

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOBSON COSTA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 00000089053-0

---

Nr. da Autenticação 917D442E6D699A4C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190557185      **Cidade:** Tangará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOBSON COSTA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 16/05/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** AFUNDAMENTO CRANIANO REGIÃO LATERAL DIREITA.

**Descrição do exame** APRESENTA AFUNDAMENTO NA REGIÃO LATERAL DE CRÂNIO DIREITO, FAZ USO DE CLONAZEPAM, REFERE FÍSICO: TONTURAS E ESQUECIMENTOS. REFERE ANOSMIA.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190557185  
Nome do(a) Examinado(a): Jobson Costa dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): R Sen Jeorgino Avelino, 55  
Centro Serra Caiada RN CEP: 59245-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 001837101  
Data local do acidente: [ 16/05/2019 ]  
Data local do exame: [ 15/10/2019 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**AFUNDAMENTO CRANIANO REGIÃO LATERAL DIREITA.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA FRONTOTEMPORAL DIREITA E HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITA.**

**Data da Alta: 13/09/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**APRESENTA AFUNDAMENTO NA REGIÃO LATERAL DE CRÂNIO DIREITO, FAZ USO DE CLONAZEPAM, REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS. REFERE ANOSMIA.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DANO AO NÍVEL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Urai de Oliveira*

DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315



Admissão: 16/05/2019 18:20:24



CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: 127240 - JOBSON COSTA DOS SANTOS (38 a 10 m 25 d)

Nascimento: 21/06/1980 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: 705000201079750

CPF: 03949949496

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS

Pai:

Logradouro: SENADOR GEORGINO AVELINO, 14

CEP: 59245000 Bairro: CENTRO

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Telefone: 84 987328842

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 16/05/2019 18:17:44

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO CARRO/ TCE GRAVE+ ENTUBADO

Hora: \_\_\_\_\_

- Colisão moto carro  
- tce grave /converso.



EXAME FÍSICO (PRIMARIO)

A VPP

B

C pressão arterial: 120x80

D

E fonoaudiologia: R: 60

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

farax: Engrave

prostata: Fisiológica

TOCO STERIL	Date:	Horas:
Day:	Nome:	Assinatura:
Técnico:	Função:	Assinatura:
Exame:	Assinatura:	Assinatura:
Médico:	Assinatura:	Assinatura:

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

fcr

Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 16 de Maio de 2019.

PROTÓCOLO RECEBIDO

30 SET 2019

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4645 /2019

Prontuário: 1185174

Paciente: 127240 - JOBSON COSTA DOS SANTOS

Cartão SUS: 705000201079750

CPF: 03949949496

Dt Nasc: 21/06/1980

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Idade: 38 anos 10 meses 25 dias Sexo: M Etnia: PARDA

Nome da mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS

Nome do pai:

Rua/Av: SENADOR GEORGINO AVELINO

Complemento:

CEP: 59245000

Telefone: 84 987328842 84 987328842

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Responsável: JOBSON COSTA DOS SANTOS -

Usuário: WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO

Nº: 14

Bairro: CENTRO

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 08

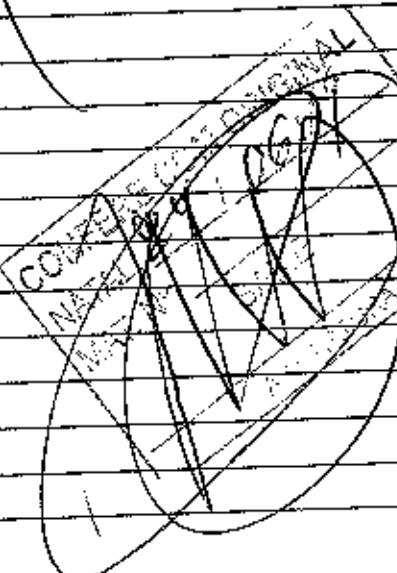
Admissão: 16/05/2019 19:02:24 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.4 - HEMORRAGIA EPIDURAL

