

EXMO(A) SR(A). JUÍZ(A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE JUAZEIRO DO NORTE - CE.

AÇÃO DE COBRANÇA DE SALDO REMANESCENTE DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT POR INVALIDEZ PERMANENTE

WAGNER SILVA SANTANA, brasileiro, solteiro, jogador de futebol, inscrito no RG: 2008383112-0 SSP-CE e no CPF: 069.900.433-00, não dispõe de endereço eletrônico, residente e domiciliado na Rua Pedro Bispo dos Santos, Nº 206, Santo Antônio, na cidade de Juazeiro do Norte - CE, CEP: 63050-140. Vem, perante Vossa Excelência, por meio de seus advogados com procuração em anexo propor a presente ação de cobrança em face da **SEGURADORA LIDER (CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, CNPJ, 09.248.689/0001-04, com endereço na RUA DA ASSEMBLEIA, Nº 100, 16º ANDAR, BAIRRO CENTRO, RIO DE JANEIRO-RJ, CEP: 20011-904.**, pelos fatos, motivos e fundamentos a seguir articulados:

PRELIMINARMENTE:

Requer os benefícios da justiça gratuita, vez que o autor é pobre na forma da lei, consoante se prova com a documento em anexo, provando-se a miserabilidade do requerente, conforme preceitua a lei.

DOS FATOS:

O autor sofreu acidente automobilístico, em consequência ocasionou grave deformidade permanente, conforme documentos anexos.

Passado o período de internação e incapacidade para trabalhar, o autor requereu indenização do seguro obrigatório DPVAT por **INVALIDEZ PERMANENTE**, pleiteando o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), fora depositado em sua conta apenas parte do valor solicitado, tudo conforme planilha e cópias em anexo.

Ocorre Excelência que o valor de indenização por invalidez permanente é de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, como pleiteado inicialmente pelo autor e conforme cópias em anexo, devendo a requerida pagar a diferença, conforme tabela abaixo, que deve ser atualizado e acrescido de juros de mora e honorários advocatícios.

DATA DO ACIDENTE: 03/09/2017

VALOR RECEBIDO DE INDENIZAÇÃO: 5.906,25

DATA DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: 29/05/2018

DIFERENÇA DEVIDA: 7.593,75

HONORÁRIOS: 1.518,65

TOTAL DEVIDO: 7.593,75

DO DIREITO

Criado pela Lei nº 6.194/74, tem como objetivo garantir às vítimas de acidentes de trânsito indenizações em caso de morte, invalidez permanente e despesas médicas, segundo dispositivo transcrito:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (...)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) -

como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas

A jurisprudência se manifesta na seguinte direção:

SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT-AÇÃO DE COBRANÇA-LAUDO DO INSTITUTO MÉDICOLEGAL QUE É PROVA DE INCAPACIDADE PERMANENTE-VALOR

QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MÍNIMOS-FIXAÇÃO LEGAL-LEI Nº6.194/74-QUE NÃO É REVOGADA POR RESOLUÇÃO-CORREÇÃO MONETÁRIA PARTIR DA DATA DO EVENTO-RECURSO IMPROVIDO- O laudo pericial feito pelo instituto médico legal é meio de prova para incapacidade permanente do acidentado para fins de recebimento do seguro obrigatório conforme lei 6.194/74. As leis 6.205/75 e 6.423/77 não vieram a revogar a lei 6.194/74, que define em salários mínimos o valor da indenização devida em razão decorrente de acidente automobilístico (DPVAT). Resoluções do Conselho Nacional de seguros Privados (CNSP) não podem contrariar ou limitar o valor da indenização fixado por lei. O valor da indenização relativa a seguro obrigatório deve ser corrigido monetariamente a partir da data do sinistro. (TJMS-AC 2005011333-8/0000-00 Campo Grande-1ª T. cível- Rel. Des. Jorge Eustácio da Silva da Silva- P. 06/12/2005.

Destaca-se que a lei não faz distinção quanto ao grau de incapacidade, basta ser configurada, de modo efetivo, a invalidez permanente, ainda que parcial, para que o segurado faça jus ao seguro obrigatório, conforme art. 20 da Lei nº 6.194/74 e alterações posteriores.

DO PEDIDO

- a) A citação da ré para contestar a ação, sob pena da revelia;
- b) Designação de audiência conciliatória;
- c) Requer a **PROCEDENCIA da ação**, condenando à promovida ao pagamento do **TETO DA TABELA DO SEGURO DPVAT** no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.
- d) **SUBSIDIARIAMENTE**, caso o entendimento de Vossa Excelência, não seja pela aplicação do TETO DA TABELA do seguro DPVAT, que a Seguradora seja condenada ao pagamento da diferença, no valor de **R\$ 7.593,75 (sete mil quinhentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos)** conforme enquadramento na tabela do demonstrativo do débito, com correção monetária e juros de 1% (um por cento) ao mês desde a citação e correção monetária a contar da data do evento danoso.
- e) Condenar a ré ao pagamento de honorários advocatícios no valor de 20% do valor da causa, além dos encargos decorrentes da sucumbência;
- f) Os benefícios da justiça gratuita;

Protesta por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente pelo depoimento da Reclamada, seus representantes legais ou na de quem suas vezes o fizer e tiver capacidade e autorização legal para receber a notificação em espécie, perícia, sindicância, juntada de novos documentos, inspeção judicial e tudo que se fizer necessário para elidir prova em contrário, inclusive juntada posterior do rol de testemunhas.

Para efeitos de alçada da o valor da causa em **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Nestes termos, P. Deferimento.

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 2019.

LAZARO VICTOR DE SOUSA
ADVOGADO
OAB/CE 40.334

ROMULLO STHEFANIO DOS SANTOS
ADVOGADO
OAB/CE 40.615



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: WAGNER SILVA SANTANA
DATA DE NASCIMENTO: 14/11/97 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
CPF: 069.900.433-00 RG: 2008383112-8 PROFISSÃO: JOGADOR FUTEBOL
ENDEREÇO: RUA PEDRO BISPO DOS SANTOS Nº 206
BAIRRO: SÃO ANTONIO CIDADE/ESTADO: JUAZEIRO DO NORTE - CE

OUTORGADOS: LAZARO VICTOR DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 40.334 e Dr. ROMULLO STHEFANIO DOS SANTOS, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 40.615, ambos com escritório profissional localizado na Avenida Ailton Gomes, Nº 2358, sala nº 103, 1º andar, CEP.: 63034-012, Pirajá, Juazeiro do Norte – CE.

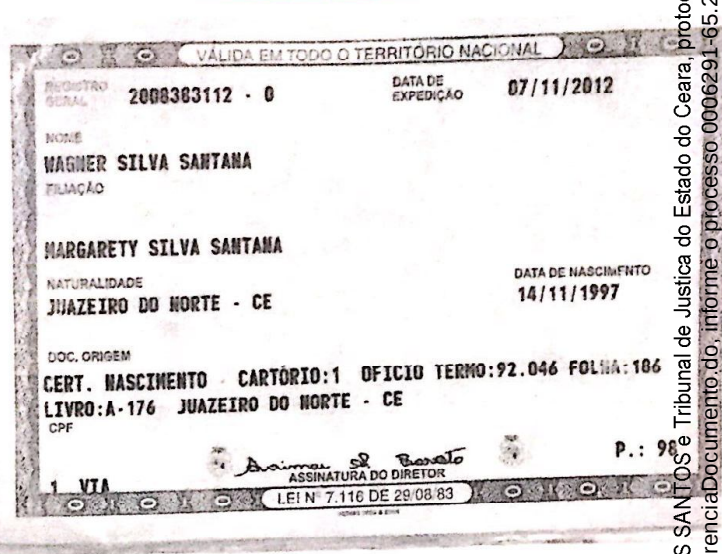
PODERES: O(a) outorgante confere aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com cláusula “*ad judicium et extra*”, para representá-lo(s)(a) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA:

O(a) outorgante declara, que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Juazeiro do Norte - CE, 21 de FEVEREIRO de 2019.

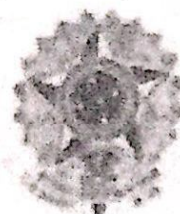
Wagner Silva Santana





MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Fisicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

069.900.433-00

Nome

WAGNER SILVA SANTANA

Nascimento

14/11/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

2º Via

Nº de Inscrição:

0022238433

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARGARETY SILVA SANTANA

End. Leitura: RU PEDRO BISPO DOS SANTOS, 206, SANTO ANTONIO

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63.050-140

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 009

Quadra: 0023

Lote: 0236

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Media Semestral (m³)
AGUA	A11F217937	1272	1286	14	22

DATAS

Leitura Atual: 17/02/2018

Emissão: 26/02/2018

Lacre Água: 2438076

Leitura Anterior: 17/01/2018

Próxima Leitura: 20/03/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	141	141	022	141	141
Analisadas	144	144	144	144	144
Em conformidade	134	127	124	133	144

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	40,82	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
TRANSF. LIG. DE ÁGUA	14,00	FEV/2017	12	0
ATENDIMENTO(S): [126749844]		MAR/2017	13	0
		ABR/2017	14	0
		MAI/2017	34	0
		JUN/2017	31	0
		JUL/2017	28	0
		AGO/2017	20	0
		SET/2017	25	0
		OUT/2017	36	0
		NOV/2017	23	0
		DEZ/2017	17	0
		JAN/2018	15	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,52
COFINS	2,62

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	68,18
VALOR DO SUBSÍDIO	13,36
VALOR TOTAL A PAGAR	54,82

MÊS/ANO
02/2018VENCIMENTO
06/03/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
54,82

EMIÇÃO : ATENDIMENTO VIRTUAL 26/02/2018 01:28:20



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 2115 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/02/2018 14:09:13**
Data / Hora da Ocorrência: **03/09/2017 01:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA AILTON GOMES**
Complemento:
Bairro: **LAGOA SECA** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PARQUE ECOLÓGICO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **WAGNER SILVA SANTANA**
Nascimento: **14/11/1997** CPF: **069.900.433-00**
RG: **2008383112-0** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARGARETY SILVA SANTANA**
Endereço: **RUA PADRE BISPO DOS SANTOS, 206**
Bairro: **SANTO ANTONIO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98877-6753**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMA4435** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2HB0210FR032135 Renavam: **1054710160** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2015**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
CICERO JARDEL DA S TEIXEIRA Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DISSE: QUE na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, acima descrito, ANEXA CÓPIA DO CRLV, quando, por estar cansado devido ter passado o dia todo treinando futebol de campo e a noite ter trabalhado como vigilante, acabou cochilando e por essa razão colidiu frontalmente com um poste; QUE NÃO É HABILITADO, por essa razão deixa anexas cópias de duas testemunhas: MARGARETY SILVA SANTANA, genitora da vítima, residente no mesmo endereço dela e a pessoa de JOSÉ ROBÉRIO DA SILVA, residente na rua Marieta França de Menezes, nº 221, Santo Antônio, nesta cidade; QUE foi socorrido pelo SAMU, ANEXA CÓPIA DA CERTIDÃO; QUE deu entrada no HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, e conforme PRONTUÁRIO Nº 100045 [CÓPIA ANEXA], a vítima foi diagnosticada com traumatismo não especificado, sendo submetido a exames de raio X; QUE no dia 10/09/2017 procurou o HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, na cidade de Barbalha/CE, atendimento nº 405382, onde ficou internado por causa de hematoma epidural frontal esquerdo e leve hemorragia subaracnóide; QUE no dia 22/09/2017 foi submetido à cirurgia de osteossíntese da fratura do osso zigomático e osteossíntese da fratura complexa da mandíbula; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 20/02/2018 14:25:52

x Wagner Silva Santana



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 2115 / 2018

de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. E nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente Boletim de Ocorrência

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

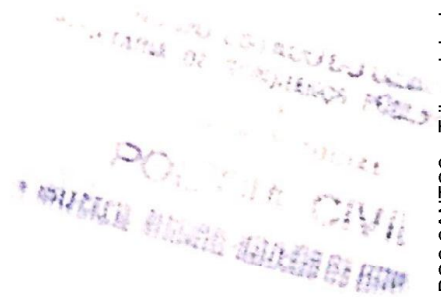
MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Wagner Silva Santana

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: WAGNER SILVA SANTANA Admissão: 15/09/2017 12:41
Pront.: 100045 Data Nasc.: 14/11/1997 Idade: 19 ano(s) 10 mes(es) e 1 dia(s) Tel.: 88 98877-6753
Mãe: MARGARETY SILVA SANTANA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: SALESIANOS
Endereço: RUA PEDRO BISPO 206

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: BRANCO Classificador MARIA GLEYCIANNE SAMPAIO MUNIZ Horário 15/09/2017 12:43
Queixa: PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL SANTO ANTONIO PARA AVALIAÇÃO COM O BUCOMAXILO
Iuxograma: NÃO INFORMADO
Discriminador:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI CRM: 6046 Nº: 390848 Horário 15/09/2017 13:44
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE MANDIBULA
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI CRO: 6046 Nº: 390848 Horário 15/09/2017 13:44
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico:
Comorbidade: NEGA
HDA/Exame Físico:
PACIENTE RETORNA APÓS ALTA DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO. DEU ENTRADA NO HRC EM 03/09/17 E APÓS 7 DIAS FOI TRANSFERIDO AO H.S.A. E REGRESSOU NA DATA DE HOJE. SOLICITO RESGATE DE TC PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES PRÉVIAS AO TRAUMA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: WAGNER SILVA SANTANA

Prontuário: 100045 Admissão: 05/10/2017

Data Nasc.: 14/11/1997 Idade: 19 ano(s) 10 mes(es) e 21 dia(s)

Sexo: Masculino RG:

Mãe: MARGARETY SILVA SANTANA

Telefone: (88) 98877-6753

Endereço: RUA PEDRO BISPO 206

Bairro: SALESIANOS

CEP:

ATENDIMENTO

Médico: IVO CAVALCANTE PITA NETO

CRO: 4479

Nº Atendimento: 393561

Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 15 dia(s)

HDA/Exame Físico:

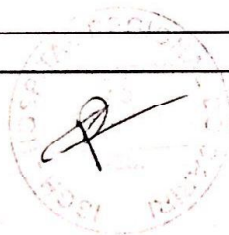
pos-op de 15 dias de fratura de mandíbula e maxila. boa evolução cicatricial. cd1- retorno com 15 dias

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------



Dr. Ivo Pita
Otorrinolaringologista e Traumatologista
Especialista em Otorrinolaringologia
CRO-CE 4479

Assinatura do Médico
CRO-CE 4479

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: WAGNER SILVA SANTANA Admissão: 15/09/2017 12:41
Pront.: 100045 Data Nasc.: 14/11/1997 Idade: 19 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 88 98877-6753
Mãe: MARGARETY SILVA SANTANA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP Bairro: SALESIANOS
Endereço: RUA PEDRO BISPO 206

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: BRANCO Classificador MARIA GLEYCIANNE SAMPAIO MUNIZ Horário 15/09/2017 12:43
Queixa: PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL SANTO ANTONIO PARA AVALIAÇÃO COM O BUCOMAXILO
Fluxograma: NÃO INFORMADO
Discriminador: .
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI CRM: 6046 Nº: 390848 Horário 15/09/2017 13:44
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE MANDIBULA
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 16/09/2017 14:56

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI CRO: 6046 Nº: 390848 Horário 15/09/2017 13:44
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico:
Comorbidade: NEGA
HDA/Exame Físico:

PACIENTE RETORNA APÓS ALTA DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO. DEU ENTRADA NO HRC EM 03/09/17 E APÓS 7 DIAS FOI TRANSFERIDO AO H.S.A. E REGRESSOU NA DATA DE HOJE. SOLICITO RESGATE DE TC PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA . NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES PRÉVIAS AO TRAUMA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 16/09/2017 14:56

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: WAGNER SILVA SANTANA Admissão: 03/09/2017 02:14
Pront.: 100045 Data Nasc.: 14/11/1997 Idade: 19 ano(s) 9 mes(es) e 19 dia(s) Tel.: 88 98877-6753
Mãe: MARGARETY SILVA SANTANA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: SALESIANOS
Endereço: RUA PEDRO BISPO 206

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador EVELINE NAIARA NUVENS OLIVEIRA Horário 03/09/2017 02:25
Queixa: PCT TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO LESÃO CCT EM REGIÃO FONTAL
xograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRUNO DAMASCENO SANTOS SENA CRM: 6 Nº: 389198 Horário 03/09/2017 02:33
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITMA DE COLISAO MOTO X CARRO. POSTE
TRAZIDO PELO SAMU, DESORIENTADO.
A- PERVIAS SEM COLAR CERVICAL
B- MV+ AHT S/RA EUPNEICO
C- FC 100BPM HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.
D- ECG 11
TOXIMOSE PERIORBITAL BILATERAL.
D, PLANO DEPRESSIVEL.
CD- RX DO TRAUMA + TC DE CRANIO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX BACIA AP (0204060095)	03/09/2017 02:36	Sim	Pendente
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	03/09/2017 02:36	Sim	Pendente
RX TORAX (LEITO) (0204030170) =>REX	03/09/2017 02:36	Sim	Pendente

Exame ()
OK!