



Número: **0847135-82.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 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	
JOSUEIDER VENANCIO DA SILVA (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12680 417	10/10/2017 16:04	<a href="#">JOSUEIDER20171010 15543322</a>	Outros documentos
12680 418	10/10/2017 16:04	<a href="#">ATO ADMINISTRATIVO DE JOSUEUDER</a>	Ato Administrativo

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSUEIDER VENANCIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil:
Profissão: MOTO TAXISTA Identidade: 2030433 Exp:
CPF: 02907854488 Telefone: 9886491329 9-88691329
Endereço: RUA SANTA APOLIA, 539
Bairro: DIX SEP ROSAR Cidade: NATAL Estado: RN
CEP: 59054-130

OUTORGADOS: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7268, com escritório profissional a Rua do Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis - Parnamirim/RN, CEP - 59.141-085

PODERES: Das cláusulas "ad-judicia e "extra", para o foro em geral e os especiais de transigir, desistir, receber e dar quitação, com finalidade de defender os direitos e interesses do(a) outorgante em qualquer causa ou demanda, movida ou de mover, perante a qualquer juízo, incluindo o Tribunal, inclusive Juízo Processual, PROCON e órgãos similares, firmar acordo em audiência de conciliação e de instrução e julgamento, assumir compromissos, praticando e promovendo tudo que se fizer necessário ao mencionado fim, agindo os outorgados em conjunto ou separadamente e independente de ordem de nomeação, podendo ainda substabelecer um Advogado indicado pelo mandante, ou resolver administrativamente. Podendo, ainda, reter o percentual de 20% (vinte por cento) do valor recebido na ação supracitada pelo outorgante como honorários advocatícios em favor dos outorgados. PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Natal, 10 de OUTUBRO 2017.
Josueider Venancio da Silva
OUTORGANTE

Rua Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis Parnamirim/RN, CEP-59.145-085.
Fone/Fax (84) 99403-0017-99969-7611-32726277-98788-4353





Prefeitura Municipal do Natal  
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU 192 NATAL

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOSUEIDER VENANCIO DA SILVA**, foi vítima de colisão carro x moto, no dia 18/07/2017, aproximadamente às 12h33min, na rua Engenheiro Joaquim Cardoso, Pitimbu, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência **162474/1** onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 07 de Agosto de 2017

**Alfredo Galvão da Silva Júnior**  
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal  
Matrícula 44.986-5

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280  
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

# FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 162474/1

Data: 18/07/2017

TARM: CRISTIANE RAMOS DA SILVA  
Radio Operador: JOSIVANDERSON DA SILVA DANTAS  
Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR  
VTR: USB 17 (UPA 24H ESPERANÇA)

CHAMADO  
Médico Regulação: MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS  
Médico Cena: MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS  
Usuário Pós-Cena:  
Equipe VTR: UEBISTER BEZERRA DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA  
LUCINEIDE LUIZ DA ROCHA OLIVEIRA - TECNICO DE ENFERMAGEM

Regulação Médica    Trute    Informação    Engano    Queda da Icação    Sem Médico    Transf./Internação    Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: ADRIANA

Telefone: (84) 3208-0451

Nome do Paciente:  
JOSUEITER VENANCIO DA SILVA

Idade: \*

38 ANO(S)

Sexo: \*

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8511146 Longitude: -35.2406756

Endereço: RUA ENGENHEIRO JOAQUIM CARDOSO

Bairro: PITIMBU

Outro Bairro:

Nº: VP

Referência/Complemento: COM RUA LARGO DA PEDRA // P/ A IG SANTA CLARA // ACESSO XAVANTES //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Observações TARM: 84991248185

Queixa Primária: COLISAO CARRO MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

18/07/2017 12:35:07 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS  
APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO  
REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO X MOTO, PACIENTE AO SOLO, CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO VISIVEL  
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB  
PRIORIDADE: VERMELHO  
CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 030027  
POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

## HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:  
18/07/2017  
12:33:30  
Saída Local:  
18/07/2017  
13:30:15

Regulação Médica:  
18/07/2017  
12:35:07  
Chegada Destino:  
18/07/2017  
13:44:49

Solicitação VTR:  
18/07/2017  
12:35:53  
Liberação Destino:  
18/07/2017  
16:27:02

Saída VTR:  
18/07/2017  
12:36:33  
Liberação VTR:  
18/07/2017  
16:27:02

Chegada Local:  
18/07/2017  
12:51:56

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga  
Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop:  
13:08

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Vaga Zero

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Ass:

Data:

Tipo de APH:

TRAUMA - ACIDENTE AUTO X MOTO

Hipótese Diagnóstica:

Sinais Vitais:

18/07/2017 13:05

1º PA - 12X8

2º FC - 80

3º FR - 19

4º SAT - 98

6º GLASGOW - 15

Antecedentes:

Cardiopatia Diabetes Epilepsia Etilismo Hipertensão HIV Nefropatia Neoplasia Pneumopatia Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

Normal

Confuso

Torporoso

Inconsciente

Respiração:

Não Respira

Normal

Ruidosa / Dispneia

Via aérea obstruída

Via aérea pérvia

Sudorese:

Normal

Coloração da pele:

Normal

Sangramento:

Ausente

História Progressiva da Moléstia Atual:

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

DIPIRONA

Prioridade:

\* Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul

Observação:

PACIENTE ENCONTRADO AO SOLO, COM CAPACETE, EM DECUBITO DORSAL. REFERE CERVICALGIA, DOR EM FEMUR ESQUERDO,

Ferimento:

FRATURA FECHADA - PERNA

Local do ferimento:

PROCEDIMENTOS

Tipo do procedimento:

IMOBILIZAÇÃO - COLAR CERVICAL
IMOBILIZAÇÃO - MMII
IMOBILIZAÇÃO - OUTROS - COXIM
IMOBILIZAÇÃO - PRANCHA LONGA

Procedimento:

Observação:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?\*

Sim \* Não Não informado

Atendimento na residência

Óbito

Removido por terceiros

Endereço não localizado

Trote

Conduta VTR

Evasão do local

Remoção / Transferência

Recusa atendimento

Recusa remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

18/07/2017 13:12:54 - COMUNICADOR

TARLI GILYANE - INFORMADA CHEGADA A DRA MAYARA DO PO. ITAUAJA

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Sob as penas da lei 1060/50, com redação dada pela lei 7.510/86, o Autor declara que está demandando sob o beneplácito da assistência judiciária gratuita por ser pobre economicamente além de não possuir condições financeiras para arcar com às custas processuais, bem como os honorários advocatícios e periciais sem prejuízo do próprio.

NATAL, 10, de 10 de 2017

  
Parte



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pblica e da Defesa Social  
Polcia Civil  
Delegacia Eletrnica



**BOLETIM DE OCORRNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEICULOS

Endereo: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

**1. IDENTIFICAO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2017031000218

1.2 Data de Expedio: 24/08/2017 14.13.45

1.3 Tipo: LESAO CORPORAL ACIDENTE RODOVIARIO - C/HOMEM

1.4 Liguor CIOSP: No

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 18/07/2017 12.00.00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: No

2.5 Meio(s) empregado(s): Veiculo

2.7 Logradouro: RUA ENGENHEIRO JOAQUIM CARDOSO

2.6 Tipo do local: Via Pblica

2.8 CEP:

2.9 Bairro:

2.11 Estado: Rio Grande do Norte

2.10 Cidade: NATAL

2.12 Cidade: NATAL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FISICA)**

3.1 Nome Completo: JOSUEIDER VENANCIO DA SILVA

3.2 Estado civil: Sem Informao

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSUENO VENANCIO DA SILVA

3.5 Etnia: Parda

3.6 M: MARIA DE LOURDES NASCIMENTO DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientao Sexual:

3.9 CPF: 02907854488

3.10 Identidade de Gnero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 25/05/1979

3.13 Profisso: MOTO-TAXISTA

3.14 RG: 2030433 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 989891329

3.16 Passaporte:

3.17 Numero: 539

3.18 Nacionalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: DIX SEPTO ROSADO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA SANTO APOLO

3.23 Cidade: NATAL

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE E A PROPRIA VITIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEICULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Seguradora: No

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam: 01005313153

7.1.5 Placa: OKA4403

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG150 FAN ESDI

7.1.9 Ano do Modelo: 2014

7.1.10 Ano de Fabricao: 2014

7.1.11 Cor do veiculo: AZUL

7.1.12 Tipo do veiculo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Numero do Motor:

7.1.15 Nome do proprietrio: ADMILSON SILVA DE MORAIS

7.1.16 Vinculo com a Ocorrncia:

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE

7.1.18 Observaes:

7.2.1 Seguradora: No

7.2.2 Seguradora:

7.2.3 Chassi:

7.2.4 Renavam:

7.2.5 Placa: MY19703

7.2.6 Estado:

7.2.7 Marca: VW

7.2.8 Modelo: GOL 1.6 GIV

7.2.9 Ano do Modelo: 2009

7.2.10 Ano de Fabricao: 2008

7.2.11 Cor do veiculo: CINZA

7.2.12 Tipo do veiculo: AUTOMOVEL

7.2.13 Nota Fiscal:

7.2.14 Numero do Motor:

7.2.15 Nome do proprietrio: BB LEASING S/A ARR MERCANTIL

7.2.16 Vinculo com a Ocorrncia:

7.2.17 Nome do condutor:

7.2.18 Observaes:

**8. DADOS DA OCORRNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histrico**

O COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NO LOCAL ACIMA CITADO E UM VEICULO TIPO GOL ESTAVA ESTACIONADO NA CONTRA MÃO E AO REALIZAR UMA MANOBRA, COLIDIU COM A MOTOCICLETA DO COMUNICANTE, VINDO A CAIR POR CIMA DO VEICULO. INFORMA QUE FICOU CAIDO NO CHÃO E ATENDIDO PELA SAMU NATAL CONFORME CONSTA ATENDIMENTO Nº 162474/1 E LEVADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL CONFORME CONSTA BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 33084/2017, COM ESTIRAMENTO NA PERNA DO LADO ESQUERDO E AFUNDAMENTO NA VIRILHA. O COMUNICANTE INFORMA QUE JÁ ESTÁ RECUPERADA A SUA SAÚDE FÍSICA, SOMENTE COM DORES LOCAIS. O COMUNICANTE INFORMA QUE POSSUI FOTOS DO ACIDENTE REGISTRADAS MAS QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CAUSADOR DO ACIDENTE. NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informaes do CIOSP**

**9.3 Outras Providncias**

9.3.1 Ocorrncia: 01

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

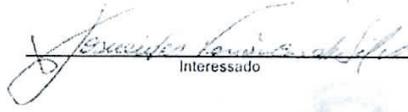
**11. DECLARAO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informaes aqui registradas so verdadeiras.

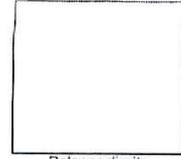
Data: 24/08/2017 14.13.45



Policial



Interessado



Polegar direito

Adm. 2071541 - RAYANNE MARIA SILVA DE SENA  
impresso por: 2071541 - RAYANNE MARIA SILVA DE SENA em 24/08/2017 14:13:48

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

KEP

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 33084 /2017  
Admissão: 18/07/2017 13:48:34

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 29956 - JOSUEIDE VENANCIO DA SILVA (38 a 1 m 24 d)  
Nascimento 25/05/1979 Natural: NATAL, BRASIL  
CNS CPF: Sexo M Cor PARDA  
Mãe: MARIA DE LOURDES DONASCIMENTO Par: Prof:  
Logradouro: SANTO APOLO, 539  
CEP: 59054130 Bairro: DIX-SEPT ROSADO Cidade: NATAL  
Telefone: 84 988691329 84 988691329 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO Tipo: REFERENCIADO  
Origem: AMBUL. SAMU NATAL \*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 18/07/2017 13:46:08				
HORA	PA	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO + CERVICALGIA

Hora: 13:48

Paciente vítima de colisão moto vs carro. Estava de capacete negro preto de couro, omélio lateral, muitos reflexos cervicais.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A VA p/aus. Cole cervicost
- B MOP. Tônus abnorm
- C Externel h/aus/aus/aus/aus
- D ECO R, sem depic. Papilo, or
- E Dor em MIE (20min/200) e Cervicost

CONF. 18/07/2017  
NATAL, RN  
[Signature]

**OUTRAS OBSERVAÇÕES:**

**RAIOS-X ISW**  
Realizado em: 18/07/17 Hora: 14:54  
Técnico: [Signature]

**TOMOGRAFIA**  
Data: 18/07/17 14:54  
+ com/br/aus  
[Signature]

**DIAGNÓSTICO INICIAL - CID**

Lesões mob / Politrauma

Gerado via SX por ERIVALDO SIQUEIRA DA COSTA. Impresso em 18 de Julho de 2017

19107117

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

ALERGIAS): *hipertensão*  
MEDICAÇÕES EM USO): *mapa*  
DOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): *mapa*  
ELEMENTOS INGERIDOS);  
EVENTOS DO TRAUMA);

EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)  
RX torax      RX torçoço (E)  
RX pelve  
RX coxa (E)

WASHTON LUIS C. GOMES  
PROLÓCISTA  
MARR 6104

LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

OUTROS

CONDUZA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

COM ORIGINAL

WASHTON LUIS C. GOMES  
ASSIST. TEC. EM SAÚDE  
MARR 151.370-0

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>DR. CLOPEMIA</i>	HORA: <i>14h</i>	DATA: <i>17/2/12</i>
ESPECIALISTA 2: <i>NCR</i>	HORA: <i>16h</i>	DATA: <i>18/2/12</i>
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico

O documento emitido pelo boletim de atendimento de urgência produz uma cópia em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o paciente e a instituição de saúde.

**ORBITA (16h)**

EXAME SE: **hoje 10h com fratura sub tomografia e lateral**

EXAME FÍSICO: **Bo**  
**Normal**

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA: **Contusão**

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*  
**X - sem fraturas de fratura nem luxação**

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)  
**Medicação: none**  
**Intervenção:**  
**Ata de ortopedia**

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

**CONFERE COM ORIGINAL**  
NATAL, 10/10/11  
MAT. N° 16532  
SAME  
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Michel Freire de Azeite  
Ortopedista e Traumatologista  
Ortomedicina Ortopedia  
CRM 4423 - TEOD 4751

DESTINO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº do Boletim de Atendimento: \_\_\_\_\_

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

SAÍDA: \_\_\_\_\_ DATA: / /

Decisão Médica  À Revelia  Transferido para: \_\_\_\_\_

ÓBITO: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

Entregue à família com Atestado  S.V.O.  I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

**CONFERE COM ORIGINAL**  
NATAL, 10/10/11  
MAT. N° 16532  
SAME  
ASSINATURA

WASHINGTON LUIS  
ASSIST. TEO. P. 1100  
1100

DESTINO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº do Boletim de Atendimento: \_\_\_\_\_

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

SAÍDA: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

Decisão Médica  À Revelia  Transferido para: \_\_\_\_\_

ÓBITO: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

Entregue à família com Atestado  S.V.O.  I.T.E.P.

ALGORITMO DE TRIAGEM DE PACIENTES COM LESÃO DE CÉREBRO  
 1. AVALIAR O NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO DO PACIENTE  
 2. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 3. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 4. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 5. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 6. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 7. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 8. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 9. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 10. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 11. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 12. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 13. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 14. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 15. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 16. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 17. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 18. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 19. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 20. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 21. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 22. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 23. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 24. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 25. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 26. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 27. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 28. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 29. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 30. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 31. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 32. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 33. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 34. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 35. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 36. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 37. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 38. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 39. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 40. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 41. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 42. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 43. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 44. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 45. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 46. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 47. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 48. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 49. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 50. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 51. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 52. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 53. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 54. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 55. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 56. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 57. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 58. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 59. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 60. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 61. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 62. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 63. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 64. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 65. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 66. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 67. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 68. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 69. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 70. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 71. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 72. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 73. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 74. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 75. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 76. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 77. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 78. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 79. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 80. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 81. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 82. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 83. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 84. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 85. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 86. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 87. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 88. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 89. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 90. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 91. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 92. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 93. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 94. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 95. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 96. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 97. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE  
 98. AVALIAR A RESPOSTA VERBAL DO PACIENTE  
 99. AVALIAR A RESPOSTA MOTORA DO PACIENTE  
 100. AVALIAR A RESPOSTA OCUAR DO PACIENTE

EXAME ESPECIALIZADO 1: Neurocirurgia 18/07/12 15:15h

ANAMNESE: Paciente vítima de acidente automobilístico, com perda da consciência em vários, ota, náusea, vômito com hemático.  
As exames complementares enviados  
Imagem  
S/trauma  
C/trauma

EXAME FÍSICO: Exame físico em nível de consciência

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: trauma cranial em nível de consciência

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*  
ca. p/ta de nec

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS  
 OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ACÇÕES DE ENFERMAGEM  
 ASSINATURA

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATAL: 10/08/12  
 MAT Nº 16.132-0  
 SAME  
 ASSINATURA

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATAL: 10/08/12  
 MAT Nº 16.132-0  
 SAME  
 ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (EO)	4
Oftalmos se abrem espontaneamente.	4
Oftalmos se abrem ao comando verbal (isso inclui não com o respeito de uma pessoa com o reflexo de assustar por menos de 4 segundos.)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, esta e porvir, e vice)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Palavras soltas, mas sem toda a conversação)	3
Sons ininteligíveis. (Comando sem articular palavras)	2
Resposta	1
Resposta verbal (resposta verbal)	5
Obediente e responde corretamente (Palavras soltas, mas quando dire e ordenado)	4
Resposta verbal incoerente	3
Resposta verbal incoerente	2
Palavras soltas e sem sentido (Desorientação)	1
Palavras soltas e sem sentido (Desorientação)	2
Sem resposta verbal	1
Total	15

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMATIZADO - RTS	
DISCRIMINAÇÃO	PORTUOUSA
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-12 = 3 11-8 = 2 7-5 = 1 4-3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	18-20 = 4 20-30 = 3 6-30 = 2 1-50 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4 70-90 = 3 50-70 = 2 1-90 = 1 0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATI-S 2005)

01 - 05 grave (necessidade de intervenção médica)  
 02 - moderado  
 14-15 leve

Referência: TEASDALE G. JENNET P. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

"A escala proposta aplica-se a doentes com idade superior a 7 anos. Não é aplicável a doentes com idade inferior a 7 anos de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Plus Possível
0	1	2	3	4

"Escala de Trauma Revisado (RTS) (Bora) indica se o doente de trauma por acidente de trânsito foi ferido. Referência: Adaptado de Champion DL, Sacco WJ, Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1995



**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

## **SINISTRO 3175481485 - Resultado de consulta por beneficiário**

**CPF/CNPJ:** 00002907854488

**Posição em 10-10-2017 15:57:47**

Verifique os dados digitados e repita a consulta ou opte pela CONSULTA SEM SINISTRO.