



Número: **0849498-08.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CAIO CESAR GOMES DOS SANTOS SOUZA (AUTOR)		HEVELLYN FERNANDA PEREIRA TRAJANO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33361030	05/10/2018 10:44	PROCURACAO	Procuração
33361062	05/10/2018 10:44	RG	Documento de Identificação
33361211	05/10/2018 10:44	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Outros documentos
33361420	05/10/2018 10:44	B.O	Outros documentos
33361539	05/10/2018 10:44	DOCUMENTACAO DO VEICULO	Outros documentos
33361678	05/10/2018 10:44	DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Outros documentos
33362195	05/10/2018 10:44	DOCUMENTACAO MEDICA	Outros documentos
33362237	05/10/2018 10:44	COMPROVANTE DE PAGAMENTO	Outros documentos

PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

OUTORGANTE: CAIO CARAC GOMES DOS SANTOS SOUZA, BRASILEIRO
SOLTEIRO, INSCRITO NO CPF SOB O N.º 702.306.144-42, RESIDENTE E
DOMICILIADO NA RUA ARTHUR FARIAS, 412, LAGOA AZUL, NATAL/RN.

OUTORGADO (S): HEVELLYN FERNANDA PEREIRA TRAJANO DANTAS, brasileira,
casada, advogada inscrita na OAB/RN sob o n.º 10.429, com endereço profissional na
Rua Professor Arthephio Bezerra, 63, Lagoa Nova, Natal, Estado do Rio Grande do
Norte, CEP: 59064-190.

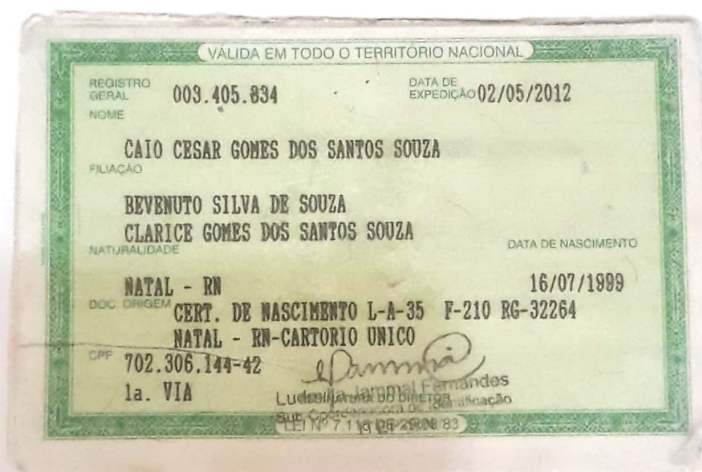
PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

NATAL/RN, 01 de outubro de 2018.
X CAIO CARAC GOMES DOS SANTOS SOUZA
OUTORGANTE



Scanned by CamScanner



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmez, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 50025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055109-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

BEVENUTO SILVA DE SOUZA

CPF: 778.155.804-91 | NIS: 12406370983

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIDA COM RDS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ARTESÃO FARIAS 442 LOT JOSE
SARNEY

LAGOA AZUL/ÁREA URBANA
NATAL, RN
59129-740

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0156447013	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
28/02/2018	23/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	57,11

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
002533178	1981-A	21/02/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/02/2018	2000090069	750150

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,16220748	5,46
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,31235594	21,86
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	41,00000000	0,46893348	19,20
Contribuição Iluminação Pública			5,46
ICMS - IPI, IPI e Subvenção			5,13

TOTAL DA FATURA 57,11

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0871095	CT	21/01/2018	37.219,00	21/02/2018	38.360,00	30	1,00000		141,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
FEV 18 141	46,52	18,00	8,37
JAN 18 143	46,52	0,67	0,31
DEZ 17 155	46,52	3,05	1,41
NOV 17 173			
OUT 17 164			
SET 17 146			
AUG 17 143			
JUL 17 130			
JUN 17 154			
MAY 17 183			
ABR 17 169			
MAR 17 191			
FEV 17 192			

O pagamento desta Fatura é devido pelo cliente em até 05 dias úteis após a data de emissão da fatura. Caso não seja pago, a fatura será encaminhada para a cobrança em nome do cliente. Mais informações sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, a Tarifa Social de Energia Elétrica e a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site da Cosern ou a Central de Atendimento ao Cliente (CAC) da Cosern.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

CONTAS EM ABERTO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
002533178	57,11	28/02/2018

Em caso de não pagamento desta fatura, a fatura será encaminhada para a cobrança em nome do cliente. Mais informações sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, a Tarifa Social de Energia Elétrica e a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site da Cosern ou a Central de Atendimento ao Cliente (CAC) da Cosern.

