



Número: **0858591-92.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **09/01/2019**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA (AUTOR)	ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	
EUCIMAR PEREIRA GUIMARAES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34351 719	31/10/2018 16:00	<a href="#">1 atendimento</a>	Documento de Comprovação
34351 743	31/10/2018 16:00	<a href="#">bo</a>	Documento de Comprovação
34351 758	31/10/2018 16:00	<a href="#">DAMS1</a>	Documento de Comprovação
34351 777	31/10/2018 16:00	<a href="#">DAMS2</a>	Documento de Comprovação
34351 798	31/10/2018 16:00	<a href="#">id</a>	Documento de Identificação
34351 814	31/10/2018 16:00	<a href="#">procuração</a>	Procuração
34351 836	31/10/2018 16:00	<a href="#">promater</a>	Documento de Comprovação
34351 852	31/10/2018 16:00	<a href="#">promater2</a>	Documento de Comprovação
34351 865	31/10/2018 16:00	<a href="#">promater3</a>	Documento de Comprovação
34352 368	31/10/2018 16:10	<a href="#">Petição</a>	Petição
34352 393	31/10/2018 16:10	<a href="#">adm</a>	Documento de Comprovação



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

98715 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA / RN  
PARNAMIRIM / RN

CAPTAR  
DADOS  
BRACICOS

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

5447 56 22

NOME:

IDADE:

NATURALIDADE:

ENDEREÇO:

CIDADE:

ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
11/11/81 PARADA M/M GRAM

ESTADO CIVIL: ALUNO DE ANTES DE PARNAMIRIM

PROFISSÃO: PROFESSOR DE PARNAMIRIM

PROCEDÊNCIA: PARNAMIRIM

BAIRRO: PARNAMIRIM

HORA: 17:35

DATA: 17/05/17

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)  
trovo de bala SANTO, vitima de colisão carro - carro,  
no dia 15/05/2017. Nesse tempo de consciência  
se movimentou.

Relevo dos seus membros superiores esquerdos

EXAME FÍSICO  
 A) Vias percutidas / Nega anamnese  
 B) NVC (Lateral) 0/100\*  
 C) ECR em 25 C/ BNP  
 D) ECG = 15, pupilas 2.5/2.5  
 E) edema + nusculo (E)

AB = Globos, nódulos, flebol.

pelve = estenose

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULSO
17h50h	140x80	24		67		68

DIAGNÓSTICO INICIAL

CONF. ORIGINAL  
20/05/2017  
038

WRI OF BOMBA DE OLIVEIRA MIRANDA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

98715 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM / RN

CAPTAÇÃO  
DADOS DO  
PACIENTE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

56 N° 21

NOME:

IDADE:

NATURALIDADE:

ENDERECO:

CIDADE:

ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

11/11/81 COR: PARD COR: MESTR ESTADO CIVIL: CASADO

PROFISSÃO: Ator de teatro PROcedêNCIA: Pernambuco

BAIRRO: Pernambuco

DATA: 17/05/17 HORA: 17:35

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM	NÃO
----------------------------	-----	-----

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C	TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
---	-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)  
Tropeço de São Paulo, vítima de colisão carro-carro.  
h-1h30 min. Nege TCE. Nege perda de consciência  
e recupera.

Relevo dor em membro superior esquerdo

PTB = Globos, nódulos, fibroses

Pelve = estrela

EXAME FÍSICO  
 ① VZ pernos / Nege artralgia  
 ② MVR labirintos 0/00  
 ③ PCT em 25 CIBNAP  
 ④ ECG = 15, pupilas 15/15  
 ⑤ edema muscular (E)

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

Sofrimento

97

PULSO

68

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULSO
17:00h	140x80	24				

ACIDENTE



## PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
paciente: Assessor Mescio C. Menezes Prontuário: \_\_\_\_\_

Objetivo da Consulta:

Vertebral colisei óssea - como curar  
dores e estreus em perna (E)  
sol. analgesico e conduta

Dr. Mescio C. Menezes  
MÉDICO  
CRM 11212  
Medico

CRM

17/05/17  
Data

Encaminhado à especialidade:

ORTOPEDIA

Município: \_\_\_\_\_

Consulta marcada para a Unidade:

às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_

## RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

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

Paciente com fratura me perna (E) hoje.  
Normal

Rx: fratura de fibula e perna (E)

Tipo: caxo - postero

Diagnóstico:

Dr. Michel Freire de Araújo  
CRM 11212  
MÉDICO  
Ortopedia Oncológica  
Câmara 11212

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_

horas do dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## EXAMES COMPLEMENTARES

- Rx fones + relve + peine (F)

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

- ~~1) VO Haren 75mg - stamp, 30ml (no dia)~~
- 2) Sifos, 50ml - 50ml + 60
- 3) Diprone - stamp + 8ml ABP, GU 
- 4) Tensicam 40g - stamp + ABP, 60

2.6.1: Encaminhamento ao cirurgião

Paciente autônomo de calções e convalescente de cirurgia e exames. Fazia náus pós-operatório, sem esforço, náus e vômitos (F), adstringentes. Apresenta fadiga das mãos e braços (F), impossibilitado para realizar sua atividade.

Ass. do Responsável

Está dentro de rotina geral.

Paciente vai se encaminhar para exames que preferir por suas próprias

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <b>ORTOPEDIA</b>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____
HORA _____ HS		HORA _____ PÁRA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		



RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL  
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL  
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte  
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 24 de Maio de 2017.

**BOAT nº:** 94842

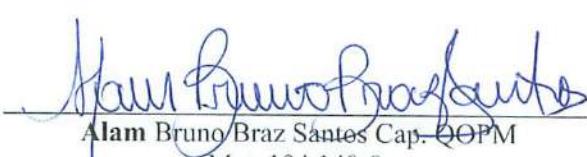
**Data:** 17/05/2017

**Local:** RN 315 - Cobé - Vera Cruz/RN

**Veículos envolvidos:**

- (V-1) VW/ GOL 1.0 - NOG 3989  
(V-2) FIAT/ STRADA WORKING - OWC 2931

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o Condutor de V-1 deixou de observar o que preceitua o artigo 28.

  
Alam Bruno Braz Santes Cap. QOPM

Mat. 194.148-8

**CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO**

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação Número do Boletim: 94842 Número da Ocorrência: 909771 Data Registro: 24/05/2017 Hora Registro: 08:30:57 Número/Controle: V67775447X

\*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

germe

11 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para:

Nome ANTÔNIO ALVES CAMPOS Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento 20 / 09 / 64  
 RG Nº CPF: 414 032 824 - 04 Presenciou:  Testemunha  
 Endereço SITIO PONTO DE VARZEA Nº S/NO Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro ZONA RURAL Cidade VERA CRUZ UF RN  
 Versão \_\_\_\_\_

Assintura ANTÔNIO ALVES CAMPOS Hora 19:30

12 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: HOSP. DIOCLECIO MARQUES Presenciou:  Testemunha  
 Nome AMERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA Data de Nascimento 23 / 03 / 83  
 RG Nº CPF: 032 345 854 77 Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Presenciou:  Fato  Registro  
 Endereço AV. MONSERRAT PAIVA Nº 480 Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro CENTRO Cidade VERA CRUZ UF RN  
 Versão \_\_\_\_\_

Assintura Anderson Marinho de O. Miranda Hora 20:20

13 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciou:  Testemunha  
 Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /  
 RG Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assintura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

14 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciou:  Testemunha  
 Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /  
 RG Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assintura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**

Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

**16 - IMAGENS / FOTOS**  SIM  NÃO **AUTUAÇÃO**  SIM  NÃO AIT Nº \_\_\_\_\_ CÓD/DESD \_\_\_\_\_

**17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**

Nome Completo do Agente ALESSANDRO PEREIRA DE MELLO  
 POSTO/GRAD.: 2º SGT PM Nº 95027 Viatura 108 Subunid.: 3º GPR  
 Local e Data VERA CRUZ, 37 de MARÇO de 17. Atrop.

