



Número: **0831501-75.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **22/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FLAVIO LUIZ DA SILVA (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47185964	22/07/2019 12:55	Petição Inicial	Petição Inicial
47186124	22/07/2019 12:55	RG CPF e Procuração	Documento de Identificação
47186130	22/07/2019 12:55	Comprovante de residência e Requerimento Administrativo	Requerimento Administrativo
47186148	22/07/2019 12:55	Prontuarios médicos compressed	Outros documentos

V & V
VELHO & VELHO ADVOCACIA
CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CIVEIS DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE/RN, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

FLAVIO LUIZ DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador do CPF: 060249614-48, RG nº : 2.489.612 ITEP /RN , residente e domiciliado à Rua Vereador Cícero Carlos de Lima, nº 280, Paulo barbalho/Novo Horizonte- Goianinha/RN CEP:59 173-000, vem por seu advogado, conforme procuração anexada (doc. 01), a presença de Vossa Excelência apresentar:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) NOS TERMOS DA LEI Nº 6.194/74, ALTERADA PELA LEI Nº11.482/07 E Nº 11.945/2009

Em desfavor da **PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS**, pessoa jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, com inscrição do CNPJ sob o nº 02.149.205/0001-68, com endereço para receber citação e intimação na Avenida Prudente de Moraes, 4055, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59056-200, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

DA JUSTIÇA GRATUITA

1. Requer, inicialmente, que Vossa Excelência defira os benefícios da Justiça Gratuita, com fulcro na lei 1.060/50, com alterações produzidas pela lei 7.510/86, por não poder arcar com as devidas custas processuais sem que ocorra dano ao seu sustento e de sua família.
2. A parte autora não tem interesse na audiência de conciliação



II-DA COMPETÊNCIA

1. A jurisprudência do STJ consolidou o entendimento de que as ações de reparação de dano sofrido em razão de acidente de veículos, inclusive

em se tratando de seguro obrigatório - DPVAT podem ser ajuizadas **por faculdade do autor**, conforme **prevista no art. 53, V do CPC**.

Neste sentido:

"PROCESSO CIVIL. CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO POR DANOS DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. ARTS. 53, V DO CPC.

“É competente o foro do domicílio do autor ou lugar do fato para as ações que visam à reparação por dano sofrido em razão de delito ou acidente de veículo, aí incluída as aeronaves. A opção é do demandante.

2. Assim, fica claro que nas Ações decorrente de Acidente de trânsito é competente **o foro do domicílio do Autor**, conforme art. 53,V, CPC.

III-DOS FATOS E DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

1. O fato ocorreu no dia **29 de junho de 2018** , conforme boletim de ocorrência em anexo (doc. 02).

1. Cabe ressaltar, Excelência que o autor requereu administrativamente mas nada recebeu , conforme requerimento administrativo em anexo..

1. O referido acidente automobilístico resultou em **lesão palmar da mão esquerda , tendo o mesmo se submetido à intervenção cirúrgica. (doc. 3)**

1. A Suplicante, munido de documentação necessária a que alude ao acidente automobilístico, vem requer o que de direito, qual seja uma diferença do **seguro DPVAT**.



IV. DA LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM:

1. No caso em tela, é de direito do Autor perceber uma indenização por danos pessoais, ante ao seu gravíssimo estado de saúde, ou melhor, devido aos danos causados pelo acidente, visto que **lesão palmar da mão esquerda , tendo o sinistrado se submetido à intervenção cirúrgica (doc. 3)**

2. O art.7º da Lei nº 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no polo passivo que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

3. A referida matéria também é totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.

4. Quanto a legitimação passiva, mostra-se dirimida qualquer sombra de dúvidas, de sorte que qualquer seguradora, que atue no Consórcio do Seguro DPVAT, formados pela reunião das empresas seguradoras e geridos pela seguradora Líder, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

V-DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO:

1. Anota o Art.5.º da Lei 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos, independentemente da existência de culpa, sendo abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

1. Destarte, o§1.º, "a" do mesmo artigo, alterado pela Lei 8.441/92. Assevera que a indenização será paga mediante a apresentação da certidão de óbito, registro de ocorrência no órgão policial competente e prova de qualidade de beneficiários em caso de morte.



1. Reforçando a ideia do artigo acima citado pontifica o art. 7.º Caput, da Lei 6.194/74 estabelecendo que a indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

1. Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

1. Independente do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

“STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.

1. Sendo assim, e incontroverso a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

VI-DO QUANTUM INDENIZATÓRIO

1. A vigente redação da Lei nº 6.194/74 resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os danos por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica nos valores conforme as regras estabelecidas na tabela constante no dispositivo legal supracitado, valor este aferido através de perícia Judicial.

1. Quanto ao valor da causa, cabe ressaltar Vossa Excelência, que o valor recebido pelo autor, a título de indenização do seguro DPVAT, caso haja procedência do pedido, o mesmo só será aferido após a realização da perícia médica. Verifica-se que a parte autora inseriu o valor da causa à quantia de R\$ 1.000,00 (um mil reais) , mas vale salientar que, só após a perícia médica, é que será aferido o valor da indenização, que teoricamente



seria o valor da causa, conforme tabela própria da Seguradora Líder.

VII-DAPERÍCIA

1.

1.

1.

1. Se o douto (a) julgador (a) entender a necessidade que a Autora seja submetido a uma perícia, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo (o) perito (a):

1. Quais as lesões sofridas pelo Autor?

2. As lesões decorreram de acidente de trânsito?

3. Dessas lesões resultou debilidade permanente de membros, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente?

4. Total ou em parte? Havendo, em que percentual?

VIII- DOS HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIAS

Requer ainda, que seja determinado por Vossa Excelência, **a retenção do percentual de 20% (Vinte por cento), referente aos honorários advocatícios sucumbenciais, , expedindo o competente alvará em nome do advogado ora constituído**, com fulcro no art 22, § 4, da Lei 8.906/94, e artigo 85 do CPC.

VIII-DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer:



1. Que sejam deferidos os benefícios da justiça gratuita, conforme Lei nº 1.060/50 e art. 98 do CPC.

1. Determinar a citação da Ré no endereço acima declinado, para que a mesma compareça à Audiência de Conciliação, produzindo a sua defesa, querendo, sob pena de ser decretada a sua revelia e as penalidades decorrentes de tal fato.

1. Entendendo Vossa Excelência necessidade de uma perícia, que sejam respondidos os quesitos do item VII.

1. Julgar a Demanda **PROCEDENTE EM SUA TOTALIDADE**, condenando a Ré a pagar ao Autor uma indenização por invalidez , conforme Laudo Pericial, aplicando a Tabela do seguro DPVAT , acrescido de juros de mora e correção monetária, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal de Justiça.

2. Requer ainda, que seja determinado por Vossa Excelência, **a retenção do percentual de 20% (Vinte por cento), referente aos honorários advocatícios sucumbenciais, , expedindo o competente alvará em nome do advogado ora constituído**, com fulcro no art 22, § 4, da Lei 8.906/94, e artigo 85 do CPC.

1. Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova documental e depoimento pessoal do preposto da Ré, ulterior juntada de documentos e oitivas de testemunhas, se entenderem necessário.

2. A parte autora não tem interesse na audiência conciliatória.

Dá-se a causa o valor de até **R\$ 1.000,00**(Um mil reais).

Nestes Termos,

Pede e espera deferimento.

Natal, 22 de julho de 2019.

CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO



OAB/RN 7.268





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR
Flavio Luiz da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 2.489.612
DATA DE EXPEDIÇÃO 04/06/2003
1.ª VIA
NOME FLAVIO LUIZ DA SILVA

FILIAÇÃO
DAVI LUIZ DA SILVA
TEREZINHA ANSELMO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE
ARES RN

DATA DE NASCIMENTO
05/05/1987

CERT. NASC. Nº 005513 L. 0012 F. 123
ESPÍRITO SANTO RN

DOC. ORIGEM
Fóto de Identificação e Assinatura
Diretor-Geral
LEI Nº 7.112/71

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
Junho/2003

CORREIOS
WWW.CORREIOS.COM

ARUANA SEGURANÇA
20 SET 2003

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
060.249.614-48

Nome
FLAVIO LUIZ DA SILVA

Nascimento
05/05/1987

L & V

LINS & VELHO ADVOCACIA

CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Nome **FLAVIO LUIZ DA SILVA**, brasileiro MOTO TAXI, portador do CPF;06024961448 portador do RG2489612- ITEP / RN, residente e domiciliado a Rua , Vereador cicero carlos de lima , BAIF ,Novo Horizonte Paulo Barbalho 280, GOIANINHA RN , CEP;59173000 ,TEL84992083341

OUTORGADOS: **CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sc nº 7268, com escritório profissional a Rua JOAO PAULO ,267,EDIFICIO CIDADE DO NATAL ,SALA 120 ,CIDA ALTA,NATAL -RN .CEP ;59025500

1. **PODERES:** A quem concedo (emos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, usando, para tanto, os poderes da cláusula "AD JUDICIA E T EXTRA" e mais os especiais para transpor compromissos, fazer acordo, dar quitação, representarmos juntos as repartições Públicas Estaduais, Municipais, Federais, Autárquicas e Sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa judiciais e extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor, total ou parcialmente, receber, dar quitação, bem com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (emos) por bom firme e valioso.
- PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos advogado acima descrito, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre 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.

CONTRATANTE DE HONORARIOS ;ACORDAM APARTES QUE O OUTORGANTE ARCARA COM OS HONORARIOS NO PERCENTUAL DE 30% (TRINTA POR CENTO) AO OUTORGADO ,DO VALOR PERCEBIDO POR AQUELE A QUALQUER TITULO ,POR CONDENAÇÃO OU ACORDO ENTRE PARTES .

NATAL RN _____ de _____ 201 _____

Flavio Luiz da Silva

Rua JOAO PESSOA ,267,EDIFICIO DO NATAL,SALA 120,CIDADE ALTA , NATAL -RN CEP;59025500

Fone/Fax (84) 3272-6277 - 99969-7011 - 98788-4353

Email: dpvatlv@yahoo.com.br





Tarifa Social de Energía Eléctrica: Citada pela Lei 10.438, de 20/07/04

MARCOS BOTCHENINTE LUCAS DA SILVA

CPF: 751.119.424-91 NIS: 16379818732

CLASSE SOCIAL
B1-RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL 010254699

SÉRIE ÚNICA

EMIÇÃO 02/08/2018

APRESENTAÇÃO	N.º DO CLIENTE	N.º DA INSTALAÇÃO
02/08/2018	301015174B	261226

CONTA CONTATO	7001167183	MES/ANO	08/2018
DATA DE VENCIMENTO	09/08/2018	DATA PRESTAÇÃO DE CONTAS	03/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	5,78		

ENDEREÇO: R. VENEZIANOS, 105 DE LIMA
280
PAULO BARBALHO/NOVO HORIZONTE
GOIANINHA/RN
59173-000

Consumo Ativo até 30 kWh
Acréscimo Bandeira VERMELHA

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	30,0000000	0,17419862	5,2259586
			0,56

TOTAL DA FATURA

5.78

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						CONSUMO (G/M²)	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	INTEI CONSTANTE	AJUSTE	
21703865	CAI	08/07/2016	0,00	0,00	30	1,00000	0,00

INNOVATION IN CONSUMING

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Estuaries also have

APR 20 2018





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, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190162703

Vítima: FLAVIO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WELLITON JOSE GADELHA FARIAS II

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FLAVIO LUIZ DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00319/00320 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14017832





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Flávio Luiz da Silva Nº REGISTRO 854401
Data Nascimento 05/05/87 IDADE 31 Sexo M LEITO: 2016 Data de Admissão 05/04/18
MÉDICO: Dr. Romulo

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 22:00 PESO: 89 Kg Altura: 1.75 cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO
ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: _____
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: nao faz uso
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (X) Sim
Exames: () Labor (X) Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: () Deambulando (X) Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: Paciente a lação injetado próximo ao pedúnculo do mame

Conferido informação acima por: L Admitido na sala: 01 Hora 16:30

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta _____

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

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

ARUANA SEGUROS
20 SET 2018



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

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

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

EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

INTRA-OPERATORIO

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

Monitorização cardíaca: () sim () não PNI/Manguito em: MD Placa neutra: Local: _____

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

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: () Clorex degermante () Clorex aquoso
 () Clorex Alcoolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura () Alcool 70%

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

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

Sinais vitais: PA 160 x 80 mmHg FC: 90 bpm Sat: 100% T: _____ °C Hora: 18:05

Anestesia: Início _____ Término _____ () Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural () Raqui () Bloqueio: _____

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

AVP: () não () sim MD, Jelco nº 20 por Dra. Biune

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

Ferida operatória: Curativo superficial Unid _____

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

Material Explantado: _____

Conferido por [assinatura] Intercorrência 9

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

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

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta,

Medicações administradas (anotar horários) Digoxina Temp. 2x
Temp. 2x Clonazepam 2x Meclizina 10mg

ARUANA SEGUROS
 20 SET 2018



PRONTO-SOLUÇA
Dr. Paulo Gurgel

Frederico de O. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7514

ASSINATURA DO CARIOSO DO MEDICO

ARUANA SEGUROS
20 SET 2018

ANESTESIA TIPO:

TECNICA:

Bruna Patricia S. Lima
Médica Anestesiologista
CRM-RN 7513
CPF: 788.607.255-34



Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Frederico

PACIENTE: FRANCO MIZ SETOR: 12 LEITO: 2013
DIAGNOSTICO MÉDICO: Pneumonia IDADE: _____

PROCEDÊNCIA: (X) DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: _____
ALERGIAS: NEGA DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: NEGA

EVOLUÇÃO 04/07/18 HORÁRIO: 22:05

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

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

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

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

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES: * ACIDENTE DE MOTO NA 06 DIA
* SEGUNDO 224 E CIRCUNFERÊNCIA A PARTIR DE 234
* EXAMINAÇÃO PELA CARTELA
* EXAMINAÇÃO COM 02 PERICULOS NA AX

Handwritten signature and stamp:
Kassya M. S. da Silva
Enfermeira
CRM 10.123

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 05/07/18 HORÁRIO: 23:00

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

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

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

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

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA

ARUANA SEGUROS
20 SET 2018



OPME: () NÃO

Anotações de Enfermagem

Complicações

Plano de Suspiro Delúdo

Infecção na mão, o mesmo qualificado pelo médico
e suspiro. Realizado limpeza, desinfecção, sutura
e teste.

Início da cirurgia: 17:30

Termino da cirurgia: 18:00

CIRURGIÃO

Dr. Ines

ASSISTENTE:

ANESTESIOLOGISTA

Dr. B. B.

INSTRUMENTADO

Dr. B. B.

CIRCULANTE:

Dr. B. B.

ENFERMEIRA:

Dr. B. B.

U. de B.

() anestésica

Condições de saúde

() Acordado () Sono

() Ambiente () MV 50%

() Saturação O2 ()

() 100%

() Hipertensão () Hipotensão

() Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Dispneia () Broncoespasmo () Outros

() Outros

Medicações Adm.

() Anotar horários

Encaminhado para o andar

AVP ()

() DRENOS () CURATIVOS LIMPOS

GESSO EM: MSU ()

() ()

EXAME Labor ()

() TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

ENCARTE

()

() Alta Hospitalar () Outros

Anota

ENCARTE

POR:

HORA: 18:30

1.126.684



PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

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

APARELHO DIGESTÓRIO

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

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

OBSERVAÇÕES: — REALIZADO OBSERVANTO DE FERIDA INFECCIOSA NA
ALÇA DA MÃO E. RETORNE ORIENTAÇÃO COM FREQ.
— AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Dr. Antônio

ENFERMEIRO Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
 Coren/RN 5.100.000

EVOLUÇÃO / /**ASPECTO GERAL**

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

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

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

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

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

OBSERVAÇÕES: _____

HORÁRIO:

VENTILAÇÃO
 () O2 AMB () IMV _____ % () HOOD: _____
 () ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

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

APARELHO DIGESTÓRIO

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

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

ARUANA SEGUROS
 20 SET 2019

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



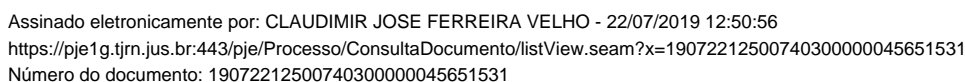


PACIENTE FRANCISCO
 APTO.: 2013 Nº REGIST. _____
 CONVEN. SUB

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

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
05.07.18		Paciente encaminhada ao CC acompanhada por familiares. Anexa ao prontuário, exame laboratorial RX e um impresso de RX.	Michael Fagundes Bezerra Técnico em Enfermagem COREN-RN 998.938
05.07.18	18:45	paciente do CI encaminhada por meio de mala, no NUP. e anexa ao pront. 1 PRK idt + 1 fl. de RX idt + exames laboratoriais + RSH + sobre RX + instituições médicas + endereço do médico no papel prescrito + lista de médicos	Maria Edineuza de Sousa Araújo Téc. de Enfermagem COREN-RN 990.865
05.07.18	22h	Adm. tiludil + abd eu; R.M. + di. na + abd eu.	Ana Karla Silva Saraiva Téc. de Enfermagem COREN-RN 990-103
06.07.18	24hs	Adm. dipirona + abd eu conforme prescrição.	Ana Karla Silva Saraiva Téc. de Enfermagem COREN-RN 990-103
06.07.18	01h	Adm. clonitina + abd eu conforme prescrição.	Ana Karla Silva Saraiva Téc. de Enfermagem COREN-RN 990-103
06.07.18	06h	Adm. dipirona + abd eu.	Dynara Araújo de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-RN 1.141.782
06.07.18	08h	Paciente saiu de alta rep. levar ao todo os seus pertences e acompanhada por seus familiares.	

ARJANA SEGUROS
20 SET 2018



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: **FRANCISCO LUIZ DA SILVA** APTO/ENE: **201B** DATA: **1/1**
 REGISTRO: **CONVÊNIO:**

PRESCRIÇÃO		HORÁRIOS	
		500	500
1) DURA 40mg		07h	07h
2) DURA 40mg		07h	07h
3) Ceftriaxona 1g ev, 8/8h		07h	07h
4) Ceftriaxona 1g ev, 12/12h		07h	07h
5) Dura 40mg - 1mg ev, 6/6h		07h	07h
6) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
7) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
8) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
9) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
10) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
11) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
12) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
13) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
14) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
15) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
16) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
17) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
18) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
19) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
20) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
21) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
22) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
23) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
24) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
25) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
26) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
27) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
28) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
29) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
30) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
31) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
32) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
33) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
34) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
35) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
36) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
37) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
38) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
39) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
40) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
41) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
42) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
43) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
44) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
45) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
46) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
47) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
48) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
49) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
50) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
51) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
52) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
53) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
54) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
55) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
56) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
57) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
58) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
59) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
60) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
61) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
62) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
63) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
64) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
65) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
66) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
67) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
68) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
69) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
70) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
71) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
72) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
73) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
74) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
75) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
76) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
77) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
78) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
79) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
80) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
81) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
82) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
83) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
84) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
85) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
86) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
87) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
88) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
89) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
90) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
91) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
92) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
93) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
94) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
95) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
96) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
97) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
98) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
99) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h
100) Dura 40mg - 1mg ev, 12/12h		07h	07h

BRUNO S. LIMA
 CRM 31.134-5

Fredricko de O. Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 31.134-5

Fredricko de O. Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 31.134-5

ARUANA SEGURO
 20 SET 2018

RECIBO

REC FARMÁCIA

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/BL	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVP	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGODÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP	
CLPACOL ml	
POWIADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	



PACIENTE: FLAVIO huf REGISTRO Nº _____
 APTO.: _____ CONVENIO _____
 MÉDICO: _____

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
	# C. C. #
	POI DEBILITAMENTO E LIMPETA C. C. C.
	PACIENTE COM FCC EM DEBILITAMENTO
	DE MÃO (E), NÃO SUTURADA COM TOTA DO
	SOLUÇÃO EVOLUTIVA. OPTO RI NÃO EFECTUA
	A SINTOMAS DO MÚDIO E PATER DEBILITAMENTO
	E LIMPETA C. C. C. MANEJO INTERNO
	PARA ATB OU E ESTABILIZAÇÃO C. C. C.
	CO: DATA EV
	② AVIA AMENLO
	③ REACENTAR LIMPETA
	Frederico de O. Lima Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 7514
	5/1/78

Frederico de O. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7514

5/7/98

ARUANA SEGUROS
20 SET 2018



Ap 7.0

CONVÊNIO.:

APUANA SEGUROS
20 SET 2018

