



Número: **0802314-95.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **13/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 26.762,48**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RONDINELLE DE AQUINO (AUTOR)	ADRIANO CLEMENTINO BARROS (ADVOGADO) ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39142 238	13/02/2019 16:17	<u>01 - PROCURAÇÃO</u>	Procuração
39142 248	13/02/2019 16:17	<u>02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
39142 255	13/02/2019 16:17	<u>03 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</u>	Documento de Identificação
39142 262	13/02/2019 16:17	<u>04 - CNH</u>	Documento de Identificação
39142 267	13/02/2019 16:17	<u>05 - COMPROVANTE DE ENDEREÇO</u>	Documento de Comprovação
39142 275	13/02/2019 16:17	<u>06 - CRLV</u>	Documento de Identificação
39142 283	13/02/2019 16:17	<u>07 - FORMULARIOS OBRIGATÓRIOS E CONTA</u>	Documento de Comprovação
39142 293	13/02/2019 16:17	<u>08 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR</u>	Documento de Comprovação
39142 299	13/02/2019 16:17	<u>09 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
39142 305	13/02/2019 16:17	<u>10 - AVISO DE SINISTRO</u>	Documento de Comprovação
39142 317	13/02/2019 16:17	<u>11 - PLANILHA DE CALCULO - CALCULO EXATO</u>	Planilha de Cálculos
39195 061	14/02/2019 14:14	<u>Decisão</u>	Decisão

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Rondonelle de Aquino, brasileiro, divorciado, trabalhador rural, inscrito no CPF nº 024.086.264-39 e RG nº 001.604.235.55P/RN, residente e domiciliada na Rua São João, nº 00029 casa, Alto de São Manoel, Mossoró/RN, CEP: 59628-090.

OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iuditia et extra*, para o foro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

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.

Mossoró-RN, 14/11/2018.

Rondonelle De Aquino
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

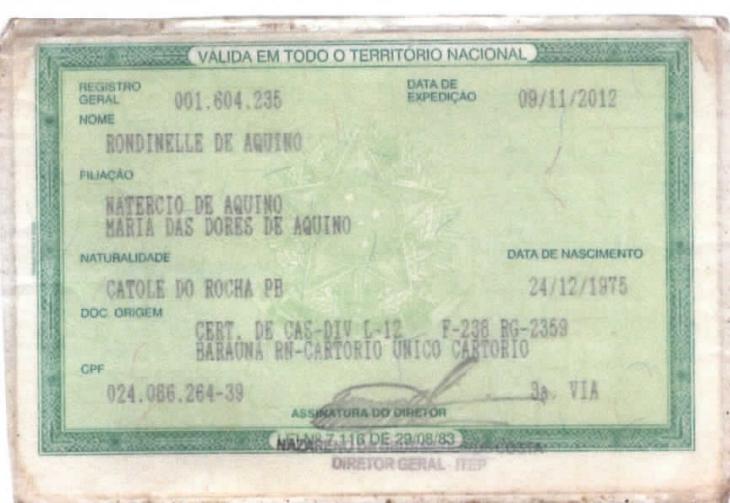
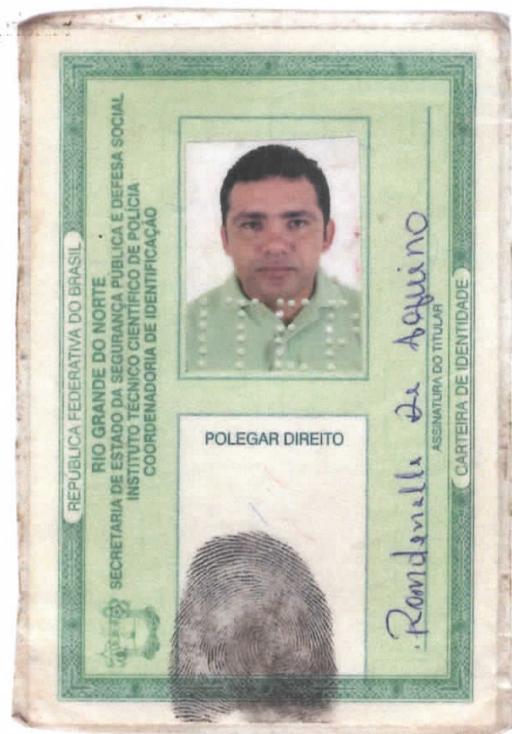
Rondonelle de Aguiar, brasileiro, divorciado, trabalhador rural, inscrito no CPF nº 024.086.264-39 e RG nº 001.604.235 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua frei passião, nº 00029 casa, Alto de São manel, Mossoró/RN, CEP: 59628-090.

, Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 – Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 14/11/2018.

Rondonelle de Aguiar
DECLARANTE





Posto de Atendimento
Pau D'António SA
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro
CEP 59600-000 - Pau D'António - RN
Fone: (84) 3222-1000