Autenticação Número do Boletim: 94842 Número da Ocorrência: 909771 Data Registro: 24/05/2017 Hora Registro: 08:30:57 Número/Controle: V67775447X

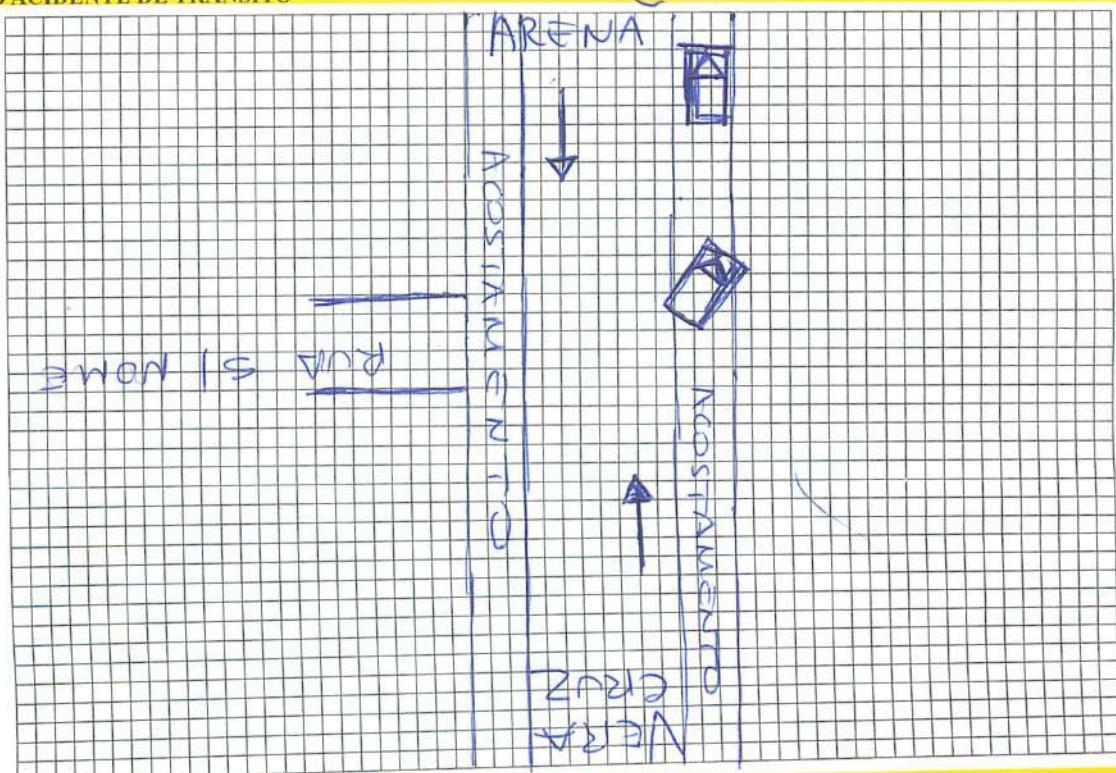
94842

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	

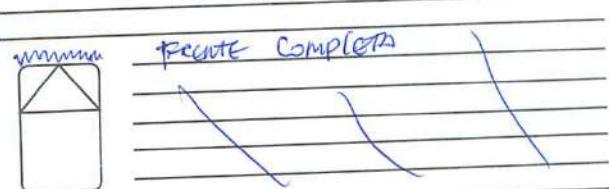
## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

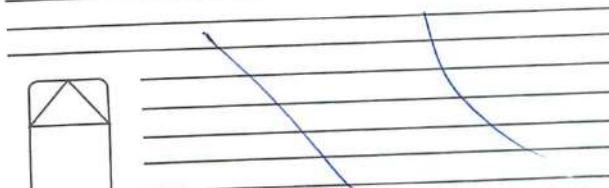
## AVARIAS DO VEÍCULO 1



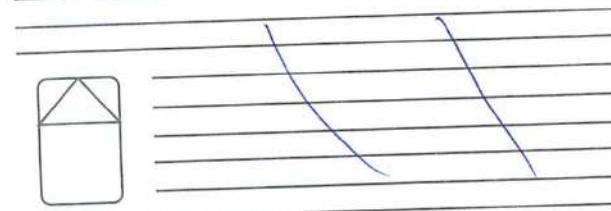
## AVARIAS DO VEÍCULO 2



## AVARIAS DO VEÍCULO 3



## AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Número do Boletim: 94842 Número da Ocorrência: 909771 Data Registro: 24/05/2017 Hora Registro: 08:30:57 Número/Controle: V67775447X

## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

**SOBRE V1** - Em que Rua/Av. Transitava? RN 315

Em que sentido? ARENA / VILA CRUZ Em que faixa? DIREITA  
Versão do condutor Afirmo que VIMIA JUNTO DECREPTE DUV UM RAPIDO COCHILO  
E QUANDO DEV FÉ DA SITUAÇÃO JS GYRA COLIDIU COM V2

Assinatura do Condutor do V1 Antônio Alves Campos

**SOBRE V2** - Em que Rua/Av. Transitava? RN 315

Em que sentido? VILA CRUZ / ARENA Em que faixa? DIREITA  
Versão do condutor A FIRMIS DE ESTAVA indo A CIDADE DE PARANAMirim quando  
DECREPTE V1 que VIMIA NO SENTIDO CONTRÁRIO VIOU A INVADE A  
SUA FAIXA DANDO DE PREDITE E V2 NOVELE MOMENTO TENTOU DE TODAS  
AS FORMAS DESVIAIR P/ TENTAR EVITAR A COLISÃO MAS NOS CONSEGUOU

Assinatura do Condutor do V2 Antônio Alves Campos

**SOBRE V3** - Em que Rua/Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_  
Versão do condutor \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V3 \_\_\_\_\_

**SOBRE V4** - Em que Rua/Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_  
Versão do condutor \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V4 \_\_\_\_\_



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

**BOAT** 94842

### 1 - LOCAL E DATA

Local RN 315 Bairro COBÉ  
Cidade/UF VERA CRUZ / RN P. Ref. RÉSIDENCIA 118  
Data 17/05/17 Hora do acidente 16:00 Hora do registro 18:00 Dia da semana 4ª Feira

### 2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal  - Colisão Lateral  - Capotamento  - Atropelamento  
 - Colisão Posterior  - Colisão Transversal  - Choque  - Outro(s) \_\_\_\_\_