GRUPO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
CONJUNTO	0,00	3,36	8,72	13,45	NOMINAL	NOMINAL
200V	0,00	3,36	8,72	13,45	200V	200V
220V	0,00	3,36	8,72	13,45	220V	220V

CONTA CONTRATO 0156447013 MÊS/ANO 02/2018 DATA DE VENCIMENTO 28/02/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 57,11

83830000000-4 57110038400-6 15644701320-5 00958267933-1





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL - (DEGEPOL)
DIRETORIA DE POLÍCIA DA GRANDE NATAL - (DPGRAN)
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA

BOLETIM DE Ocorrência Nº 886/2017-DPM

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
LOCAL DO FATO: RN 160, Próximo ao Parque São José, Macaíba/RN
DATA E HORA DO FATO: 13/01/2018 volta das 07:00

DECLARANTE: CAIO CESAR GOMES DOS SANTOS SOUZA

Filiação: Severino Silva de Souza e Clarice Gomes dos Santos Souza
Documento: RG nº 003.405.334 SSP/RN Naturalidade: Natal/RN
Endereço: Rua Artesão Farias, 442, Lagoa Azul, Nova Natal, Natal/RN
Data de Nascimento: 16/07/1989
Profissão: Auxiliar de depósito Estado Civil: Solteiro
Telefone: (84) 9 8856-9750

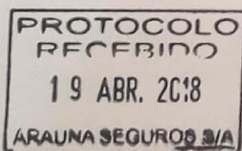
VÍTIMA: O comunicante

Acusado(a): xxxxxxxx

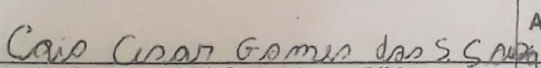
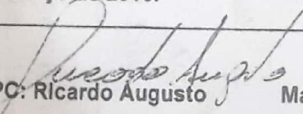
HISTÓRICO DA Ocorrência

O declarante compareceu a esta Unidade Policial para informar que na data, local e horário acima mencionados, pilotava uma motocicleta Honda CG150 Fan, ano 2014, cor preta, placa OWA-4443 e Renavam 01008402688, de propriedade de Erasmo Silva de Souza, CPF 970.939.044-91, no sentido Macaíba/Natal, ocasião em que uma carreta estava lhe ultrapassando e deu um toque no guidão da moto, tendo o comunicante perdido o controle, caído, em seguida o mesmo foi até sua residência e só depois que foi conduzido ao Hospital Walfredo Gurgel, onde recebeu atendimento de urgência tratou de alguns ferimentos e foi submetido à procedimento cirúrgico na clavícula direita dias depois. Nada mais disse.

OBS: A DECLARANTE ACIMA É RESPONSÁVEL PELAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE ATO.



MACAÍBA/RN, 28 de Março de 2018.

 Assinatura do(a) Comunicante/Vítima	 APC: Ricardo Augusto Mat. 157338.1 Assinatura e Matrícula do Policial
--	--

Praça José da Penha, 46, centro, Macaíba/RN, CEP 59.380-000, Tel. (84) 3271-6836/6835.

Scanned by CamScanner

PROTOCOLLO
RECESSIONE
19 APR. 2018
MAGLIERA ECONOMIA SPA

PROTOCOLLO
RECIBIDO
AJUNTAMIENTO DE BURGOS

Declaração do Proprietário do Veículo

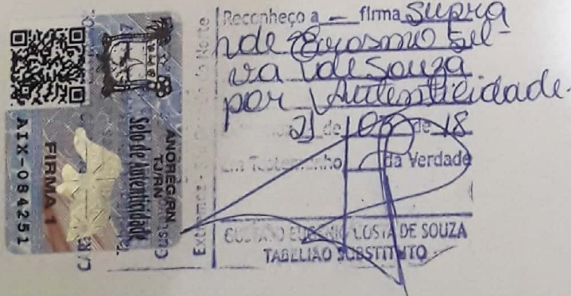
Eu, Everson Silva de Souza,
RG nº 3638998, data de expedição / / ,
Órgão SSP, portador do CPF nº 97093904498, com
domicílio na cidade de Extremoz, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Vigassima Quarta - Pitangui, nº 50,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Caio Cesar Gomes dos S. Souza, cujo o condutor era
Caio Cesar Gomes dos S. Souza.