010 RECIFE PE 09

RONDINELLE DE AQUINO
R FREI DAMIAO 00029
CASA AT DE S MANOEL
59628-090 MOSSORÓ - RN



7211094250025490000000976700051013
Data de Vencimento: 15/10/2018 Data de Postagem: 05/10/2018

Para uso dos Correios	
<input type="checkbox"/> 1. Meu envelope	7. Avançado
<input type="checkbox"/> 2. Endereço inconfundível	8. Fotocópia
<input type="checkbox"/> 3. Não encoste o envelope	9. E-mail
<input type="checkbox"/> 4. Desenhebre o envelope	10. Recado
<input type="checkbox"/> 5. Recado	11. Informações de envio
<input type="checkbox"/> 6. Não preciso do envelope	12. Entregador
<input type="checkbox"/> 7. S. Recado	13. S. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 8. Desenhebre o envelope	14. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 9. Recado	15. Recado
<input type="checkbox"/> 10. Entregador	16. Entregador
<input type="checkbox"/> 11. S. Recado	17. S. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 12. Desenhebre o envelope	18. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 13. Recado	19. Recado
<input type="checkbox"/> 14. Recado	20. Recado
<input type="checkbox"/> 15. Desenhebre o envelope	21. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 16. Recado	22. Recado
<input type="checkbox"/> 17. Desenhebre o envelope	23. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 18. Recado	24. Recado
<input type="checkbox"/> 19. Desenhebre o envelope	25. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 20. Recado	26. Recado
<input type="checkbox"/> 21. Desenhebre o envelope	27. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 22. Recado	28. Recado
<input type="checkbox"/> 23. Desenhebre o envelope	29. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 24. Recado	30. Recado
<input type="checkbox"/> 25. Desenhebre o envelope	31. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 26. Recado	32. Recado
<input type="checkbox"/> 27. Desenhebre o envelope	33. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 28. Recado	34. Recado
<input type="checkbox"/> 29. Desenhebre o envelope	35. Desenhebre o envelope
<input type="checkbox"/> 30. Recado	36. Recado

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 10854 // 00276 № 013707947610
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	CÓD. RENAVAM 00382577000	R.N.T.R.C. *****	EXERCÍCIO 2017
NOME RONDINELLE DE AQUINO			
CPF / CNPJ 024.086.264-39		PLACA NOD5778	
PLACA ANT / UF NOD5778/RN	CHASSI 9C2JC4120CR515792	ESPECIE TIPO PASSEIETO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL	
MARA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES		ANO FAB. 2011	ANO MOD. 2012
CAP / POT / CIL 0CV/124 CILINDRADAS		CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE PRETA
I P V A	COTA ÚNICA R\$ 0.00	VENC. COTA ÚNICA 18/09/2017	VENC / QOTAS 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO
FAIXA IPVA: 002843 3X			
PARCELAMENTO / COTAS R\$ *****			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) *** TAXAS DETAN: PAGO *** DPVAT: PAGO			
OBSERVAÇÕES MOTOR: JC41E2C515792 - DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL HOSSORO/ RN		DATA 18/09/2017	
Siderley Bezerra da Silva Coordenador de Registro de Veículos DETAN - RN			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

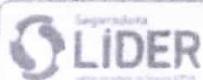
RN № 013707947610 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1	CPF / CNPJ 024.086.264-39	EXERCÍCIO 2017	DATA EMISSÃO 18/09/2017
RENAVAM 00382577000		PLACA NOD5778	
MARA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES		ANO FAB. 2011	CAT. TARIF. 9
PARCELAMENTO / COTAS R\$ *****		Nº CHASSI 9C2JC4120CR515792	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou APL:

P. de sinistro:

Número completo da vítima:

024.086.264-39 Rondonille de Aquino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Rondonille de Aquino

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Cidade:

E-mail:

abelmaia.adv@gmail.com

CPF:

024.086.264-39

Número:

Complemento:

00029 casa

CEP:

59628-090

Tel (DDDI):

(84) 9.8773.3770

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (apenas para os bancos itaú, agência: uma opção) CONTA CORRENTE (conta do banco) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome da BANCO:

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3226

CONTA: 1006 860

6

AGÊNCIA:

CONTA:

6

Informar o dígito de verificação

Autorizo a seguradora a cobrar a indenização direta da minha conta bancária para fins de indenização, a que inclui: reembolso, reembolso e remuneração devidamente aferida, e o direito à retenção total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML. Método legal (IML) para fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza pedidos para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pedidos com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

Pelo motivo acima-advulado, solicito o preenchimento da anotação do meu pedido de indenização do seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, devidamente, em ser submetido à avaliação médica da vítima, a seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de trânsito, que é de lei (Lei 6.194/74, art. 3º, inciso II, do laudo que esta autorização não significa preceito concordância com a futura avaliação médica da comissão de encarregado de exames, ou seja, não é consentimento).

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado, não divorciado Viva Data do óbito da vítima:Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos Vivos: Falecidos:

Vítima deixou herdeiro (s) falecido (s):

 Sim Não

Vítima deixou parente vivo (s):

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta identidade, estando ciente, ainda, de que qualquer ação devidamente iniciada contra a Seguradora Lider para obtenção da indenização, é de sua responsabilidade demonstrar que a referida ação não afeta o direito ao seguro DPVAT.

Local e Data:
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RG

Rondonille De Aquino

Assinatura da vítima (física/eletrônica) (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do beneficiário (física/eletrônica) (declarante)
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGID, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rondinelle de Aguiar,

RG nº 001.604.235, data de expedição 09/11/2012 Órgão SSP/RN,

CPF nº 024.086.264-39 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Frei Damíão</u>
Número	<u>00029</u>
Apto / Complemento	<u>cara</u>
Bairro	<u>Alto de São Manoel</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59628-090</u>
Telefone de Contato	<u>(84)9.8773-3770 / (84)3316-5699</u>
E-mail	<u>abelmaiaadv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró/RN 14/11/2018

Assinatura do Declarante: Rondinelle De Aguiar

A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, que sofri um acidente de transito em consequencia do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a pericia medica para confirmar minha sequela. Afirmo ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

xx Ramalhelli De Aguiar



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
-------------------------	---------------	------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, ____ de _____.
Local e Data

Romolini de Aguiar

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULPROFISSIONAL

J/4757 - RONDINELLE DE AQUINO

Data impresso: 23/11/2018
Page 1 of 1

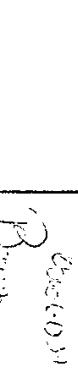
DATA DA internação: 22/11/2018 - 06:05:00
Convênio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 219-01