403010276 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 16 de Maio de 2019.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
 Secretaria de Estado da Saúde Pública  
 Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
 Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Nome: José Cunha das Santas, Nº Registro: \_\_\_\_\_  
 Serviço: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
20/03/14	<u>N/G</u> Vagão 15 dias alter. Sem clínica vital - fo rica pt contate com drenagem natrial, sem dor e d ulo de mama Cr. alta de UTI
20/03/14	<u>À Guanabá UTI - POF</u> 2º DPO DHEB + Enuclektomia decompressiva (Hemiatrofia epigástrica por edema centro-medi o-médio. Cefaloxina 2g/dia (D4) Clindamicina 300mg q/8h (D4)
	Paciente evolução clínica e farmacoterapêutica estável. Sem queixa, vigia, contactudinaria. Ex us de DVA 30m, apetite e urinase preservados. Ncio apresentou exantema. Sem deficits neurol ógicos focais ou RNC. TAC: normotraqueal. EG: exame. REG: exige, tontura, hipocondria (+H+), sindrome todo encefálica. Acrometria peritibial bilateral. Nivel: Glasgow: 15. Fálico: IFR. SI: severo. AC: ECR. ET: 5m. SNC: 3. Depres. FC: 93. AP: UV(+). discretamente aumentado em HTD (base). TTS: RAS: 30-40%. ABD: plecos feticosa, indolor, HTA(+). MMN: Sem alterações ou sinais de TUP.

Consulta: Relevo da UTI

Início reposição de K (K 3,1)

Início dieta rica em gordura.

Tint uniforme Monofásico

Regina Costa de Freitas  
 Médica  
 CRM: 11.330



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Messenhor Walfrido Gurgel  
Pronto-Socorro Clévia Sardinha

Nome: Jolson Costa dos Santos  
Serviço:

Idade: 38 anos Nº Registro:  
Leito: 229

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
23/05/19	<p>Paciente regista em bom estado geral instável. Atribuído ao desnutrição, orientada, consciente e colaborativo, compondo com AA sem SDR, relata fome pouco produzida esta que aumenta nos momentos AP, m(+) tam RAS; sem dificuldade motor, apontou as alterações de amplitude para realização de exercícios ativos de muscos e miocárdio + treino de equilíbrio + exercícios para truncal + exercícios de respiratórios diafragmáticos associado à fome. Como paciente encontra-se apto e em bom estado geral, em condições para receber alto de fisioterapia, assim recebe orientações gerais e alta ministra pica.</p>

**FISIOTERAPIA**

RESPIRATORIA  
 MOTORA

*Ana Beatriz Barcelos*

*(Assinatura)*  
Fisioterapeuta  
CREFI 216232-F

**FISIOTERAPIA**  
RESPIRATORIA  
MOTORA

AVALIAÇÃO DIURNA

19/05/2019 - LEITO 644 JOBSON COSTA DOS SANTOS, 38ANOS

DHED

ANTIBIOTICO: CEFTRIAXONE E VANCOMICINA

*Clindamicina*

PACIENTE ESTAVEL, SEM SEDAÇÃO, COM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, EM MACRONBZ, SEM FEBRE NAS 24H, SEM DISGLICEMIAS, HEMODINAMICA ESTAVEL, SEM NECESSIDADE DE AMINAS, EXTUBADO ONTEM.

EM REG, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, SEM EDEMAS.

SN: PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SEM SEDAÇÃO, GLASGOW: AO:3 RV: 4 RM: 6  
TOTAL: 13

ACV: BRNF 2TS/S TA: 130X68MMHG FC: 86BPM SAT:98%

AR: MVF SEM RA RESPIRADOR: FIO2: 28% PCV PEEP: 6 FR: 16|RPM LP:16

ABDOME: NORMOTENSO, RHA + SEM VCM

DIURESE POR SVD: 2400ML/24H BH: -481ML

CD: TC DE CRANIO CONTROLE

REAVALIAÇÃO DO NEURO

REPORNO CA.

Dra. Fabiana Ferreira  
Intensivista  
Residência intensiva





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Jackson Cestá, volta Santa Idade: 38a Nº Reg.: 123.340  
Serviço: Nutrição Enfº vn PO Leito: 644

AO SERVIÇO: Fonoaudiologia

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

O paciente, Jackson volta Santa, 38a, quadro SSTE e radiografia mostra lesões no crânio.  
Bem MU.

Entendo que o paciente apresenta infecção no tórax, no seu caso pneumonia.  
Este SSTE

Quanto:

Danielle Danielly S. de M. Marques  
CRM - 87189

Natal/RN, 19 de Mais de 2009

Médico que solicita o parecer

PARECER: Paciente avaliado pelo Fonoaudiólogo, apresentando desnutrição funcional com episódios de trote e com abdômen distendido limpo. Lufada em pressão da ed. nutri. passada liberada.  
Alt. peso.