### 3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NOG 3589 Cidade VERA CRUZ UF RN  
Marca/Mod. VW / Gol Cor PRETA Ano 2012 / 2012  
Proprietário ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA Nº de Ocupantes 3  
Condutor ANDERSON MARCIO OLIVEIRA MIRANDA Data de Nasc. 31/11/83  
Endereço AV: MONSENHOR PAIVA Nº 480 Fone 98816-3018 / 988332034  
Bairro CENTRO Cidade VERA CRUZ UF RN  
CPF N° 032 315 854 77 CNH N° 03572714627 Validade 31/04/2020 Categoria AB  
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi OWC 2931 Cidade VERA CRUZ UF RN  
Marca/Mod. FIAT / STRADA WORKING Cor VERMELHA Ano 2013 / 2013  
Proprietário JOVANETE MARCELO DA SILVA PAIVA Nº de Ocupantes 1  
Condutor ANTONIO A. CAMPOS Data de Nasc. 20/09/64  
Endereço SITIO PONTA DE VAREZER Nº  Fone \_\_\_\_\_  
Bairro ZONA RURAL Cidade VERA CRUZ UF RN  
CPF N° 414 032 824 04 CNH N° 02104540058 Validade 19/02/2018 Categoria C  
Local de Trabalho PREPARATÓRIO DE VERA CRUZ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 6 - VEÍCULO 04:

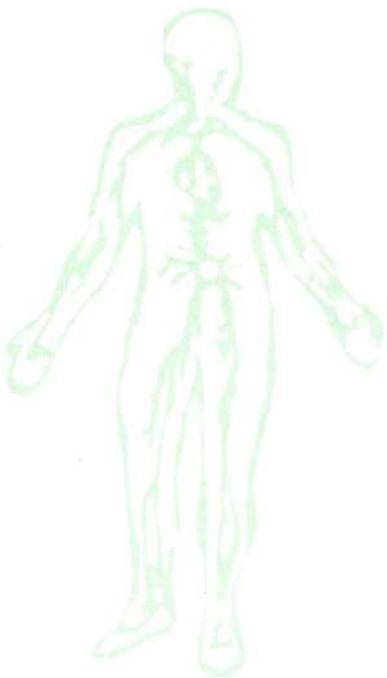
Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Autenticação Número do Boletim: 94842 Número da Ocorrência: 909771 Data Registro: 24/05/2017 Hora Registro: 08:30:57 Número/Controle: V67775447X



Dr. Jaime César Mello  
CRM 1211  
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Para Anderson M. de Oliveira



Re

lul

I- Doflom 1.000 mg — 1x  
Tomas 1 copiido de  
12/12 horas.

II- Kewolot. — 1x  
Tomas 1 copiido de  
12/12 horas.

7-6-17

Jaime César Mello  
Angiologia - Cirurgia Vascular  
CRM 1211

RUA SÉRGIO SEVERO, 2002 - LAGOA NOVA - NATAL/RN  
FONE: (84) 3234-3000  
(UNINEURO)





Responsável Técnico:  
Jean Valber Varella  
CRM: 3357



Responsável Técnico:  
Jean Valber Varella  
CRM: 3357

### RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. -  
Anderson Maia & O. Minas

1000 mg Ome

1000 mg Ome

12-125

O2 Aox

Neuro

24/15/17

Dr. Ricardo Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5001 TEOT 11295

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

Rua: São José, 1979 - Bairro Lagoa Nova - Natal/RN - CEP: 59054-030

Versão 00/1/2016 - 192122

### RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. -  
Anderson Maia & O. Minas

1000 mg Ome

Xaréto

1000 mg Ome

Tone, Oxy, Ro

Oxa

Dr. Ricardo Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5001 TEOT 11295

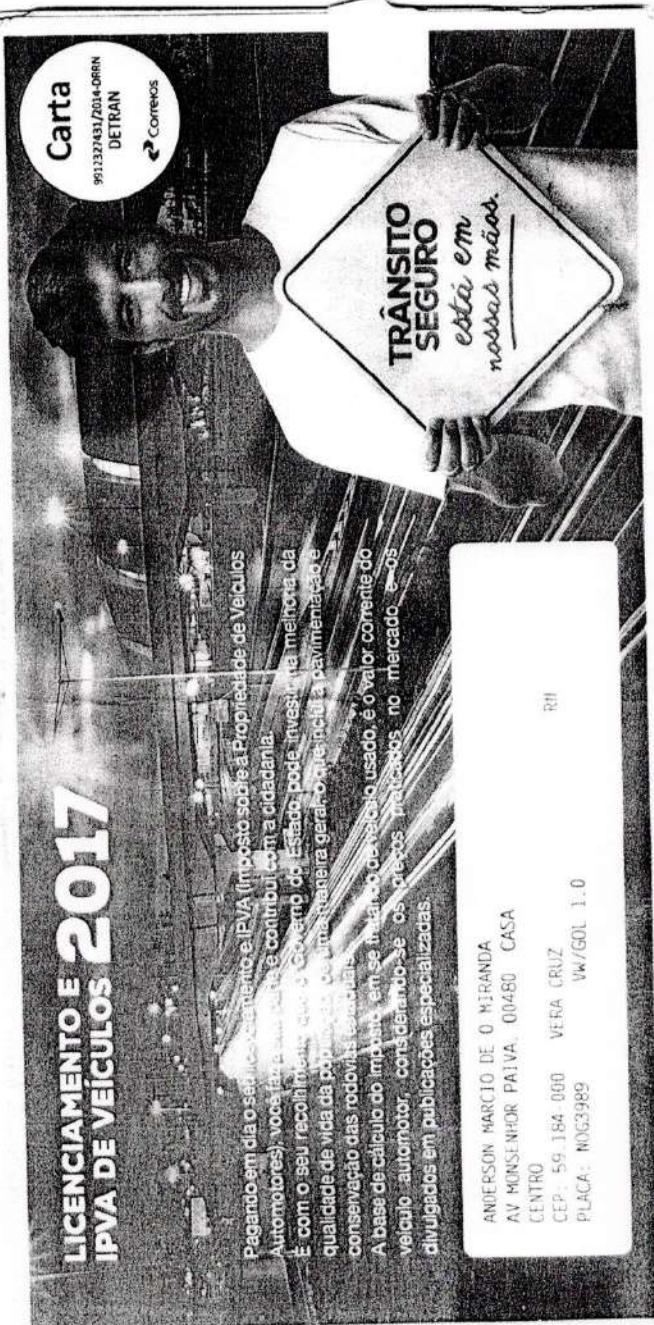
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

Rua: São José, 1979 - Bairro Lagoa Nova - Natal/RN - CEP: 59054-030

Versão 00/1/2016 - 192122







PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Anderson Mário de Oliveira Miranda

NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSÃO: balconista

IDENTIDADE: 1930345 CPF: 012.145.854-77

ENDEREÇO: Av. Monsenhor Paiva 480

BAIRRO: centro

CIDADE: Vera Cruz - RN

TELEFONE: 98838-1171

OUTORGADOS: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN. Email: Oliveira.maia.advogados@outlook.com ; bctamaia@hotmail.com

