA C. (00/00/00) 19:58

DADOS DO PACIENTE

ALÉNTITE

ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

EDUCAÇÃO

ALFABETIZADO

INDEFINIDA

DATA DE NASCIMENTO

22/07/1975

ESTADO CIVIL

CASADO

IDADE

41

PROFISSÃO

PEDREIRO

NOME DO PAI

RELIGião

CATOLICA

MASCULINO

FEMININO

MASCULINO

RAÇA/COR

PARDA

TELEFONE

84 988210739

MARIA IVONEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

RG 967.332.684-34

ORG.EXP. 001427146

LEAO GOMES DE OLIVEIRA

UF RN

CARTÃO DO SUS

12557440649 0008 1

COMPLEMENTO

ENDEREÇO RUA JOAO FELIPE SANTIAGO 1048

MUNICÍPIO

ROSA DOS VENTOS

PARNAMIRIM

UF RN CEP

59500-000

PARENTESCO

TELEFONE

TIPO DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO



DESCRIMINADOR

ALERGIAS

CONFIRME COM ORIGINAL

DATA 08/08/2018 HORA 08:263-6

PESO:

ALTURA:

SSV:

FC:

X 5

FR:

8

T:

SO2: 93

PA:

130X40

GLICEMIA:

ATENDOR/RESPONSÁVEL

COREN

ACOLHIMENTO	COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Esportânea	4
<input type="checkbox"/> SALA VERMELHA	<input type="checkbox"/> URGÊNCIA	A voz	3
<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA	À dor	2
<input type="checkbox"/> BUCOMAXILO	<input type="checkbox"/> PEQUENA CIRURGIA	Nenhuma	1
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	Orientada	5
<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> OUTROS	Confusa	4
		Palavras inapropriadas	3
		Palavras incompreensivas	2
		Nenhuma	1
		Pedece comandos	6
		Localiza dor	5
		Movimento de refriada	4
		Flexão anormal	3
		Extensão anormal	2
		Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de queda de moto com capacete sem perda da consciência.
 Refere dor em cara esquerda. Nauseas e vômitos. Nigra dor nas costas e alergias.

EXAME FÍSICO

Exame Físico

ECG: Consciente, orientado, evitando FC = 96 bpm
 AOV = RCR em 2T, BAF = 12 FR = 18,7 bpm
 AP = AV em AHT, DTR
 EXT = lesão dolorante em cara esquerda

Abd: Sibosea flacida,
 palpa O, indolor

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
 ANTONY SAMPAIO DIAS
 MÉDICA
 CRM/RN 008608

HJ: Polidipsia

EXAMES COMPLEMENTARES

 LABORATORIAL RADICÓGICO ECO TOMOGRAFIA USG OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

 CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA PSQUIÁTRICA CLÍNICA ORTOPÉDICA PEDIATRIA/NEO CLÍNICA OBSTÉTRICA CLÍNICA GERAL UFT OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HÓRARIO / CHECAGEM

- 1) Observação
 2) Rx de tórax, cervical PA e perfil,
 sobre a ferida esquerda
 3) Parecer da ortopedia e enxoval
 plástico
 4) SRL SCOM RV, ouroto
 5) Diagnóstico ^{Anilny Sampaio Clarindo} CRM 1008608
^{MÉDICA}
^{CRM-RN 3373}

- REALIZAR A SUTURA POR
 PLANIS SUB SEDEGAÇÃO APÓS
 LAVAGEM COM 3000 ml
 DE SÉRUM STERINA
 - ARB PI VSC DOMINULAR
 + ORIENTAÇÃO PI VAT

USP/R

PECA

ORTO RINHA

NP

OR TORNADA

Antônio Costa Bezerra
 Médico
 CRM-RN 3373

Marconi M. Brandão
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 6627

CONFERE COM ORIGINAL
 147-98267-6

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ALTA

Anilny Sampaio Clarindo
 MEDICA
 CRM-RN 1008608

 CERTO EVASÃO SOLICITADO INTERNAMENTE
 NO SERVIÇO DE

SVA IMP DECLARAÇÃO

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome: <u>Anoero Maxima ferreira de Amorim</u>				Idade	Sexo	Cor
Data: <u>06/08/16</u>	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	
	Urina				Asma	Bronquite
Ap. respiratório				Eletrocardiograma		
Ap. circulatório } <u>Som Atenas</u>				Ap. urinário		
Ap. digestivo				Dentes	Pescoço	Hipotensores
Estado mental				Ataracicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório <u>Oscinides e artrose em COXA esquerda</u>				Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores				Aplicada às	Efeito	
Medicação pré-anestésica						
<img alt="Handwritten vital signs chart for the operating room showing blood pressure (21.30/22.40 mmHg), heart rate (80-120 bpm), respiratory rate (10-15 breaths/min), and pulse (10-260 bpm). The chart includes handwritten notes '						



Hospital

Nome do paciente			Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito	
Operador		1º auxiliar	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
CONFERE COM ORIGINAL			
Relatório imediato do patologista			
SUSPENSO			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DE OCÉLIO MARQUES DE CARVALHO - PARNAÍBA - RN

VISTO
DADOS CAPTADOS PARA
BPA-C (CONSOLIDADO)

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 23 CC

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

HDSF

MATRÍCULA

DATA

HORA

979929

06/08/2016

20:04

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

ANA FLÁVIA BARBOSA

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO COMPLETO

NOME DA MÃE

DATA DE NASCIMENTO

30/10/1985

IDADE

31

RELIGIÃO

CATÓLICA

MASCULINO

FEMININO

RAÇA/COR

PARDA

TELEFONE

84 988210739

PROFISSÃO

PROFESSORA

NOME DO PAI

CPF

RG

ORG. EXP.

UF

CARTÃO DO SUS

ENDEREÇO

RUA JOÃO FELIPE SANTIAGO 1048

Bairro

ROSA DOS VENTOS

MUNICÍPIO

PARNAÍBA

COMPLEMENTO

UF

CEP

RN

59500-000

PARENTESCO

TELEFONE

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

CONFERE COM ORIGINAL

Flávia Barbosa

20/08/2016

QUEIXA PRINCIPAL

EXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO:

ALTURA:

SSVV:

FC: 107

FR: 22

T:

SO2: 97%

PA: 120x90 GLICEMIA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

- ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
 - URGÊNCIA
 - ORTOPEDIA
 - CONSULTA MÉDICA
 - BUCOMAXILO
 - PEQUENA CIRURGIA
 - ACIDENTE DE TRABALHO
 - VIOLENCIA DOMÉSTICA
 - QUEDA
 - OUTROS

Abertura Ocular	Esportânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motoria	Pedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retrada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

Parciel nítina de colisão notou dor no pescoço que sumiu no momento do impacto. Nega perda de consciência e náuseas. Nega consumo de álcool. Apresenta dificuldade na mobilização extrema de coto D, com dor.

EXAME FÍSICO

- A - Vias seivas pernas. Sem circunferências
- B - Empinice um si ombro
- C - Estável hemodinâmico
- D - Glasgow 15
- E - Escorregões em dorso, supra-rol. e em pé D (5º podobras)

José Jandu de Sousa Jr.
Médico Cirurgião Geral
CRM/RN 8364

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

<input type="checkbox"/> LABORATORIAL	<input checked="" type="checkbox"/> RADIOLÓGICO	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> OUTROS
---------------------------------------	---	------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------

CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> CLÍNICA PSQUIATRICA | <input type="checkbox"/> CLÍNICA ORTOPÉDICA | <input type="checkbox"/> PEDIATRIA/NEO |
| <input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA | <input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL | <input type="checkbox"/> UTI | <input type="checkbox"/> OUTROS |

DIAGNÓSTICO

Contusão

Ocupado

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

Rx

NORMA L

TICAPIC 40

DIPIRONA 2

Difenacril

ABPDA

ALTA

20.50h paciente acalorado pela oftalmologia sem sinal de fraturas. Sem queixas CDT - alta para consultor general

Anilny Sampaio Clarindo
CRM 008608

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

26/09/98

ORTOPEDIA

Marcos R. Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3642

Garcia R. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2422

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> ÓSTEO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERVENIMENTO NO SERVIÇO DE
	<input checked="" type="checkbox"/> ISO (ME) DECLARAÇÃO		



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: Município:
Paciente: Ana Flora Barboza Prontuário:

Motivo da Consulta:

Cansaço constante. Com dor e
redução de mobilidade de articulações
coxofemoral. Sintoma subagudo.

José Jandi de Sousa Jr.
CRM/RN 8364

Médico

CRM

06.08.16
Data

Encaminhado à especialidade: Ortopedista
Consulta marcada para a Unidade: Município:
Para o (a) Dr. (a): às horas do dia: / /

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: Município:
Paciente: Prontuário:

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

CONFERE COM ORIGINAL

Rede Hospitalar
Servidor
2015B8

Diagnóstico: CID:
Médico CRM / / Data / /

Retornar à clínica solicitante: Unidade:
Para o (a) Dr. (a): às horas do dia: / /



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Antônio Maximo Ferreira de Oliveira Idade: 41 anos D/N: 22/03/75
 Pront.: 208121 Município: _____ Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 06/08/16 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () H.A.S () D.M. () Outras _____
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm Fl: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
 Enfermeiro(a): Luisine Instrumentado (a): _____ Circulante: Flamejante + Fármaco Tico
 Cirurgia: III Câncer de Bexiga de 1º grau com E Especialidade: Geral Sala: 03
 Hora Início: 21:50 Hora Término: 22:50 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Dr. Henrique Luiz Aux.: Dr. Ricardo Residente: Dr. Antônio
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 21:40 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: Dr. Victor

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"/> Oximetria
<input type="checkbox"/>	Coma	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" 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"/> Dífrifusor
<input type="checkbox"/>	Ansioso	C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula t/dificuldade	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	Acamado	Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/>	Paraplégico	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/>	Tetraplégico	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/>	Amputações	Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
		S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	73	102	87	Bpm
Pulso	73	102	87	Bpm
Oximetria	98	97	97	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	208x123	199x115	163x101	mmHg

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
 (input checked="" type="checkbox") Sim () Não () Metal () Descartável

Local: Costa **DEGERMAÇÃO** **TRICOTOMIA**
 (input checked="" type="checkbox") Sim () Não () Sim () Não

Local: MIE Solução: Iodoformina Dose: Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO
 Drenos: _____
 Tela: _____
 Cateter: _____
 Ostomia: _____
 Fio de KC: _____ Parafuso - tipo: _____
 Placa - tipo: _____
 Outros: _____

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: Recomendada Quant. Material: OK
 Val.: 13.08.16 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

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)	



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2016

Carta n°: 9852922

A/C: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160604358 ASL-1097717/16
Vitima: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 06/08/2016
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SOMPO SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

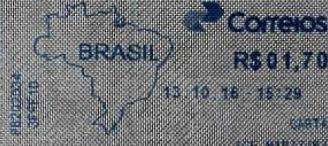
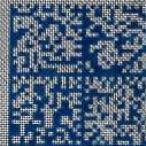
www.dpvatseguradoratransito.com.br
saiba +

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional. Não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora Líder • DPVAT



ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA
RUA JOÃO FELIPE SANTIAGO, 1048
ROSA DOS VENTOS
CEP 59141570 - PARNAMIRIM - RN

DEVOLUGAÇO Responsável pela informação

Morador
 Stricteo
 Porteiro

Residencial
 Desocupado
 Endereço industrial
 Não existe o nº indicado

Para uso dos correios
 Ausente
 Falecido

www.dpvatseguradoratransito.com.br
CEP: 20270-971

CAIXA POSTAL 40.970

Enegader

www.dpvatseguradoratransito.com.br

www.dpvatseguradoratransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 12 04
Entre em contato conosco

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

SINISTRO 591305666 - Resultado de consulta por beneficiário

CPF/CNPJ: 0096733268434_

Posição em 05-07-2017 14:53:52

Verifique os dados digitados e repita a consulta ou opte pela CONSULTA SEM SINISTRO.

EXCELENTÍSSIMO SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 19^a VARA
CÍVEL DA COMARCA DO NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.

PROCESSO: 0828830-50.2017.8.20.5001

AUTOR: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

RÉ: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

OBJETO: ANEXAR PROCURAÇÃO

ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, neste ato devidamente representado por seu procurador e advogado já legalmente habilitado, vêm, mui respeitosamente, á presença de Vossa Excelênciia, conforme ID: 28334754 PARA:

ANEXAR PROCURAÇÃO.

1. A parte autora ingressou com uma ação de seguro DPVAT em 2017, conforme ID:11234933.

2. Conforme ID: 28334754, venho *mui* respeitosamente à presença de Vossa Excelênciia anexar a procuração do autor.

Pede e espera deferimento.

Natal,06 de setembro de 2018.

CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO

OAB/RN 7.268.

L.V.
LINS & VIEIRA
Advogados - Consultores Jurídicos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

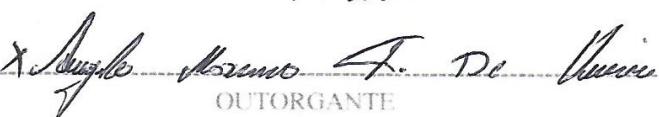
Nome: ANGÉLO MÁXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA
Nacionalidade BRASILEIRO Estado Civil CASADO
Profissão: AUTONOMO Identidade 1427146 Exp. 07-09-2016
CPF: 967.332.684-34 Telefone: 994206753, 981059132
Endereço: RUA JOÃO FÉLIX SANTIAGO 1048
Bairro: PASSADOS VENTOS Cidade: PARNAMIRIM Estado: RN
CEP: 59141-570

OUTORGADOS: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7268, com escritório profissional a Rua do Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis- Parnamirim/RN, CEP - 59.141-085

PODERES: Das cláusulas "ad-judicia e"extra", para o foro em geral e os especiais de transigir, desistir, receber e dar quitação, com finalidade de defender os direitos e interesses do(a) outorgante em qualquer causa ou demanda, movida ou de mover, perante a qualquer juízo, Instância ou Tribunal, inclusive Juizado Especiais, PROCON e órgãos similares, firmar acordo em audiência de conciliação e de instrução e julgamento, assumir compromissos, praticando e promovendo tudo que se fizer necessário ao mencionado fim, agindo os outorgados em conjunto ou separadamente e independente de ordem de nomeação, podendo ainda estabelecer um Advogado indicado pelo mandante, ou resolver administrativamente. Podendo, ainda, reter o percentual de 20% (vinte por cento) do valor recebido na ação supracitada pelo outorgante como honorários advocatícios em favor dos outorgados.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Natal, 25 de OUTUBRO 2016.


OUTORGANTE

Rua Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis- Parnamirim/RN - CEP 59.141-085.
Fone/Fax (84) 99403.0011 / 999969.7011 - 3216237 - 98788-4353