Veículo: Moto
Modelo: Honda / CG 150 FOM ESDi
Ano: 2014
Placa: OWA 4443
Chassi: 9E2KE1680ER539859
Data do Acidente: 13/03/2018
Local e Data: Extremoz - RN 23/03/2018

→ Everson Silva de Souza
Assinatura do Declarante

→ Caio Cesar Gomes dos Santos Souza

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



Atendimento realizado em 01/02/18
sem exame RX.



REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 311674	DATA 01/02/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO	
ACOMODADO 64	LEITO: 25A	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 70260422967642	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: CAIO CESAR GOMES DOS SANTOS SOUZA	SEXO: (X) M () F
DATA DE NASCIMENTO: 16/07/99	RG: 003423374 CPF:
FILIAÇÃO MÃE: CLARKE GOMES DOS SANTOS SOUZA	
PAI: BEUENITO SILVA DE SOUZA	
ENDEREÇO: SÍTIO LATEOC	Nº 20
BAIRRO: VITÓRIA	CIDADE: Pedra Grande
ESTADO: RN	CEP: 59588-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 98705 7129	FONE: (84) 98256-9750

SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO	
DATA: / / 2018 HORA:	ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
história de acidente de trânsito adeta de 20 dias, com trauma da clavícula D RUC = trauma da clavícula D ortossintese da clavícula D + transfusão sanguínea 01/02/18



PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 23/02/2018
Dâmares Barreto

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

CLÍNICA Gurgel

DESCRÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

fibrose, Arterio
Canal ciliar
Cirurgia ciliar. Direção
Hemiflexão com canaliculo,
Cura da lesão
Cirurgia e fixação com fio de
titanio
outro com transferência de canaliculo
Cura da pele.
Cirurgia
prolongada (Tipo Helman)

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CDM 26.75 PN

BOLETIM DE ANESTESIA:

ANESTESIA TIPO:

Quemio Interexalénio à direita

TECNICA:

Ortopedia - Traumatologia
CPM 2635 PN

NOR	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS
20			
18			
16			
14			
12			
10			
8			
6			
4			
2			
A			
N			
O			
T			
A			
C			
O			
E			
S			

Dr.º Christiano: 17/06/2016

PROTOCOL
PROTOCOL
RECEIVED
APR 20 18
ARAHNA RECORDS DIV
ARAHNA RECORDS DIV

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Ínio César Gomes dos Santos Souza Nº REGISTRO 311634
Data Nascimento 15/07/99 IDADE 18 Sexo M LEITO: 205 A Data de Admissão 01/02/18
MÉDICO: Dr. Paulo

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 20h PESO: 63 Kg Altura: _____ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO

ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: Nega tudo

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: _____

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não () Sim

Exames: (X) Labor (X) Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando (X) Cadeira de Rodas () Maca (X) consciente () Inconsciente (X) Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Hevellyn de S. Trajano
CORENPA 107.8177 Admitido na sala: I Hora _____

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Lapartomia de Obstrução "D"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente (X) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Aparelho de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido (X) Vácuo ()
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)
11. Mesa cirúrgica testada (X)



12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não ☒ Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida ☒ sim () não
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica () Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Mariguito em: ME Placa neutra: Local: MD

Passado faixa de smarch: Não () sim, em: _____ Início _____ Término _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: () Clorex degermante () Clorex aquoso
 () Clorex Alcoolica ☒ PVPI degermante
☒ PVPI tintura () _____

Infusões: SF0,9% 250 ml R.Lactato: 500 ml R.Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA: 120 x 59 mmHg FC: 79 bpm Sat: 99 % T: _____ °C Hora: 16:00

Anestesia: Início 16:00 Término 17:00 () Geral Inalatório () Geral Venosa ☒ Sedação () Local
 () Peridural () Raqui ☒ Bloqueio: _____

IOT: () Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: () não () sim nº _____

AVP: () não ☒ sim ME, Jelco nº 20 por Joamizale

Cateter O2: () não ☒ sim SNG: () NÃO () SIM Nº _____ SVD () NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

Cultura: _____ Anát. Patológico: () Não () Sim _____

Material Explantado: _____

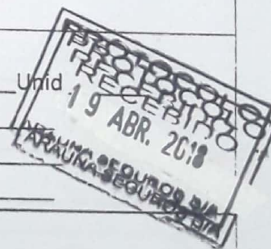
Conferido por _____ Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ☒ sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) Cefalotina 2g, dipirona 2g, fentanil 10mg, diclofenac amp, ondansetrona. às 16:20h



Joanizele Andréia Rocha
 Téc. Enfermagem
 COREN/RN 634.158

OPME: () NÃO (X) SIM, qual

CS fio de Kirschner 2.0 mm

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

alterações durante o ato cirúrgico.