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou asseguratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar com o pedido de indenização de seguro DPVAT na via administrativa e/ou judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, pedir desistência em caso de não comparecimento em audiência, requerer e receber do Hospital PROMATER prontuário, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET junto ao Hospital PROMATER prontuário, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos ao atos que se tornem mister para o desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber ( no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Em caso de recebimento da indenização do seguro DPVAT pela via administrativa, o outorgante também pagará o valor de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber aos outorgados. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, RN 14 de setembro de 2017

Anderson Mário de Oliveira Miranda

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.  
Email: bctamaia@hotmail.com

ER  
1234687

## DADOS PESSOAIS

**Nome:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
**Telefone:** 998668525      **Sexo:** MASCULINO  
**Mãe:** MARIA BERNARDETE DE OLIVEIRA MIRANDA  
**Endereço:** MONSENHOR PAIVA      **N.º 414**  
**Cidade:** VERA CRUZ      **UF:** RN  
**Convênio:** AMIL INTEI      **Matrícula:** 845724380  
**Médico:** RICARDO ARAUJO  
**Atendente:** VANUZABARBOSA  
**Atendimento:** 1216397

Nascimento: 11/11/1981  
Impresso em: 17/05/2017  
Valid. Carteira: 31/12/2017  
COBE DE CIMA  
30345 Idade: 35a 6m 5d  
N-5001  
URG ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
ora Atend: 17/05/2017 22:22

## FICHA DE ATENDIMENTO

FECHA DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_  
IDA e Exame Físico PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Exame Físico PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
ACIDENTE DE TRABALHO, com  
thrombosis venosa (e)

Exames Complementares

entares  
- Fe 20 geol 6 (E)  
- Redabong (E)

Hipótese Diagnóstica: *Al* - *AB*

No thanks (S)

Prescrição Médica

~~⑥ 7. 6. 1980 28 Deco~~ (6)

① ~~Decision of the 1st~~ 1 - 2

Evolução da Enfermagem

Material

Revised October 1967  
Material for the  
second edition  
of the book  
"Handbook of  
Electrochemistry".

Point Médical de la rue de la Gare 2000

Obs. para la Vers. publicada de este Hospital el 19 de Agosto 1900

de oeste Mariposa Cl. gls n.º 18  
Aguila m. Peñiblan 7 Vist.  
Llora procel  
Molón Churras

Agosto m. Poliplo 2 Visor. Data 11 Hora : 10 40X16 1

Data 11 Hora : 15 10X12 1

Observação \_\_\_\_\_  
Nebulização \_\_\_\_\_

Observação \_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
Nebulização \_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
Curativo \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

sterido para \_\_\_\_\_ Nebulização \_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Curativo \_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
Aplicação \_\_\_\_\_ Dr. Ricardo Araújo \_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
Ortopedia \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

CRM 5001 TEOT 11295

Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura Médico - Carimbo

## BOLETIM DE ANESTESIA

PACIENTE:	Nº DE REG.:		
CIRURGIA REALIZADA:			
DATA DA CIRURGIA:	/	/	INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____
CIRURGIÃO:			
ANESTESIA:			

## ANESTESIA: TIPO

A blank graph grid with a vertical y-axis ranging from 0.2 to 20 and a horizontal x-axis. The y-axis is labeled with numerical values: 20, 18, 16, 14, 12, 10, 08, 06, 04, and 02. The x-axis is represented by a series of vertical grid lines. The grid is composed of small squares, and there are four larger, empty rectangular boxes at the top of the grid, spanning approximately 10 columns each.

#### DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

#### JUSTIFICATIVA DE PERMANÊNCIA EXCESSIVA:

#### OUTRAS OCORRÊNCIAS:

ITEM

TIPO

Dr. Marcellino Góes  
Comissário  
Câmara Municipal de São Paulo  
CEP 01020-001  
ASSINATURA MEDICO ASSISTENTE

## Radiologia

Nome do Paciente: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

N. Pac.: 290586 N.Atend.: 243917

Idade: 35 ano(s) - 11/11/1981

Data Exame: 17/05/2017 - 22:49

### XPERN - RX DIGITAL DA Perna

– Fratura diafisária da tibia e da fibula imobilizadas por tala gessada.

Laudo gerado no dia: 18/05/2017 07:41. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **psMUQFRV** para acesso.



*Laudado Por:*

**Dr. Paulo Roberto N. Sobral**

CRM-RN 1971 / RADIOLOGISTA  
Rua São José, 1979 - Lagoa Seca - Natal-RN - CEP: 59.054-630  
(84) 3204-0800 - direcao@promater.com

Pag. 1 de 1



Relatório médico

Paciente: S2

Anderson Maia de Oliveira

Morador, vítima de acidente  
caminhão, com grande  
fratura de ossos da  
perna esquerda, na  
extremidade proximal

de 5 ossos, com fratura  
de fratura aberta de 26  
cm de comprimento, com  
neuropatia com paralisia

Dr. Ricardo Araújo  
CRM 5001 TEC 1145  
Ortopedia e Reumatologia

costas: S02  
17/05/17

Rua São José, 1879 | Lagoa Nova - Natal/RN - CEP: 59.054.630 - Fone (84) 3204-0800

# TRIAGEM E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

(Preencher quando não houver etiqueta)  
Nome

Nome **Hospital e Maternidade Promater Ltda**  
Atendimento: 1216419 Leito: ENF DUPLA 225 A  
Nome completo: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
Dt. de Nasc.: 11/11/1981 Idade: 35a 6m 6d Sexo: M  
Data d Convênio: AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE  
Nome Data e hora da Admissão: 18/05/2017 00:39:35  
Dir. méd.: Dr. JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM: 3357

NUTR

## Anamnese alimentar:

Diagnóstico: *Fratura de tibia*

Antecedentes pessoais:

Sinais e sintomas:  Vômito  Diarreia  Disfagia  Outros:

Hábitos/ Intolerâncias:

Alergia alimentar:  Não  Sim Descreva:

Prótese:  Não  Sim

Mastigação:  Adequada  Inadequada

Hábito Intestinal:  Regular  Irregular

## Dados Antropométricos:

Peso atual: *70* Kg  Não se aplica Peso habitual: *70* Kg  Não se aplica Altura: *178*  Não se aplica  
IMC: *23,0* Kg/m<sup>2</sup>  Não se aplica

Classificação:  Não se aplica  Peso normal  Abaixo do peso normal  Baixo peso  
 Obesidade grau I  Obesidade grau II (severa)  Obesidade grau III (mórbida)  Obesidade

### Pacientes com idade até 65 anos

Índice IMC	Classificação
< 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 a 24,9	Peso normal
25,0 a 29,9	Sobrepeso
30,0 a 34,9	Obesidade grau I
35,0 a 39,0	Obesidade grau II (severa)
> ou = 40,0	Obesidade grau III (mórbido)

Fonte: OMS, 1997

### Tabela IMC

### Pacientes com idade = ou superior a 65 anos

Índice IMC	Classificação
< ou = 23,0	Baixo peso
23,0 a 28,0	Peso normal
28,0 a 30,0	Sobrepeso
> ou = 30,0	Obesidade

Fonte: OPAS, 2002

## Triagem inicial:

- 1 - Está o IMC < 20,5 Kg/m<sup>2</sup> ou > 28,0 Kg/m<sup>2</sup>?
- 2 - O paciente apresentou perda de peso nos últimos 3 meses?
- 3 - O paciente reduziu a ingestão dietética na última semana?
- 4 - Está o paciente severamente doente?

Não  Não se aplica  Sim

Não  Sim

Não  Sim  Não  Sim

\*\* SIM - SE A RESPOSTA FOR "SIM" PARA ALGUMA QUESTÃO, REALIZAR A TRIAGEM FINAL.

## Triagem Final:

### Estado Nutricional

Estado nutricional	Ausente / Score 0	Severidade da Doença (aumento das necessidades)
Estado nutricional normal	<input type="checkbox"/>	Necessidades nutricional normal
Perda de peso >5% em 3 meses ou ingestão dietética entre 50-75%	<input checked="" type="checkbox"/> Leve / Score 1	<input type="checkbox"/> Fratura de quadril. Paciente crônico em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, IRC, DM, HAS, anemia, má absorção, oncologia
Perda de peso >5% em 2 meses ou ingestão dietética entre 25-60%	<input type="checkbox"/> Moderado / Score 2	<input type="checkbox"/> Cirurgia abdominal importante, grandes cirurgias. AVC, pneumonia severa, malignidade hematológica (leucemia ou linfomas)
Perda de peso >5% em 1 mes (>15% em 3 meses) ou ingestão dietética entre 0-25%	<input type="checkbox"/> Severo / Score 3	<input type="checkbox"/> Trauma craniano, transplante de medula óssea, pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10 ou SAPS 3>45)

Score: *1*  Não se aplica

Total: *1*  Não se aplica

Score: > ou = 3: o paciente apresenta um risco nutricional

Obs: para idoso > 70 anos, adicionar mais 1 ao total

Obs: será considerado com risco nutricional, todo paciente (Adulto) cuja classificação do IMC < 18,5 Kg/m<sup>2</sup> e > 30 Kg/m<sup>2</sup> (OMS,1997)

Obs: será considerado com risco nutricional, todo paciente (Idoso) cuja classificação do IMC < ou = 23 Kg/m<sup>2</sup> e > ou = 30 Kg/m<sup>2</sup> (OPAS,2002)

Score: *0*  Não se aplica

Risco nutricional  Não tem risco nutricional

Score: < 3: o paciente não apresenta um risco nutricional

continua no verso →

Observações: \_\_\_\_\_

ETA: ACEITAÇÃO  
Ruim 0% a 40%  Bom 41% a 70%  Ótimo   
100%  dieta zero  
Oferecendo os alimentos de sua preferência:  Sim  Não

FUNÇÕES ELIMINATÓRIAS:  
Diurese:  presente  ausente  
Evacuação:  presente  ausente há \_\_\_\_\_ dias  
Suplemento:  aceitando  não aceitando  Não faz uso

Nível de assistência:

A doença exige cuidado nutricional específico:  Não  Sim

Nível:  Primário  Secundário  Terciário

Dieta prescrita: clivne

Plano Nutricional: Mantido

Que tipo de orientação recebeu:  Não se aplica  Orientação impressa  Orientação verbal  Orientação impressa

Orientação impressa e verbal

Indicação de suplementação:  Não  Sim Descreva: \_\_\_\_\_

Metas: Ofertar dieta livre conforme prescrição, incluindo aceitabilidade.

Alana Monteiro  
Nutricionista  
CRN 6395

Data: 18/05/17

Hora: 18:56

Nome legível, CRN e visto ou carimbo com CRN e visto

2 de 2

## AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA

**Hospital e Maternidade Promater Ltda**  
**Atendimento:** 1216419 **Lei:** ENF DUPLA 225 A  
**Nome completo:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
**Dt. de Nasc.:** 11/11/1981 **Idade:** 35a 6m 10d **Sexo:** M  
**Convênio:** AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE  
**Data e hora da Admissão:** 18/05/2017 00:39:35  
**Dir. méd.:** Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM:3357

FISIOTERAPIA

Diagnóstico:	3º DPO de corrimento de fratura de tibia e fíbula E				
História da doença atual:	Pct relata que sofreu acidente de carro há 3 dias				
Antecedentes:	dipreca angiovascular?				
Sinais Vitais:					
FC: 83 bpm	FC: _____ rpm	PAS: 130 X PAD: 90 mmHg	SpO2: 98 %	Altura: _____	Sexo: M
Paciente refere dor?	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Escore (máis sube para baixo)	Descriva local: MIE	
Sedação:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Escore SAS: _____	Escore Glasgow: 15	
<b>Avaliação respiratória:</b>					
Ausculta pulmonar:	MV (+) S/RA				
Padrão respiratório:	<input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Misto	<input type="checkbox"/> Paradoxal	<input checked="" type="checkbox"/> Torácico	
Necessidade de avaliar tosse:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Especifique:	<input type="checkbox"/> Eficaz	<input type="checkbox"/> Ineficaz
Sinais de esforço respiratório:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Produtiva	<input type="checkbox"/> Improdutiva
<input type="checkbox"/> Uso de musculatura acessória	Dispnéia:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Batimento da asa do nariz	<input type="checkbox"/> Tiragem
Escala utilizada: Borg - Escore:	0,0 = nenhuma	0,5 = muito, muito leve	1 = muito leve	2 = leve	
<input type="checkbox"/> 3 = moderada	4 = Um pouco forte	5 = Forte	6 = Forte	7 = Muito forte	
<input type="checkbox"/> 8 = Muito forte	9 = Muito, muito forte	10 = Máxima			
Uso domiciliar de oxigênio:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Uso de ventilação não invasiva domiciliar:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Admitido nesta instituição em uso de ventilação mecânica invasiva:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Equipamento:					
Tracheostomia:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Número da cânula:	Especifique - Pressão de cuff: _____	
Tubo orotraqueal:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Número da cânula:	Data intubação: / /	Data extubação: / /
Oxigenoterapia:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Fluxo ou FiO2:		
Forma de administração de oxigênio:	<input type="checkbox"/> Catéter nasal	<input type="checkbox"/> Macro nebulização	<input type="checkbox"/> Máscara com reservatório		
<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica não invasiva	<input type="checkbox"/> Venturi	Peso ideal: _____ kg	Especifique - Pressão de cuff: _____		
Modalidade ventilatória:					
Parâmetros ventilatórios:					
Pressão inspiratória: _____ cmH2O	PEEP: _____ cmH2O	FiO2: _____ %	VC: _____ ml		
Outros:					
<b>Avaliação motoria:</b>					
Alteração de força muscular:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sem condições de avaliar	<input type="checkbox"/> Sim	Se sim especifique:	
Local:	Grau: _____				
Local:	Grau: _____				
Local:	Grau: _____				
Déficit neurológico:	<input type="checkbox"/> Hemiparesia D	<input type="checkbox"/> Hemiparesia E	<input type="checkbox"/> Hemiplegia D	<input type="checkbox"/> Hemiplegia E	
Se outros especifique:					
Tônus muscular:	<input type="checkbox"/> Hipertônico	<input type="checkbox"/> Hipotônico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal		
Alteração de sensibilidade:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sem condições de avaliar	<input type="checkbox"/> Sim		
Descreva:					
Deformidades:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			
Descreva:					
Funcionalidade antes da admissão hospitalar:	<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Independente	<input checked="" type="checkbox"/> Necessita assistência		

**Objetivos do tratamento:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Realizar higiene brônquica                                     | <input type="checkbox"/> Realizar reexpansão pulmonar     | <input type="checkbox"/> Prevenir complicações respiratórias    |
| <input type="checkbox"/> Reduzir desconforto respiratório                               | <input type="checkbox"/> Realizar desmame ventilatório    | <input type="checkbox"/> Promover sincronia paciente/ventilador |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prevenir complicações do imobilismo                 | <input checked="" type="checkbox"/> Manter força muscular | <input type="checkbox"/> Aumentar força muscular                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Manter ou aumentar amplitude do movimento articular | <input type="checkbox"/> Treinar propriocepção            | <input type="checkbox"/> Prevenir TEV                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reduzir dor   |   | <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente/ familiar |
| <input type="checkbox"/> Outros: Descrever  |   |   |

**Condutas:** *Fisioterapia motora*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manobras higiene brônquica                                      | <input type="checkbox"/> Manobras de reexpansão pulmonar     | <input type="checkbox"/> Exercícios respiratórios                     |
| <input type="checkbox"/> Inspirômetro de incentivo                                       | <input type="checkbox"/> Orientação/ estímulo de tosse       | <input type="checkbox"/> Aspiração de vias aéreas                     |
| <input type="checkbox"/> Ventilação não invasiva   | <input type="checkbox"/> Ajuste de parâmetros ventilatórios  | <input type="checkbox"/> Cálculo de complacência pulmonar             |
| <input type="checkbox"/> Cálculo de resistência pulmonar                                 | <input type="checkbox"/> Manobra de recrutamento alveolar    | <input type="checkbox"/> Extubação                                    |
| <input type="checkbox"/> Exercício com pressão positiva para pacientes traqueostomizados | <input checked="" type="checkbox"/> Posicionamento           | <input type="checkbox"/> Estimulação sensório motora global           |
| <input type="checkbox"/> Reeducação tóraco abdominal                                     | <input type="checkbox"/> Exercícios ativos                   | <input type="checkbox"/> Mobilização passiva global                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Exercícios ativos assistidos                         | <input type="checkbox"/> Estímulo a deambulação              | <input type="checkbox"/> Exercícios resistidos                        |
| <input type="checkbox"/> Treino de marcha  | <input type="checkbox"/> Movimentação passiva contínua (CPM) | <input type="checkbox"/> Cicloergômetro para membros inferiores       |
| <input type="checkbox"/> Neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS)                   |  | <input type="checkbox"/> Eletroestimulação funcional (FES)            |
| <input type="checkbox"/> Ultrason (US)   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Orientações ao paciente/ familiar |
| <input type="checkbox"/> Outros: Descrever   |  |   |

**Complemento da avaliação:**

\* Peti relatando dor em todo o MTE, mais um região abais do joelho e medial do tornozelo. Segundo ele, a restrição do movimento se de, principalmente, pelo edema.

\* Realizo conduta leve, dava orientações com sedeção a fisioterapia, posicionamento do membro e exercícios miofuncionais.

**Metas:** *Evitar complicações do imobilismo, algeria, melhora/ prevenir perda de ADM*

Reavaliar em: 23/05/17

Data: 22/05/17 Hora: 17:20

*Ana Cláudia de Oliveira  
Fisioterapeuta  
CRF-SP 0425-F*

Nome legível, CREFITO e visto ou carimbo com CREFITO e visto

2 de 2

## EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

**Hospital e Maternidade Progester Ltda**  
**Atendimento:** 1216419 **Leito:** DUPLA 225 A  
**Nome completo:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
**Dt. de Nasc.:** 11/11/1981 **Idade:** 35a 6m 11d **Sexo:** M  
**Convênio:** AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE  
**Data e hora da Admissão:** 18/05/2017 00:39:35  
**Dir. méd.:** Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES **CRM:** 3357

FISIOTERAPIA

Diagnóstico:	Nº 60 corneal feridas tisiva + fratura				
Sinais Vitais:	FC: <u>60</u> bpm	FR: <u>20</u> rpm	PAS: <u>132</u> X PAD: <u>80</u> mmHg	SpO2: <u>97</u> %	
Paciente refere dor?	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Escore: <u>5</u>	Descriva local: <u>PE (depois de 60m)</u>	
Sedação:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Escore SAS: _____	Escore Glasgow: <u>15</u>	
<b>Avaliação respiratória:</b>					
Realizou a avaliação respiratória:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Ausculta pulmonar: _____		
Padrão respiratório:	<input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Misto	<input type="checkbox"/> Paradoxal	<input type="checkbox"/> Torácico	
Necessidade de avaliar tosse:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Especifique: <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Improdutiva		
Sinais de esforço respiratório:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Batimento da asa do nariz	<input type="checkbox"/> Tiragem	<input type="checkbox"/> Fúrcula
<input type="checkbox"/> Uso de musculatura acessória	Dispneia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Escala utilizada: Borg - Escore:	<input type="checkbox"/> 0,0 = nenhuma	<input type="checkbox"/> 0,5 = muito, muito leve	<input type="checkbox"/> 1 = muito leve	<input type="checkbox"/> 2 = leve	
<input type="checkbox"/> 3 = moderada	<input type="checkbox"/> 4 = Um pouco forte	<input type="checkbox"/> 5 = Forte	<input type="checkbox"/> 6 = Forte	<input type="checkbox"/> 7 = Muito forte	
<input type="checkbox"/> 8 = Muito forte	<input type="checkbox"/> 9 = Muito, muito forte	<input type="checkbox"/> 10 = Máxima			
Oxigenoterapia:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Fluxo ou FiO2: _____		
Forma de administração de oxigênio:	<input type="checkbox"/> Catéter nasal		<input type="checkbox"/> Macro nebulização	<input type="checkbox"/> Máscara com reservatório	
<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica não invasiva	<input type="checkbox"/> Venturi		<input type="checkbox"/> Outros: _____		
Traqueostomia:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Número da cânula: _____	Pressão de Cuff: _____	
Tubo orotraqueal:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Número da cânula: _____	Data intubação: <u>/ /</u>	Data extubação: <u>/ /</u>
Ventilação mecânica:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Invasiva	<input type="checkbox"/> Não invasiva	
Equipamentos:					
<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica invasiva	Peso ideal: _____ Kg	Especifique - Pressão de cuff: _____			
Modalidade ventilatória:					
<b>Parâmetros ventilatórios:</b>					
Pressão inspiratória: _____ cmH2O	PEEP: _____ cmH2O	FiO2: _____ %	VC: _____ ml		
Outros:					
Indicação para realizar teste de respiração espontânea:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			
Resultado:					
Indicação para realizar ventilação não invasiva:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			
Parâmetro:					
<b>Avaliação motora:</b>					
Realizou a avaliação motora:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim			
Alteração de força muscular:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sem condições de avaliar	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Se sim especifique:	
Local: <u>NIE</u>	Grau: <u>2-3 - devido a dor e edema</u>				
Local: _____	Grau: _____				
Local: _____	Grau: _____				
Indicação para mobilização fora do leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Realizado procedimento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Justifique: <u>o gesto motor é realizado de forma</u>					
<b>Conduta:</b>	<u>Fisioterapeuta</u>				
<input type="checkbox"/> Manobras de higiene brônquica: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Manobras de reexpansão pulmonar: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Treino de marcha: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Exercícios respiratórios: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Aspiração de vias aéreas: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Ventilação não invasiva: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Mobilização fora do leito: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Analgesia: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Orientações: Descreva: _____					
<input type="checkbox"/> Outros: Descreva: _____					

Complemento das condutas: longos e exercícios suavizados  
mais leve e suave, e promovem

Planejamento terapêutico - Descrever metas do tratamento: entre exercícios  
musculares; melhorar a sua muscula; (postura)  
promover a dor, e reduzir o estresse

Reavaliar em 23/05/12

Data: 23/05/12

Hora: 15

  
Nome legível, CREFITO é visto ou carimbo com CREFITO é visto  
CREFITO

**Hospital e Maternidade Promater Ltda**  
**Atendimento:** 1216419 **Leito:** INF DUPLA 225 A  
**Nome completo:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
**Dt. de Nasc.:** 11/11/1981 **Idade:** 35a 6m 11d **Sexo:** M  
**Convênio:** AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE  
**Data e hora da Admissão:** 18/05/2017 00:39:35  
**Dir. méd.:** Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM:3357

## EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA

Diagnóstico: 5º DPO de correção de fratura de tibia e fibula (E)

Sinais Vitais: FC: 88 bpm FR: 18 rpm PAS: 120 X PAD: 80 mmHg SpO2: 98 %

Paciente refere dor?  Não  Sim Escore: leve Descreva local: tornozelo (E)

Sedação:  Não  Sim Escore SAS: \_\_\_\_\_ Escore Glasgow: 15

### Avaliação respiratória:

Realizou a avaliação respiratória:  Não  Sim Ausculta pulmonar: \_\_\_\_\_

Padrão respiratório:  Abdominal  Misto  Paradoxal  Torácico

Necessidade de avaliar tosse:  Não  Sim Especifique:  Eficaz  Ineficaz  Produtiva  Improdutiva

Sinais de esforço respiratório:  Não  Sim  Batimento da asa do nariz  Tiragem  Fúrcula

Uso de musculatura acessória Dispnéia:  Não  Sim

Escala utilizada: Borg - Escore:  0,0 = nenhuma  0,5 = muito, muito leve  1 = muito leve  2 = leve

3 = moderada  4 = Um pouco forte  5 = Forte  6 = Forte  7 = Muito forte

8 = Muito forte  9 = Muito, muito forte  10 = Máxima

Oxigenoterapia:  Não  Sim Fluxo ou FiO2: \_\_\_\_\_

Forma de administração de oxigênio:  Catéter nasal  Macro nebulização  Máscara com reservatório

Ventilação mecânica não invasiva  Venturi  Outros: \_\_\_\_\_

Tracheostomia:  Não  Sim Número da cânula: \_\_\_\_\_ Pressão de cuff: \_\_\_\_\_

Tubo orotráqueal:  Não  Sim Número da cânula: \_\_\_\_\_ Data intubação: / / Data extubação: / /

Ventilação mecânica:  Não  Invasiva  Não invasiva

### Equipamentos:

Ventilação mecânica invasiva Peso ideal: \_\_\_\_\_ Kg Especifique - Pressão de cuff: \_\_\_\_\_

### Modalidade ventilatória:

**Parâmetros ventilatórios:** Pressão inspiratória: \_\_\_\_\_ cmH2O PEEP: \_\_\_\_\_ cmH2O FiO2: \_\_\_\_\_ % VC: \_\_\_\_\_ ml

Outros: \_\_\_\_\_

Indicação para realizar teste de respiração espontânea:  Não  Sim

Resultado: \_\_\_\_\_

Indicação para realizar ventilação não invasiva:  Não  Sim

Parâmetro: \_\_\_\_\_

### Avaliação motora:

Realizou a avaliação motora:  Não  Sim

Alteração de força muscular:  Não  Sem condições de avaliar  Sim Se sim especifique:

Local: MTE Grau: 2

Local: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_

Indicação para mobilização fora do leito:  Não  Sim Realizado procedimento:  Não  Sim

Justifique: \_\_\_\_\_

**Conduta:** Fisioterapeuta

- Manobras de higiene brônquica: Descreva: \_\_\_\_\_
- Manobras de reexpansão pulmonar: Descreva: \_\_\_\_\_
- Treino de marcha: Descreva: \_\_\_\_\_
- Exercícios respiratórios: Descreva: \_\_\_\_\_
- Aspiração de vias aéreas: Descreva: \_\_\_\_\_
- Ventilação não invasiva: Descreva: \_\_\_\_\_
- Mobilização fora do leito: Descreva: \_\_\_\_\_
- Analgesia: Descreva: \_\_\_\_\_
- Orientações: Descreva: \_\_\_\_\_
- Outros: Descreva: \_\_\_\_\_

Complemento das condutas: exercício 2tron - assistido de MIE + MIA patelar  
e entornogelo (E) + Alongamentos.

Planejamento terapêutico - Descrever metas do tratamento: melhorar ADL e força muscular.

Reavaliar em: 25/05/12

Data: 24/05/12 Hora: 18:40

Nome legível, CREFITO e visto ou carimbo com CREFITO e visto

*Carine Fernandes de Souza*  
ESPECIALIZADA  
CREFITO 15507-F

## DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

(Preencher quando não houver estiquetas)

No: **Hospital e Maternidade Promate Ltda**  
 Atendimento: 1216419 Leito: ENF DUPLA 225 A  
 No: **Anderson Marcio de Oliveira Miranda**  
 Dt. de Nasc.: 11/11/1981 Idade: 35a 6m 6d Sexo: M  
 Da: **Convênio: AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE**  
 Da: **Data e hora da Admissão: 18/05/2017 00:39:35**  
 Da: **Dir. méd.: Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM:3357**  
 No

Diagnóstico pré operatório:	<i>Fratura de Perna fechada</i>			
Diagnóstico pós operatório:	<i>Fratura de Perna - fechada</i>			
Cirurgia proposta:				
Cirurgia realizada:				
Cobrança: (Preenchimento obrigatório para faturamento)				
Código AMB/TUSS	Cirurgia realizada	Via de acesso		
		<input type="checkbox"/> Mesma via	<input type="checkbox"/> Via diferente	
		<input type="checkbox"/> Mesma via	<input type="checkbox"/> Via diferente	
		<input type="checkbox"/> Mesma via	<input type="checkbox"/> Via diferente	
		<input type="checkbox"/> Mesma via	<input type="checkbox"/> Via diferente	
Equipe cirúrgica:				
Cirurgião:	<i>Dr. Ricardo Araújo</i>	CRM 5001 TEOT 11295	<b>Cobrança honorários médicos</b>	
1º auxiliar:	<i>Maria Adriana</i>	70	<input type="checkbox"/> Via Hospital	
2º auxiliar:			<input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica	
3º auxiliar:			<input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica	
4º auxiliar:			<input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica	
Anestesiologista:	<i>IGOR PIGNATARO</i>		<input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica	
Perfusionista:			<input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica	
Instrumentador:			<input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica	
Grau de contaminação:				
<input type="checkbox"/> Limpo	<input type="checkbox"/> Potencialmente contaminado	<input type="checkbox"/> Contaminado	<input type="checkbox"/> Infectado	
Profilaxia Antimicrobiana:				
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Antibiotico: <input type="checkbox"/> Cefazolina	<input type="checkbox"/> Cefuroxima	
<input type="checkbox"/> Outros: _____				
Duração da Profilaxia:	<input type="checkbox"/> Dose Única	<input type="checkbox"/> 24 horas	<input type="checkbox"/> 48 horas	<input type="checkbox"/> Outros: _____
Exames solicitados:				
Anatomopatológico:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Congelação	<input type="checkbox"/> Peça cirúrgica	
Local:	Tecido: _____			Nº de peças: _____
Descrição da peça:				
Cultura:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Descrição: _____	
Intercorrências/ Complicações:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	(descrever na descrição da cirurgia)	
Houve perda sanguínea maior que o esperado para o procedimento:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		

Descrição dos materiais especiais utilizados:

- 1- 01 Fio Guia hóuso 01.000011.
- 2- 01 Fio Guia Fita 12.
- 3- 01 NASTE NEDZON T1310 01.0000340
- 4- 01 TAMPÃO ZENO 14.
- 5- 02 PARAFUSA DE BLOCO 01.0000405 35/1 - 45/1
- 6- 02 Parafuso de BLOCO 01.0000510 35/1 - 45/1
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-
- 11-
- 12-
- 13-
- 14-
- 15-
- 16-
- 17-
- 18-
- 19-
- 20-

Dr. Ricardo Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5001 TEOT 11295

Descrição da cirurgia:

*Palmar em decúbito. Dorsal sob anseus  
Assistido + Apoio em RL MIE: Câncer  
Cervical, Tumor. Fissura venosa da  
Perna, tumor de Pern. Pernas de ferro  
com fratura transversa + obliqua + com  
osso + suprimento periférico + com  
osso + suprimento periférico + com*

Dr. Ricardo Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5001 TEOT 11295

Dr. Mário Arnaldo M. de Abreu  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5476 CPF: 000.976.814-42

Data: / /

Hora: : :

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

2 de 2

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

(Preencher quando não houver etiqueta)

✓ **Hospital e Maternidade Promater Ltda**  
**Atendimento:** 1216419 **Leito:** ENF DUPLA 225 A  
**Nome completo:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
**Dt. de Nasc.:** 11/11/1981 **Idade:** 35a 6m 6d **Sexo:** M  
**Convênio:** AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE  
**Data e hora da Admissão:** 18/05/2017 00:39:35  
**Dir. méd.:** Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM:3357

Importante: Inicie cada novo registro com a data e hora.  
Ao término de cada registro é obrigatório: assinatura e carimbo com COREN.

18/05/17 as 00:40h - Paciente admitido neste serviço, proveniente do interior do estado, através de ambulância, em mace, após ser vítima de acidente automobilístico com natureza em MTE sendo solicitado internamento para tratamento cirúrgico aos cuidados da ortopedia. Ege, consciente, orientado, em D2 ambiente, AIP em NSD mobilizando HV, sstvo estóicos, dicto oral, nega alergia medicamentosa e comorbidades. Segue em observação da equipe. ↑ Telefone 301857

## TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Motivo da Transferência: Intervenção cirúrgica ortopédica  
Origem: Urgência ortopédica Destino: Clinica Cardiológica  
Diagnóstico principal: Fratura em tíbia + fibula (E)  
Precaução:  NA  Padrão  Contato  Aerossóis  Gotículas  
Risco:  NA  Queda  UPP  Flebite  Extubação  
 Perda de SNGE  
Protocolo de Dor:   
Pendências: NA  Avaliação médica  Exame  Banho  Preparo para cirurgia  
 Equipe multidisciplinar:  
 Medicamento: Ver prescrição  
Intercorrência:  
Recomendação: Agendar autorizar OPMT

## ORIGEM DO PACIENTE

Felizde Marin  
Nome legível, Coren e visto ou carimbo com Coren e visto  
Data: 18/05/17 Hora: 00: 40  
Versão 002/2014 - 178688

## DESTINO DO PACIENTE

Nome legível, Coren e visto ou carimbo com Coren e visto  
Data: 18/05/17 Hora: 00: 40  
1 de 1

18/05/17 - 01:22 Paciente admitido neste setor cardiológico, proveniente do PS adulto, em mace, acompanhado de amigos e familiares, com natureza em tibia + fibula "E", solicitado instrumentos para Ilt cirú

*Importante: Inicie cada novo registro com a data e hora.  
Ao término de cada registro é obrigatório: assinatura e carimbo com COREN.*

Agente Martinho Pinheiro Junior  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RN 1109501  
Agente Martinho Pinheiro Junior  
Técnico de Enfermagem

Agostinho Martins Pinheiro Junior  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RN 1109508

18.05.17 - 06h - Búzios - aquando procedimento na  
cerca acima referente fomos autorizados assim ministras  
deverem os credenciais da imprensa em! Colmunistas  
especial fomos IFAT e ABS a, Chama! fomos sempre se  
Técnico de enfermagem  
CORREN 1109500  
Técnico de enfermagem  
CORREN 1109500

18.05.17 - 07:00hs Recebo paciente em TTT pre-encangiado ortopédico + protese de tibia e fibula em RNTTE HVPa 14gts/hm<sup>2</sup>

18.05.17 - 08:00 hs. Acha ocorrências Samp + ABD Elizenilma Maria da S<sup>a</sup>  
Téc. em Hermagor COREN/RN 998.922

10ml EV + dipersone Jamp + ABS 20ml EV. COREN 998.977.122  
18.05.17. 10:00h Adm esmolol 1FA + 10ml de ABS EV. Elenilma Maria da  
Alessandra Ferreira Marinho, Tec. em enfermagem, COREN 998.977.122

+ thermal lamp + SFD, 97. 100 EV. COREN/RN: 383.707 COREN/RN 998.922, Elizentima Maria da Téc. em Enfermagem COREN/RN 998.9

este. Eugene social + causa celebrada + corporal + int.  
mais + Eugene da eleição com acho foi. + troca  
de roupa personal + roupa da causa.

18.05.17 - 16:00hs - Acha dispnea constante + 16ml de sputo

18.05.17 18:00 hrs - Adm. Transal Jamp + SF091. JOCOM  
Elizentilma Marin  
Tec. em Enfermagem RN 9

EV + regozilene 1g / FA + 10ml de HSS a 18.05.17 - 18:15 hs paciente segue aos cuidados de equipe de plantão.

18.05.17. 20h - Paciente em Pró - de - cirurgia de hatarca de tibia + fibia exp, na HUP 33m, consciente, com O2 com brik, com suspeito no leito, acitando a auto ofuscada, deixar cintos, no vejicosa os ssur, segue as condicoes

18.05.17 - 22h - vac minin ('SI exito).  
19.05.17. 24h - administrado decadron 4mg - 25ml +  
1000ml) + d'ns' 1000 20ml + 8 AMPO (V).



## SINISTRO 3170522363 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO

SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

**CPF/CNPJ:** 01214585477

**Posição em 31-10-2018 16:07:55**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/10/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50