Idade: 43 ANOS

Profissional Assinatura

22/11/2018

Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decubito: , Administrado Cefalotina 1G+ ABD EV

BRUNADANTA


Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decubito: Administrado Dipirona + ABD EV

BRUNADANTA


Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decubito: Administrado 3 ETAPA DE SF09% EV + REALIZADO CURATIVO

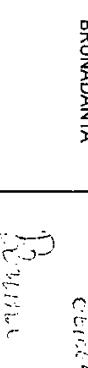
BRUNADANTA


22/11/2018

Temp.: 120x80, temp.: 36,4, FC.: 85, FR.: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 95, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decubito: Paciente evoluiu consciente, orientado responde as suas necessidades com dieta v.o com avpd, ao exame normotensão, normocósmico, afébril, eupneico, acianótico, e com eliminações fisiológicas presentes e segue aos cuidados da equipe de enfermagem, Administrado Cefalotina 1G+ ABD EV

BRUNADANTA


Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O₂: 0, Fi. O₂: 0, Ventilação: , Decubito: Administrado 2 ETAPA DE SF09% EV + DIPRONA + ABD EV

BRUNADANTA


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of
Data impresso: 23/11/201

J.3757 - RONDINELLE DE AQUINO
Data da internação: 22/11/2018 - 06:05:00
Sexo: M
Idade: 43 ANOS
Local: SUS
Unidade: ORTOPÉDIA CIRÚRGICA
Leito: 219-01

22/11/2018

Horário	PA	Temp	FC	FR	Glicemia
06:00	120x80	36,00	80	20	0

RECEBO PACIENTE EM ESTADO GERAL REGULAR, EM PÓS OPERATÓRIO ORTOPÉDICO. SEGUO CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EUPNEICO EM O2 AMBIENTE, EM USO DE AVP VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACEITANDO BEM A DIETA. AO EXAME FÍSICO: COURO CABELEUDO INTEGRO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES NORMOTENSOS, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ANICIANÓTICO, AFEBRIL, NORMOCÁRDICO, PESCOÇO SEM NODULACAO PALPÁVEL OU LINFONODULOS INFARTADOS, TORÁX SIMÉTRICO, IJV +, SEM RRA, AUSCULTA BNF EM 2T, ABDOMÉN FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS (SIC). SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	THATIANE MICHELLE FREITAS	Assinatura THATIANE MICHELLE FREITAS THATIANE MICHELLE FREITAS ENFERMERA CARENAR 243.343
---	---------------------------------	--


HOSPITAL WILSON ROSADO
 PEDRO VEHO, 250
 SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010
 CNPj: 35.650.324/0001-50
 Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 c
 Data impresso: 23/11/20

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

014757 - RONDINELLE DE AQUINO

Data da internação: 22/11/2018 - 06:05:00

Sexo: M Idade: 43 ANOS

Convênio: SUS
 Unidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 219-01

22/11/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

RECEBO PACIENTE EM REPOSO NO LEITO CONSCIENTE ORIENTADO POS CIRURGIA ORTOPEDICA EVOLUI EUPNEICO AFEBRIL NORMOTENÇO AFEBRIL NORMOCARDIO ACEITA DIETA ORAL ELIMINAÇÕES FISIOLOGICA ESPONTANIA CURATIVO LIMPO NO MSD SEM QUEIXAS FICA AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM - PA:120x70 TAX: 36,00g F.C.:80 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 98 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decubito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA
ADMINISTRAO CEFALOTINA 1G EV COM ABD CONFORME PRESCRIÇÃO - PA: TAX: 0,00g F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decubito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA
ADMINISTRAO DIPIRONA 1G EV COM ABD CONFORME PRESCRIÇÃO - PA: TAX: 0,00g F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decubito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA

ASSISTÊNCIA MÉDICA - RJ

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010


HOSPITAL
WILSON ROSADO

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of
Data impresso: 23/11/20

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ALFREDO RONDINELLE DE AQUINO

DATA: 03 Internação: 22/11/2018 - 06:05:00

SEXO: M IDADE: 43 ANOS

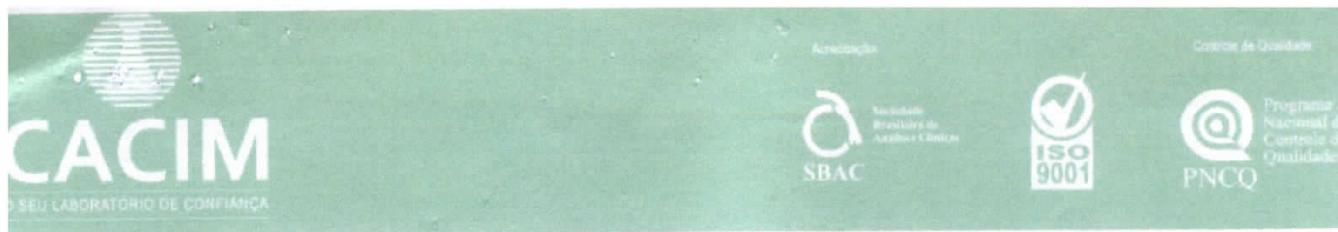
Plano: SUS

Unidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 219-01

Anotação

Data: 23/11/2018 Assunto: PACIENTE BEM SEM INTERCORRÊNCIAS APÓS VISITA DE SEU ORIENTAÇÕES DE SEU MÉDICO ASSISTENTE RETIRADO AVP EM SEGUNDA RECEBE ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia:0 PVC:0 PAM:0 Sat. O ₂ :0 Fi O ₂ :0 Ventilação: Decúbito:	Técnico(a)	Assinatura
	EVANGELISTA DE MELO	

expresión para las gresas
expresión para las gresas
expresión para las gresas



Numero : 0001198775
Nome : RONDINELLE DE AQUINO
Médico : EDUARDO C. L. R. MEDEIROS
Convênio: Particular - Al

Data de Cadastro: 19/11/2018
Telefone: 8499102435
Idade: 42 Ano(s)
RG: 1604235 RN

GLICOSE.....: 142 mg/dL
(soro) Automação: Adivia 1800
Valores referenciais: (70 a 99)

Confirmado


Dra. Fernanda Cinthia Diniz Texeira
CRF 3258



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade:
UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 295236

Atendimento Nº: 538864

Nome:
RONDINELLE DE AQUINO

Idade:
24/12/1975 (42a 9m)
Sexo:
Masculino

Cartão SUS: Nome da Mãe:
MARIA DAS DORES DE AQUINO

Profissão:

Endereço (Rua/Av.):
RUA SERVULO MARCELINO

Nº:

Complemento:

Bairro:
PLANALTO TREZE DE MAIO

Cidade:
MOSSORÓ/RN

Estado:
Telefone:
84 99102435

Clínica:
CLINICA MEDICA

CPF DO PACIENTE: ()

Data: 12/10/2018

Hora: 06:01

Motivo da Procura:
PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:
WEVERTON

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

*aperto de seio opus latum ex
sputo, rufus se nos mass.*

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____

SpO2: _____ HGT: _____

Síntomas de m. 450.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

Laboratório:

Radiológico:

ECG Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: Medicação Observação Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

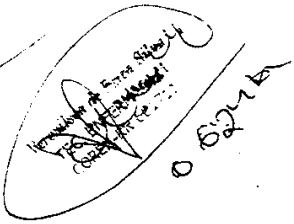
Saída: Data/Hora ____ / ____ / ____ às ____ : ____ h. Alta referido para UBS Óbito

Outra Unid. Urgência Especialidade

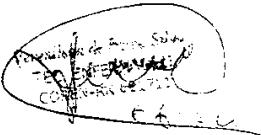
Internação no Hospital:

Setor de
Documentos
e Arquivos
do HRM

06214



* Realizada impressão de folhas com
SFI 931 em folha + das seguintes folhas com
extensão, incluindo sua versão, feita através
de 1400, medindo 90 milímetros quadrados
(90x100). O documento do HRM não
mudou.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA INDIVIDUAL

18628 24/12/1715
Nº PRONTUÁRIO CADSUS

Jondinete da Graça
NOME COMPLETO DATA DE NASCIMENTO
R. São Domingos 29 - A.J. M. M. 19628
ENDERECO COMPLETO BAIRRO

PONTO DE REFERÊNCIA M F SEXO GRUPO ÉTNICOS

ESTADO CIVIL ESCOLARIDADE GRUPO SANGUÍNEO E FATOR Rh

REAÇÃO ALÉRGICA MEDICAMENTOS ALIMENTOS OUTROS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PESSOAIS		ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	
DOENÇAS	DURAÇÕES	DOENÇAS	DURAÇÕES
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

CIRURGIA	
QUAIS	QUANDO
1.	1.
2.	2.
3.	3.

() SIM () NÃO QUANDO
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA RECEBIDA

() SIM () NÃO QUANTIDADE TEMPO FUMANDO
HÁBITOS TÓXICOS FUMA

CAFÉ	() NÃO	() SIM	FREQUÊNCIA	DROGAS	() SIM	() NÃO
ALCOOL	() SIM	() NÃO	() ÀS VEZES	QUAIS		

IMUNIZAÇÕES								
VACINAS DOSES	ANTI-POLIO	DTP	BCG	ANTI SARAMPO	TT/DT	TRÍPLICE VIRAL	HEPATITE	OUTRA
1ª DOSE								
2ª DOSE								
3ª DOSE								
1ª REF.								
2ª REF.								

DENTIÇÃO DECÍDUA										Exame Odontológico		
Direito	8	7	6	5	4	3	2	1		Ausente	/	X
	V	IV	III	II	I	+	+	II	III	A. Extrair		Extraído
Esquerdo									VI			

DENTIÇÃO PERMANENTE															
Direito	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6
										7	8				
Esquerdo															

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Ronalenelle De Aquino, brasileiro (a),
portador do RG nº 001.604.235 e CPF 024.086.264-39
residente e domiciliado (a) Rua frei Damiao, 100 29
Bairro Alto de São M, Município Mossoró (RN), venho perante
a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas de acordo o laudo medico.

Local Mossoró/RN, Data 14/11/2018

Atenciosamente

Ronalenelle De Aquino

1.000 mg/dia 3x ao dia
associado a antiinflamatório

2.000 mg/dia

Prescrição Médica	Apagamento
1) Cefadroxil 500 mg 3x/dia	✓
2) SFP, 500 mg 3x/dia	✓
3) Ciprofloxacin 250 mg 2x/dia	✓
4) Tramadol 200 mg 3x/dia	✓
5) Sulfamox 500 mg 3x/dia	✓
6) Paracetamol 500 mg 3x/dia	✓
7) Vicks 300 mg 3x/dia	✓

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 187/ TEC 13541

23/11/18 13h NOSSO MAR

Prescrição administrada por:

Prescrição Médica	Aprazamento

Medicação administrada por:

ABEL ICARO MOURA MAIA		
-----------------------	--	--

11/11/18 07:00 Pôr admitido no CTG, presente
entre os sua assistência, sem
panorama de possibilidades, PR subi
meter à procedimentalmente ciente
e pratica de proceder na
dia, as horas consciente e
orientado, respirando O2
ambiente, normotensas, normo-
cardíp, pulso em AEP em
MSF SEC H2S, eletricia medida
mentosa estima-se 124, pico
em 135

22/11/18 07:30 Pôr suspeito VI OSO

22/11/18 07:33 Fieles presentes em S.O., vendo
sua CBO "

22/11/18 07:40 Sospeito de hipoxia, com sus-
peita, credibilidade per P2, P3, P4

22/11/18 07:45 Sospeito de hipoxia, com sus-
peita, credibilidade per P2, P3, P4
e P5. Edema óptico e trazendo
sudoreto.

22/11/18 07:50 Tornar-se de procedimental-
mente suspeito credibilidade per P2
e credibilidade com credibilidade com P3
presente bixa, trem intenso
e estreitado e ressuscita-
do de 100% para o CBO

07/11/18 07:00 Pôr credibilidade per CBO, proveniente
de S.O., em massa, comprometendo
de procedimento de um suspeito
e credibilidade, perim o CBO
bixa, respirando com ondas
e vitalização respiratória
em 100%, pico em 135

Algo em...
Tec. B
COR

que, conseguem ser criados e, via
jul. grande operadora, que des-
pre, segue em dias iniciais da Noite
exemplo de Enz. 100%
CON



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO CLÍNICO PROF. VINGT-UM ROSADO**

Rua Afonso Pena, 152 - Bom Jardim

Paciente: RONDINELLE DE AQUINO	Idade: 42 Anos
Médico: GUILHERME GARCIA RIGOLIN	Data Req.: 15/10/2018
Convênio: Sistema Único de Saúde (SUS)	Procedência: Unidade Matriz



00058465

Hemograma

Material: Sangue

Método: ABX Micro 60

Eritrograma

		V.R.: Masculino	V.R.: Feminino
Eritróцитos	5,24 milhões/mm³	4,50 a 5,90 milhões/mm ³	4,00 a 5,20 milhões/mm ³
Hemoglobina	15,8 g/dL	14,0 a 18,0 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	47,2 %	41,0 a 54,0 %	26,0 a 45,0 %
R.D.W.	13,0 %	10,0 a 15,0 %	10,0 a 15,0 %
V.C.M.	90,1 μ³	80,0 a 96,0 μ ³	80,0 a 96,0 μ ³
H.C.M.	30,2 pg	26,0 a 34,0 pg	26,0 a 34,0 pg
C.H.C.M.	33,5 %	31,0 a 37,0 %	31,0 a 37,0 %

Leucograma

		Valores de Referência
Leucócitos	7.200 /mm³	4.000 a 10.000 /mm ³
Blastos	0,0 %	0 /mm ³
Promielócitos	0,0 %	0 /mm ³
Mielócitos	0,0 %	0 /mm ³
Metamielócitos	0,0 %	0 /mm ³
Bastonetes	1,0 %	72 /mm ³
Segmentados	60,0 %	4.320 /mm ³
Eosinófilos	1,0 %	72 /mm ³
Basófilos	0,0 %	0 /mm ³
Linfócitos Típicos	35,0 %	2.520 /mm ³
Linfócitos Atípicos	0,0 %	0 /mm ³
Monócitos	3,0 %	216 /mm ³
Plaquetas	234 mil/mm³	150 a 450 mil/mm ³

Tempo de Coagulação

Material: Sangue
Método : Lee-White

Valores de Referência:
5 a 12 minutos

07:00 min:seg

TS - Tempo de Sangramento

Material: Sangue
Método : Duke

Valores de Referência:
01:00 a 03:00 min:seg

02:30 min:seg

Página 1 de 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO CLÍNICO PROF. VINGT-UM ROSADO
Rua Afonso Pena, 152 - Bom Jardim

Paciente: RONDINELLE DE AQUINO	Idade: 42 Anos
Médico: GUILHERME GARCIA RIGOLIN	Data Req.....: 15/10/2018
Convênio: Sistema Único de Saúde (SUS)	Procedência: Unidade Matriz

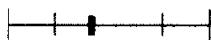


Creatinina

Material: Sangue
Método : Enzimático Colorimétrico

Valores de Referência:
0,4 a 1,3 mg/dL

0,7 mg/dL



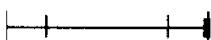
Nota: A elevação das cetonas e certos antibióticos do grupo das cefalosporinas podem produzir elevações falsas da creatinina no soro ou na urina. Certos medicamentos (cimetidina, probenecida, trimetropim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e reduzindo sua depuração.

Glicose, dosagem

Material: Sangue
Método : Enzimático Colorimétrico

Valores de Referência:
65,0 a 99,0 mg/dL

189,0 mg/dL

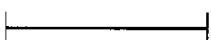


Uréia

Material: Sangue
Método : Enzimático Colorimétrico

Valores de Referência:
10,0 a 40,0 mg/dL

25,1 mg/dL



VDRL, Reação de

Material: Sangue
Método : Aglutinação

Valores de Referência:
Não Reagente

NÃO REAGENTE



José do Rêgo Nobre

Cavo Riketh Medeiros

Página: 2 de 2

BOLETO DE ADMISSÃO

DATA:	22/11/2018
HORA:	0:05



185421 - RONDINELLE DE AQUINO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 24/12/1975 - 43 ANO(S) CPF: 024.086.264-39 RG: 001604235

CNS: 706007876659741

Convênio: SUS

Leito: 205-04

Enfermaria: 205 - AP 205

Bairro: ALTO SAO MANOEL

Endereço: FREI DAMIAO, N° 29 - CEP: 59600-010

Profissão: AGRICULTOR

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORÓ/RN

Mãe: MARIA DAS DORES DE AQUINO

Pai: NATERCIOS DE AQUINO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Naturalidade: CATOLE DO ROCHA

Responsável: RONDINELLE DE AQUINO

Procedimento Solicitado: 0408020407-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / -5525 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON RUSADU
Convênio: SUS
() Com 03 Refeições
(X) Sem Refeições
Acompanhante:

Resultado

Curado	Removido	-48 Horas
Melhorado	Pedido	+48 Horas
Inalterado	Evasão	
Piorado	Indisciplina	
		Obito

Transferido: _____

História Clínica

Diagnóstico Provável

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8187 / TECR 13541

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal:	<u>Intervenção Fisiológica</u>	
2. Cirurgia Secundária:		
3. Cirurgião:	<u>Dra. Icereide</u>	CRM: <u>6433</u>
1º Auxiliar:	<u>Dra. Camillema</u>	CRM: <u>8187</u>
2º Auxiliar:		CRM: <u></u>
Enfermeiro(a):	<u>Valdeniza M S Oliveira</u>	COREN: <u>COREN 314.250.438-ENF</u>
4. Anestesiista:	<u>Dra. Icereide</u>	CRM: <u>8187</u>
5. Instrumentador:	<u>Tatiana</u>	COREN: <u></u>

Cirurgião: Icereide

6. Tecido removidos:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Especificar
7. Anátemo Patológico:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
Lauç:	<input type="checkbox"/> Maligno	<input type="checkbox"/> Benigno	<input checked="" type="checkbox"/> Ótimo
8. Classificação da Cirurgia:	<input checked="" type="checkbox"/> Limpa	<input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada	
	<input type="checkbox"/> Contaminada	<input type="checkbox"/> Infectada	
9. Contaminação Intra-operatória:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
10. Programação:	<input type="checkbox"/> Efetiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Emergência
11. Trauma:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Data: <u>13/03/2017</u> Hora: <u></u>
12. Infecção atual em outro Sistema:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Tipo:
13. Drenos:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Tipo:
14. Prótese (s):	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Tipo:
15. Descrição do procedimento:	<u>Abordagem de luxação de quadril</u>		

Dr. Adilene, Dra. Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
031/30301877 / TEC013531

1. Descrição dos procedimentos cirúrgicos

lavado com Ringer; Entubação com 2 dilatações de espirito-alto.
Inserção de 5 cm por artroscopia; Circunferência por plástico; Ressecção da fratura (Raiz da clínula)
conservando ligamento rotuliano; Ressecção tarsiana; Fixação com fio de K 2,0
e miníssima; Redução Estabilização da ressecção; Sutura com 2 varas 3X4;
fixação com 3 parafusos proximais; 3 parafusos distais; Redução Estabilização
a ressecção; Limpeza óssea com SF; Sutura por plástico; Curativo fisiológico; F.R.P.

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8187 / TEC0113541



CAM

Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME <u>Pendinelli de Aguiar</u>							DATA <u>22/4/2018</u>
SERVIÇO <u>HNP</u>	ANESTESISTA <u>Ed. Bon</u>		CIRURGÃO <u>Guilherme / Eduardo</u>				
IDADE <u>41</u>	SEXO <u>M</u>	COR	PR. ART. <u>NW (00)</u>	PULSO <u>89</u>	TEMP.	ESTADO FÍSICO <u>1 (2) 3 4 5</u>	PRÉ-ANESTÉSICO <u>ans</u>
DIAGNÓSTICO							

OPERAÇÃO REALIZADA

Antebrachia

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO NÃO SALA DE RECUPERAÇÃO NÃO CONDIÇÕES R M P ÓBITO

Dr. Edison da Silva Júnior
Anestesiologista
CRM - PRN 5.009
TELEFONE: 41 3200-1200

HOSPITAL WILSON ROSS

HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

卷之三

Tel.: (81) 3318 9000

1000-128-300 (84)

222

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1
Data impresso:22/11/2

Local de internação: 22/11/2018 - 06:05:00
Médico Atuante: SUS
Sexo: M
Idade: 43 ANOS

WIKIPÉDIA CIRURGICA Leito: 219-01

Anotação

RELATO: PACIENTE VINDO DO CCC SOB MACA ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR, SEXO MASCULINO 43 ANOS, COM HIPOTENSÃO, MÍSE, VIBRILIZANDO HV+TM, AO SSVV: AFEBRIL, NORMOTENSO, EUPNEICO, COM CURATIVO MA. I NO MSD APRESENTANDO EFEVAGNAMENTO, DIURESE PRESENTE. SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - PA:110X80 TAX: 36,00° F.C:0 F.R.:20 Glicemias: 0 HbC:0 PAM:0

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1014757 - RONDINELLE DE AQUINO

Pa

Data impresso:22/

Data internação: 22/11/2018 - 06:05:00

Idade: 43 ANOS

Convênio:SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Leito: 219-01

22/11/2018

Pa Temp FC FR Glicemia

Assinatura

1014757
RECEBO PACIENTE EM ESTADO GERAL REGULAR, PÓS PROCEDIMENTO OPERATÓRIO ORTOPÉDICO. SEGUO CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES. EUPNEICO EM 02 AMBIENTE, EM USO DE AVP VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACEITANDO BEM A DIETA AO EXAME FÍSICO: COURO CABELEUDO INTEGRO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORRÉAGENTES, NORMOTENSO, NORMOCORADO, ANICTERICO, ANICIANÓTICO, AFEBRIL, NORRÓCÁRICO, PESCOÇO SEM NODULACAO PALPÁVEL OU INFONODULOS INFARTADOS, TORAX SIMÉTRICO, MV + SEM RA, AUSCULTA BNF EM 2/1, ABDOMÉN FLÁCIDO E INDOLAR, A PALPAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS (SIC). SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

AZARRENE
COSTA DA SILVA
Mariene Costa da Silva
ENFERMEIRA
COREN-RN 4462



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

HOSPITAL
WILSON ROSADO
Tel.: (84) 3318-9000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1014757 - RONDINELLE DE AQUINO

Data da internação: 22/11/2018 - 06:05:00

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CRÚRGICA Leito: 219-01

22/11/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	RECEBO PACIENTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADE, DIETA POR VO, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTE, AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, O MESMO NÃO APRESENTE QUEIXAS NO MOMENTO SEGUO AOS CUIDADO DA EQUIPE DE PLANTÃO. ADMINISTRADO 1 FRASCO DE CEFALOTINA+ ABD IV, 1 SFG, 9% DE 500ML IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA:120/80 TAX:36,00g F.C.:78 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	
16:00:00	PAM: 0 Sat: 0% Fi: 0% Ventilação: Decúbito: ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,00g F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 0% Fi: 0% Ventilação: Decúbito:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011183/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2018 07:59 Data/Hora Fim: 14/11/2018 08:29
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 12/10/2018 06:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN) Bairro: Alto de São Manoel
Logradouro: rua frei damião Nº: SN

Ponto de Referência: WALFREDO GURGEL
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONDINELE DE AQUINO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PB - Catolé do Rocha	Sexo: Masculino	Nasc: 24/12/1975
Profissão: Agricultor		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria das Dores de Aquino		Nome do Pai: Natercio de Aquino	
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 024.086.264-39

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 29
Logradouro: RUA FREI DAMIÃO
Bairro: ALTO SÃO MANOEL
Telefone: (84) 99910-2435 (Celular)

Nome Civil: SEBASTIÃO OLIVEIRA JUNIOR (TESTEMUNHA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 15/11/1968
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Maria Arlete Dsilvaa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 663.836.254-20

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 13
Logradouro: RUA SABINO VALENTIM
Bairro: ALTO SÃO MANOEL



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de impressão: 14/11/2018 08:29
Protocolo: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

R. A

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011183/2018

Nome Civil: RANILDO BELO DA SILVA (TESTEMUNHA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 04/06/1978
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Maria do Socorro Belo Nome do Pai: Francisco Belo da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1674361
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 028.502.674-73

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: RUA MIRO FELIPE DE MENDONÇA Nº: 2007
Bairro: ALTO DE SÃO MANOEL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Renavam 382577000	Placa NOD5778
Número do Chassi 9C2JC4120CR515792	Ano/Modelo Fabricação 2011/2012
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo HONDA FAN 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Rondinele de Aquino	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO NA SUA MOTO QUANDO NO LOCAL INDICADO DERRAPOU E PERDEU O CONTROLE DO VÉHICULO VINDO A COLIDIR EM UMA CALÇADA E VEIO A CAIR AO CHÃO SOFRENDO LESÕES. O COMUNICANTE DISSE QUE FOI SOCORRIDO POR POLICIAIS QUE O CONDUZIRAM PARA UPA DO ALTO SÃO MANUEL E EM SEGUITA PARA O HRTM EM MOSSORÓ. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Rogério de Carvalho Brito Castro
Responsável pelo Atendimento

Rondinele Di Aquino
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180600069 **Vítima: RONDINELLE DE AQUINO**

Data do Acidente: 12/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONDINELLE DE AQUINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13748751

Atualização de um valor por um índice financeiro

Atualização de R\$13.500,00 de 29-Dezembro-2006 e 28-Fevereiro-2019 pelo índice INPC - Índ. Nac. de Preços ao Consumidor ..

Valor atualizado: R\$26.762,48

Memória do Cálculo

Variação do índice INPC - Índ. Nac. de Preços ao Consumidor .. entre 29-Dezembro-2006 e 28-Fevereiro-2019

Em percentual: 98,2406%

Em fator de multiplicação: 1,982406

Os valores do índice utilizados neste cálculo foram:

Dezembro-2006 = 0,62%; Janeiro-2007 = 0,49%; Fevereiro-2007 = 0,42%; Março-2007 = 0,44%; Abril-2007 = 0,26%; Maio-2007 = 0,26%; Junho-2007 = 0,31%; Julho-2007 = 0,32%; Agosto-2007 = 0,59%; Setembro-2007 = 0,25%; Outubro-2007 = 0,30%; Novembro-2007 = 0,43%; Dezembro-2007 = 0,97%; Janeiro-2008 = 0,69%; Fevereiro-2008 = 0,48%; Março-2008 = 0,51%; Abril-2008 = 0,64%; Maio-2008 = 0,96%; Junho-2008 = 0,91%; Julho-2008 = 0,58%; Agosto-2008 = 0,21%; Setembro-2008 = 0,15%; Outubro-2008 = 0,50%; Novembro-2008 = 0,38%; Dezembro-2008 = 0,29%; Janeiro-2009 = 0,64%; Fevereiro-2009 = 0,31%; Março-2009 = 0,20%; Abril-2009 = 0,55%; Maio-2009 = 0,60%; Junho-2009 = 0,42%; Julho-2009 = 0,23%; Agosto-2009 = 0,08%; Setembro-2009 = 0,16%; Outubro-2009 = 0,24%; Novembro-2009 = 0,37%; Dezembro-2009 = 0,24%; Janeiro-2010 = 0,88%; Fevereiro-2010 = 0,70%; Março-2010 = 0,71%; Abril-2010 = 0,73%; Maio-2010 = 0,43%; Junho-2010 = -0,11%; Julho-2010 = -0,07%; Agosto-2010 = -0,07%; Setembro-2010 = 0,54%; Outubro-2010 = 0,92%; Novembro-2010 = 1,03%; Dezembro-2010 = 0,60%; Janeiro-2011 = 0,94%; Fevereiro-2011 = 0,54%; Março-2011 = 0,66%; Abril-2011 = 0,72%; Maio-2011 = 0,57%; Junho-2011 = 0,22%; Julho-2011 = 0,00%; Agosto-2011 = 0,42%; Setembro-2011 = 0,45%; Outubro-2011 = 0,32%; Novembro-2011 = 0,57%; Dezembro-2011 = 0,51%; Janeiro-2012 = 0,51%; Fevereiro-2012 = 0,39%; Março-2012 = 0,18%; Abril-2012 = 0,64%; Maio-2012 = 0,55%; Junho-2012 = 0,26%; Julho-2012 = 0,43%; Agosto-2012 = 0,45%; Setembro-2012 = 0,63%; Outubro-2012 = 0,71%; Novembro-2012 = 0,54%; Dezembro-2012 = 0,74%; Janeiro-2013 = 0,92%; Fevereiro-2013 = 0,52%; Março-2013 = 0,60%; Abril-2013 = 0,59%; Maio-2013 = 0,35%; Junho-2013 = 0,28%; Julho-2013 = -0,13%; Agosto-2013 = 0,16%; Setembro-2013 = 0,27%; Outubro-2013 = 0,61%; Novembro-2013 = 0,54%; Dezembro-2013 = 0,72%; Janeiro-2014 = 0,63%; Fevereiro-2014 = 0,64%; Março-2014 = 0,82%; Abril-2014 = 0,78%; Maio-2014 = 0,60%; Junho-2014 = 0,26%; Julho-2014 = 0,13%; Agosto-2014 = 0,18%; Setembro-2014 = 0,49%; Outubro-2014 = 0,38%; Novembro-2014 = 0,53%; Dezembro-2014 = 0,62%; Janeiro-2015 = 1,48%; Fevereiro-2015 = 1,16%; Março-2015 = 1,51%; Abril-2015 = 0,71%; Maio-2015 = 0,99%; Junho-2015 = 0,77%; Julho-2015 = 0,58%; Agosto-2015 = 0,25%; Setembro-2015 = 0,51%; Outubro-2015 = 0,77%; Novembro-2015 = 1,11%; Dezembro-2015 = 0,90%; Janeiro-2016 = 1,51%; Fevereiro-2016 = 0,95%; Março-2016 = 0,44%; Abril-2016 = 0,64%; Maio-2016 = 0,98%; Junho-2016 = 0,47%; Julho-2016 = 0,64%; Agosto-2016 = 0,31%; Setembro-2016 = 0,08%; Outubro-2016 = 0,17%; Novembro-2016 = 0,07%; Dezembro-2016 = 0,14%; Janeiro-2017 = 0,42%; Fevereiro-2017 = 0,24%; Março-2017 = 0,32%; Abril-2017 = 0,08%; Maio-2017 = 0,36%; Junho-2017 = -0,30%; Julho-2017 = 0,17%; Agosto-2017 = -0,03%; Setembro-2017 = -0,02%; Outubro-2017 = 0,37%; Novembro-2017 = 0,18%; Dezembro-2017 = 0,26%; Janeiro-2018 = 0,23%; Fevereiro-2018 = 0,18%; Março-2018 = 0,07%; Abril-2018 = 0,21%; Maio-2018 = 0,43%; Junho-2018 = 1,43%; Julho-2018 = 0,25%; Agosto-2018 = 0,00%; Setembro-2018 = 0,30%; Outubro-2018 = 0,40%; Novembro-2018 = -0,25%; Dezembro-2018 = 0,14%; Janeiro-2019 = 0,36%.

Atualização

Valor atualizado = valor * fator = R\$13.500,00 * 1,982406

Valor atualizado = R\$26.762,48



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo: 0802314-95.2019.8.20.5106

AUTOR: RONDINELLE DE AQUINO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DECISÃO

Vistos etc.

RONDINELLE DE AQUINO, qualificado na exordial, apresentou o presente pedido de TUTELA DE URGÊNCIA sob os seguintes argumentos: a) a probabilidade do direito está evidenciada, pois de forma irrefutável a parte autora está com dificuldades para prover a sua recuperação com o acidente sofrido; b) o perigo de dano está presente visto que o demandante encontra-se em estado de vulnerabilidade; c) alega, ademais, que o deferimento da medida não torna irreversível a situação.

Neste contexto, pleiteia o deferimento da tutela com o escopo de que a perícia seja imediatamente realizada no autor, sob pena de multa diária.

É o breve relatório. Decido a seguir.

Na sistemática do Novo Código de Processo Civil, a Tutela de Urgência prevista no art. 300 está assim disciplinada:

“Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.”

Nesta linha argumentativa, passemos à análise da aferição dos requisitos hábeis à concessão da medida, senão vejamos.

No que concerne ao *fumus boni iuris*, a simples alegação de que a parte autora está com dificuldades para prover a sua recuperação não autoriza, por si só, a concessão do pleito. Saliente-se que não houve juntada aos autos de documentos que indicassem uma situação excepcional no presente processo de DPVAT que justificasse a concessão da realização de perícia em sede de tutela de urgência.

Por outro prisma, o *periculum in mora* também não se encontra presente por ausência de demonstração no petitório. É oportuno frisar que a lesão necessita estar devidamente consolidada para submissão à perícia judicial, precipuamente para se aferir se é de caráter temporário ou permanente, sendo oportuno uma demonstração de uma situação excepcional hábil à realização da perícia com urgência, por exemplo, caso a parte autora estivesse em estado gravíssimo de saúde.

Assim, **INDEFIRO a tutela de urgência pleiteada.**

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

Publique-se. Intimações necessárias.

MOSSORÓ /RN, 14 de fevereiro de 2019

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)