Início da cirurgia: 16:10

Termino da cirurgia: 17:00

CIRURGIÃO Dr. Assis

ASSISTENTE:

ANESTESIOLOGISTA Dr. Paulino

INSTRUMENTADORA Francine

CIRCULANTE: Joanizete

ENFERMEIRA: Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros: _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

☒ AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS ☒ CURATIVOS LIMPO ()

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: ☒ Labort ☒ Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

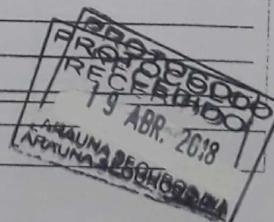
ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem : _____

ENCAMINHADO POR: Joana

HORA: _____

Joana Andrade Rocha
Téc. Enfermagem
COREN RN 634.169



Scanned by CamScanner

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Carla Ester Gomes dos Santos Souza
 APTO.: _____ Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

USO DE:		DATA / H		USO DE:		DATA	
BOMBA DE INF.	DIL			ECG			
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.			
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO			
CURATIVO				FOTOTERAPIA			
				INCUBADORA			

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
01.02.18	14:45	Pet. encaminhado ao C.C., levando do seu prontuário e em anexos: 01/1RX + exame laboratorial.	Waldemir Oliveira Fereira Téc. Enfermagem COREN-RN - 1201785
01.02.18	17:00	Pet. retornou do cc	Simeon 9 33 440
01.02.18	18:00	Adm. med. e/ ou prescrição 15 TABD	
01.02.18	20h	Adm. medicamentos em	
02.02.18	24h	Adm. cephalosporina + dipirona	
02.02.18	06h	Adm. dipirona	
02.02.18	08:00	Realizado curativos, compressas e prescrição medicamentos.	Michael Fonteneto de S. Bezerra Técnico em Enfermagem COREN-RN 998 938
02.02.18	08:40	Pet (digo) Adm. med. e/ ou, e/ ou laboratorial e/ ou ABID.	Thayna Batista de Nascimento COREN-RN 015.11.208 TE
02.02.18	09:40	Pet saiu de alta, hospitalar, levando todos os seus pape- rais, encaminhado, orientado, com De ombiente, com anexos: AIH + 201RX cont + exames lab.	Thayna Batista de Nascimento COREN-RN 001.141.806 TE

PELE

(☒) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
(☒) NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS (☒) NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO - Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

(☒) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNÉICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO (☒) NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

() ESTÍMULO: _____
(☒) AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

(☒) FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(☒) DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO (☒) ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____
_____ ** Rm Pós Jck*
_____ *5/9*

Kassya W. S. de Souza
Enfermeira
COREN/PR 234248

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
() ATB _____

PELE

() HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
() NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNÉICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: _____

HORÁRIO:

VENTILAÇÃO

() O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO OT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

() ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: _____
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

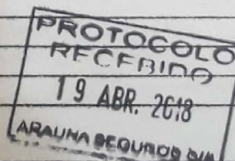
() FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: raio eivar G. dos Santos MÉDICO: Dr. João
DIAGNOSTICO MÉDICO: Maximela D SETOR: 2ª andar LEITO: 2054
PROCEDÊNCIA: (X) DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: _____ IDADE: 38c
ALERGIAS: _____ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____
noto 02 anos EVOLUÇÃO 01/02/18 HORÁRIO: 11:30

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO (X) REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() P: _____
() VC: _____
() Jelco: _____
() Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() BI _____
() ATB _____

PELE

() HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
() NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

() SUPINEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Deixante em operação, não queridos. Anexo: RX identificadas
colu sangue no i notificação.

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: _____
(X) AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
(X) FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(X) DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
(X) ZERO () VÔMITO _____ vezes

Ana Cláudia Dantas dos Santos
Enfermeira
CREMER 429.076

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 01/02/18 HORÁRIO: 22:20

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) ATIVO (X) REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(X) AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(X) HV _____
() BI _____
(X) ATB capsa Tina

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA



Scanned by CamScanner

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12894342

A/C: CAIO CESAR GOMES DOS SANTOS SOUZA

Nº Sinistro: 3180177943
Vítima: CAIO CESAR GOMES DOS SANTOS SOUZA
Data do Acidente: 13/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA GUIA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CAIO CESAR GOMES DOS SANTOS SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002623-9

Conta: 0000049773-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT