



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
11235018	05/07/2017 14:56	ANGELO-MAXIMO1 compressed	Outros documentos
11235100	05/07/2017 14:56	ATO ADMINISTRATIVO DE ANGELO	Ato Administrativo
31770770	07/09/2018 10:42	Anexar procuração	Petição
31770775	07/09/2018 10:42	Procuração de Angelo Maximo	Procuração



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM

Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016023004916

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 19/08/2016 11.13.25

1.4 Ligou CIOSP: Sim

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 06/08/2016 19.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: SANTOS REIS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA EDGAR DANTAS

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

3.3 Etnia: Branca

3.5 Mãe: MARIA IVONEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 96733268434

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.15 Telefone(s): 84 994206753

3.17 Número: 1048

3.19 Bairro: ROSA DOS VENTOS

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: LEO GOMES DE OLIVEIRA

3.6 Data de Nascimento: 22/07/1975

3.8 RG: 001427146 - ITEP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: NATAL - RN

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: RUA JOÃO FELIPE SANTIAGO

3.18 CEP: 59141570

3.20 Cidade: PARNAMIRIM

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

6.1.3 Etnia: Preta

6.1.5 Mãe: MARIA DALVA DA SILVA

6.1.7 Sexo: MASCULINO

6.1.9 CPF: 85295604420

6.1.11 Nacionalidade:

6.1.13 Logradouro: RUA JOSÉ XAVIER

6.1.14 Número: 76

6.1.16 Bairro: ROSA DOS VENTOS

6.1.18 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.2 Estado civil: Casado(a)

6.1.4 Pai: Preta

6.1.6 Data de Nascimento: 19/09/1975

6.1.8 RG: Não informado

6.1.10 Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

6.1.12 Passaporte:

6.1.15 CEP: 59141715

6.1.17 Cidade: PARNAMIRIM

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C2KC1660BR515544

7.1.5 Placa: NNN9064

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 0

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

7.1.17 Nome do condutor: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00332530620

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: TITAN 150

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a

Ocorrência:

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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA, FOI ATINGIDO POR UM VEICULO 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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA, TENDO A PESSOA DE ANA FLAVIA BARBOSA VICENTE QUE ESTAVA NO CARONA QUE TAMBEM DEU ENTRADA NO DEOCLECIO 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

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 754226 - ERIVAN GADELHA DE OLIVEIRA

Protocolo: J2016023004916 - Código de autenticação: af0b48e7ce35f242c1f4867d0e04e379

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1169356129

NOME
ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR DE
001427146 ITEP RN

CPF 967.332.684-34 DATA NASCIMENTO 22/07/1975

FILIAÇÃO
LEAO GOMES DE OLIVEIRA
MARIA IVONEIDE
FERREIRA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO PERMISSÃO ACC CALHAS AD

Nº REGISTRO 05473013500 VALIDADE 04/01/2017 1ª HABILITAÇÃO 05/01/2016

OBSERVAÇÕES
X ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 07/01/2016

88615215785
RN702262686

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RN - RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1169356129



PEDIDO DE PARECER

1248

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente: <u>ANGELO MAXIMO</u>	Prontuário:
Motivo da Consulta: <u>OSTEOMIELITE CIRCUNFERENCIAL ESQ ?</u>	
Médico: <u>Dr. Sotero Neto</u> <u>Ortopedia</u> <u>CRM - RN 5474</u>	CRM: Data: <u>29 / 08 / 15</u>
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) <u>Não tem mais nada</u> <u>para</u>	
Diagnóstico:	CID:
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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

255

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº

21 CC CAPTAÇÃO DE DADOS
MATRÍCULA DADOS CAPTADOS PARA
979929 BPAC (CONSOLIDADO) 19:58

HDSF

DADOS DO PACIENTE

IDENTIFICANTE

ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

IDADE

ALFABETIZADO

ENDEREÇO

MARIA IVONEIDE FERREIRA DE OLIVEIRA

967.332.684-34

ENDEREÇO

RUA JOAO FELIPE SANTIAGO 1048

ENDEREÇO

ROSA DOS VENTOS

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

DATA DE NASCIMENTO

22/07/1975

ESTADO CIVIL

CASADO

RG

001427146

ORG.EXP.

IDADE

41

PROFISSÃO

PEDREIRO

NOME DO PAI

LEAO GOMES DE OLIVEIRA

UF

RN

RELIGIÃO

CATOLICA

CARTÃO DO SUS

12557440649 0008 1

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

MASCULINO

MASCULINO

FEMININO

RAÇA/COR

PARDA

TELEFONE

84 988210739

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TIPO DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

CAUSA PRINCIPAL

DOENÇA

DOENÇAS PREEXISTENTES

MOTIVO

DESCRIMINADOR

ALERGIAS

PESO:

ALTURA:

SSV:

FC: 85

FR: 18

T:

SO2: 93

PA: 130/90

GLICEMIA:

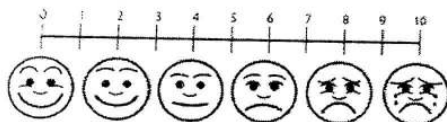
RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

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

ACOLHIMENTO

COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ SALA VERMELHA

☐ URGÊNCIA

☐ ORTOPEDIA

☐ CONSULTA MÉDICA

☐ BUCOMAXILO

☐ PEQUENA CIRURGIA

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

☐ QUEDA

☐ OUTROS

Abertura Ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de queda de moto com capacete sem perda de consciência. Refere dor em costela esquerda. Nega vômitos, náuseas. Nega convulsões e alergias.

EXAME FÍSICO

AO EXAME FÍSICO

ECG, consistente, orientado, sensível FC=96 bpm

AV=RRR em 2T, BNT 3/4s FR=18 bpm

AR=RV em HT, SIRA

EXT=lesão lacrarante em costela esquerda

AHA=Siobax flexado, pna 0, mobilidade

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Anelú Sampão Clemente

MÉDICA

CRM/RN 008608

40= Polipneumonia

EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL☐ RADIOLOGICO☐ ECO☐ TOMOGRAFIA☐ USE☐ OUTROS

CONDLTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

☐ CLÍNICA MÉDICA☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA☐ CLÍNICA ORTOPÉDICA☐ PEDIATRIA/NEO☐ CLÍNICA OBSTÉTRICA☐ CLÍNICA GERAL☐ UTI☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDLTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) Observação
 2) R de TO HX, cervical PA e perfil, p/ e l. esquerda
 3) Parear da ortopedia e cirurgia plástica
 4) SRI COM EV. agora
 5) Dispositivo para EV. agora

Aniluy Sampaio Clarindo
 MÉDICA
 CRM/RN 008608

CUSTO

PECA

ORTOPEDIA

AP

ORTOPEDIA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGAGEM

- REALIZADA SUTURA POR
 PLANOS SOB SEDACÃO APÓS
 LAVAGEM COM 3000ml
 DE SOLUÇÃO SALINA
 - ATB PI USO DOMICILIAR
 + ORIENTAÇÃO PI VAT

Aneluisia Costa Baricosa
 Médica
 CRM-RN 5379

Marconi M. Brandão
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3647

CONFERE COM ORIGINAL

MAT. 98263-6

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ALTA

Aniluy Sampaio Clarindo
 MÉDICA
 CRM/RN 008608

☐ CETO☐ EVASÃO☐ SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE☐ SUSO ☐ TTE ☐ OCUPAÇÃO

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <u>ANOCERO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA</u>		Idade		Sexo	Cor
Data <u>06/08/16</u>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia
	Urina			Asma	Bronquite
Ap. respiratório			Eletrocardiograma		
Ap. circulatório			Ap. urinário		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	
Estado mental			Atarácicos	Corticoides	Alergia
			Estado físico		Risco
Diagnóstico pré-operatório <u>Diabetes e calculem em cola esquerda</u>					
Anestésias anteriores			Aplicada às	Efeito	
Medicação pré-anestésica					
Agentes Anestésicos	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 21:30 22:40 </div>				
Líquidos					
Oper.					
Anest.					
P Pulso					
O Resp.					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>SIMBOLOS</p> <p>E</p> <p>ANOTAÇÕES</p> <p>POSIÇÃO</p> </div> <div> <p><u>Sem intubação</u></p> </div> </div>					
Agentes	<u>Fentanyl 100g + Midazolam 5mg + Cetamina 10g + Cetamina 2g.</u>				
Técnica	<u>Sedação + local</u>				
Operação					
Cirurgiões	<u>Dr. Anselmo</u>				
Anestesistas	<u>Dr. Victor</u>				
Observações					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					
					Perda sanguínea



CONFERE COM ORIGINAL

2000

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

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO
<https://pje.trjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=17070514522774700000010608188>
 Número do documento: 17070514522774700000010608188



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE CARVALHO

PARNAMIRIM - RN

DADOS CAPTADOS PARA
BPA-C (CONSOLIDADO) VISTO
E/HRDML

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº

23 CC

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

HDSF

MATRÍCULA

979929

DATA

06/08/2016

HORA

20:04

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

ANA FLAVIA BARBOSA

MASCULINO

FEMININO

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO

30/10/1985

IDADE

31

RELIGIÃO

CATOLICA

RAÇA/COR

PARDA

ESCOLARIDADE

ENSINO MEDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL

CASADA

PROFISSÃO

PROFESSORA

TELEFONE

84 988210739

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

CPF

RG

ORG.EXP.

UF

CARTÃO DO SUS

ENDEREÇO

RUA JOAO FELIPE SANTIAGO 1048

COMPLEMENTO

BARRIO

ROSA DOS VENTOS

MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

UF

RN

CEP

59500-000

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

PARENTESCO

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

EXAME FÍSICO

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEEXISTENTES

ALERGIAS

PESO

ALTURA

SSV

FC

107

FR

22

T

SO2

97%

PA

120x90

GLICEMIA

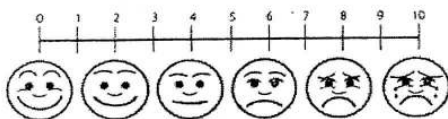
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

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

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma Orientada Confusa	4 3 2 1 5
Resposta Verbal	Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	4 3 2 1
Resposta Motora	Pede comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de colisão motor com, fez uma de aproximação que saiu no momento do impacto. Nega perda de consciência e vômitos. Nega contusões. Apresenta dificuldade de mobilização ativa de coto D, com dor.

EXAME FÍSICO

- A - Vias aéreas livres. Sem crepitações
- B - Empneia em si ambiente
- C - Estável hemodinamicamente
- D - Glicose 15
- E - Escala de dor 15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

José Jandi de Sousa Jr.
MR Cirurgia Geral
CRM/RN 8364

EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL☒ RADIOLÓGICO☐ ECC☐ TOMOGRAFIA☐ USG☐ OUTROS

CONDLTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NUR

☐ CLÍNICA MÉDICA☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA☐ CLÍNICA ORTOPÉDICA☐ PEDIATRIA/NEO☐ CLÍNICA OBSTÉTRICA☐ CLÍNICA GERAL☐ UTI☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONTUSÃO

CLÍNICA

CONDLTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGAGEM

PLA NORMAL

TILATIL 400

DIPIRONA 2

DKEARNOL 2

A BTD 2

ALTA

ORTOPEDIA

20:50h. Paciente avaliada pela ortopedia.
sem sinal de fraturas. Sem queixas
CDF - Alta pelo curativo e anal.

Anilny Sampaio Clarindo
MÉDICA
CRM 74N 008608

Martim B. Brandão
Ortopede e Traumatologia
CRM 3642

Martim B. Brandão
Ortopede e Traumatologia
CRM 3642

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

☐ ALTA☐ CÉITO☐ EVASÃO☐ SOLICITADO INTERNAÇÃO
NO SERVIÇO DE☐ SVO ☐ TTE ☐ DECLARAÇÃO



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente: <u>Ana Flaura Barbosa</u>	Prontuário:
Motivo da Consulta: <u>Admissão médica + caso. Com dor e</u> <u>redução de mobilidade de articulação</u> <u>coto-femoral. Solicita avaliação.</u>	
<u>José Jandi de Sousa Jr.</u> MR Cirurgia Geral CRM/RN 8364 Médico	CRM Data <u>06 / 08 / 16</u>
Encaminhado à especialidade: <u>Ortopedia</u>	
Consulta marcada para a Unidade: Município:	
Para o (a) Dr. (a): às horas do dia <u>1 / 1</u>	

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente:	Prontuário:
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
<div style="text-align: right;">CONFERE COM ORIGINAL <u>Helbert</u> Servidor <u>2075038</u></div>	
Diagnóstico:	CID:
..... Médico	CRM Data <u>1 / 1</u>
Retornar à clínica solicitante: Unidade:	
Para o (a) Dr. (a): às horas do dia <u>1 / 1</u>	



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: ANILDO MARINHO FERREIRA DE OLIVEIRA Idade: 41 anos D/N: 22/03/25
Pront.: 02874 Município: Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 06/03/16 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: (X) Não () Sim
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
Enfermeiro(a): LEILANE Instrumentado (a): Circulante: ANILDO S. + FABIO T.
Cirurgia: TU CANAL DE BUTHA DE 1 PARES MILES COM 1° E Especialidade: GERAL Sala: 03
Hora Início: 21:30 Hora Término: 22:50 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa (X) Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: DR. HENRI LUIZ Aux.: DR. RAYNO Residente: DR. ANIELLY
Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Raquidiana Ag.nº () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: 21:40 Garrot: () Smarch () Pneumático Início: Término:
Anestesiologista: DR. VICTOR

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfágico	<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 type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input 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	20.8x12.3	13.9x11.5	16.3x10.1	mmHg

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

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
(x) Sim () Não (x) Metal () Descartável	
Local: <u>COXA</u>	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
(x) Sim () Não	() Sim (x) Não
Local: <u>MIE</u>	Solução: <u>CLORHEXIDINA 0.05%</u> Local: <u> </u>

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº <u> </u>
Retorno: <u> </u>
CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº <u> </u> <input type="checkbox"/> SVA nº <u> </u>
Diurese: <u> </u>
Profissional responsável: <u> </u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u> </u>
Tela: <u> </u>
Cateter: <u> </u>
Ostomia: <u> </u>
Fio de KC: <u> </u> Parafuso - tipo: <u> </u>
Placa - Tipo: <u> </u>
Outros: <u> </u>

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>PARA CIRURGIA</u> Quant. Material: <u>OK</u>
Val.: <u>13.03.16</u> Contagem de gaze e compressa: (X) Não () Sim

HOSPITAL REGIONAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Plasma Unid. () Expansor plasmático Unid.
Medicações utilizadas

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Ringer Simples: ml
() Soro Ringer Lactato: 500 ml

ANATOMIA PATOLÓGICA

Peca para sepultamento: (X) Não () Sim
Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: (X) limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho ressecado () Bandagens () Talas () Outros:
Swarb para cultura:

INTERCORRÊNCIAS:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Coma (X) Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
Diurese: (X) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação vesical () Jostiflor. Destino após a cirurgia: CUC

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

Hora: 22h52 Data: 06/08/16 Nível de consciência: (X) acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVP Local: HSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Torácico () Penrose () Kerr Ostomias: () Sim () Não Específicas:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: MCG Moximetro (X) PA
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

SINAIS VITAIS

Relate: Hora PA FR Sat.% Dor
T°C P PA FR Sat.% Dor
Admissão 105 136/82 20 93
30' 96 141/82 20 95
60' 95 137/59 19 99
Alta 95 137/59 19 99

Medicações administradas URPA:

Assinatura Via Dose Medicação Hora

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Recebido da SO
Desprezado URPA

Eliminações:

Diurese Retorno Gást. Drenagem Retorno da Irrigação

Soro glicosado: ml
Soro fisiológico: ml
Ringer: ml
Irrigação vesical contínua: ml

Líquidos administrados na URPA:

Ass: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO
Coren: 572.054



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2016

Carta nº: 9852922

A/C: ANGELO MAXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160604358 ASL-1097717/16
Vítima: 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 início 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



Seguro DPVAT – Proteção para todos

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.

saiba +
www.dpvatsegurodotransito.com.br



Seguradora Líder • DPVAT

BRASIL
R\$01,70
 13 10 16 15:29
 CARTA
 ACE: MARTIZ/RS

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

<p>DEVOLUÇÃO</p> <p>Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.dpvatsegurodotransito.com.br</p>	<p>Para uso dos correios</p> <p> <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não procurado </p> <p> <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado <input type="checkbox"/> Falecido </p> <p>Data: ____/____/____</p>	<p>Responsável pela informação</p> <p> <input type="checkbox"/> Morador <input type="checkbox"/> Síndico <input type="checkbox"/> Porteiro </p> <p>Entregador: _____</p>
---	--	---

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

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 19ª 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 Excelência, 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 Excelência anexar a procuração do autor.

Pede e espera deferimento.

Natal, 06 de setembro de 2018.

CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO

OAB/RN 7.268.

IV
TJSS & VELHO
Claudimir Jose Ferreira Velho

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANGELO MÁXIMO FERREIRA DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO
Profissão: AUTONOMO Identidade: 1427146 Exp.: 07-09-2016
CPF: 967.332.184-34 Telefone: 994206753, 981059132
Endereço: RUA JOÃO FELIPE SANTIAGO 1048
Bairro: ROSA DOS 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 substabelecer 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.

X. Angelo Máximo F. De Oliveira
OUTORGANTE

Rua Dr Sadi Mendes, 1010 "A" Santos Reis Parnamirim, RN, CEP-59.145-085
Fone/Fax (84) 99403-0017 - 99960-7011 - 32726277 - 98788-4353