Kerla Danielly S. de M. Marques  
FONOaudióLOGA  
CRM - 8748RN

20/3/19

Natal/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico que emite o parecer



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clávia Sartório

BOLETIM  
OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório:

Hemofônia extradural tipoperiosteal I.

Indicação terapêutica:

Descompressão IED. Urgência ( ) Eletiva ( )

## INTERVENÇÃO

Data: 16/05/19 Início: 19:45h Término: Duração:

Operador: Dr. César CRM/CRO:

1º Auxiliar: Dr. Fábio CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Pascuto CRM/CRO:

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- Pite un DOR, sob ausc. prof., sobreco rotoado p/ EG;
- Tricobezia, Assepsia, Antissepsia, colocação de corpos cimíficos;
- Inversão tpm casting fpa à d, reparo do flap visuntâneo;
- Presença de ftx coniutiva e operamento tumoral;
- Craniectomia FPT à d ol. reponível e descolar de IED; Ancoramento duro nas bordas da craniectomia;
- Hemostasia e coagulação bipolar + Sutura;
- Deveu rebentismo e rádio por contra-objeto intra;
- Sutura pr. planos;
- Crustoso interno;
- À VTE.

Dr. César V. Costa  
NEUROLOGISTA  
CRM/PE

Coleta de material anatomo-patológico: (✓) NÃO ( ) SIM QUIL?

Coleta de material para microbiologia: (✓) NÃO ( ) SIM QUIL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

**SUS**

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 11800 / 2019

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: 127346 JOBSON COSTA DOS SANTOS

Prontuário:

CNS: 705000201079750

Nascimento: 21/06/1980 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS

Pal:

Fone: 987328842 /

Endereço: RUA SENADOR GEORGINO AVELINO, 14 - CENTRO - PRESIDENTE JUSCELINO

CEP: 59245-000

Município: PRESIDENTE JUSCELINO

Código Municipal IBGE: 241030

UF: RN

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO HA 3 HORAS COM CRISE CONVULSIVA, REBAIXAMENTO DO NIVEL DE CONSCIENCIA, SENDO SEDADO E INTUBADO

SEDADO

RAMSAY VI

PUPILAS MIOÍTICAS  
TC DE CRANIO: FRATURA FRONTOTEMPORAL DIREITA + HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITA**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

RISCO DE MORTE

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

TC DE CRANIO: FRATURA FRONTOTEMPORAL DIREITA + HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITA

**Diagnóstico e Procedimento Inicial:**

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL\*403010276, TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:  
RAMON BARBALHO GUERREIRO

CRM: 5117 / RN  
Data da Solicitação: 16/05/2019  
Série:  
No do bilhete:  
CBOR:  
CNAE da Emp.:  
Aposentado ( ) Não Segurado ( )

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (A) IDENTES OU VIOLENCIAS**

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Trajeto ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AII

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Nome: José da Cunha N° Registro: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_ Matr.: 3604 Letra: B

**DATA****EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR**

19/03/14 Fazente de alta hospitalar no HPS, com ocorrência de dor no abdômen centralizado, intensa, contínua, de origem unclear, com duração de 12 horas, piorando progressivamente, com intensidade 9/10, sem febre, sem náuseas, sem vômitos, sem perda de apetite, sem alterações hepáticas e renais. Foi realizada ressonância magnética abdominal, que evidenciou lesões na parede intestinal, com extensão de 15 cm, envolvendo o cíngulo, com extensão para o diafragma, com comprometimento da parede abdominal anterior e posterior, com extensão para o diafragma.

06/19



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

**Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clávis Safinjo**

Name: JOSÉ SANTOS COSTA DOS SANTOS Nº Registro: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sardinha

Nome: JOSÉON COSTA DE SOUZA \_\_\_\_\_ Nº Registro: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
	Niterói (7/08/19)
	Internado dia 06/08/19 com quadro de cefaleia intensa e persistente. Aferição de temperatura corporal Nº 38.0º celsius. O exame neurofisiológico no CT confirmou
07/08/19	Afebril com quadro febril com micturíte e constipação.
	Jair de Araújo Alves Neurocirurgia/Neurologia CRM 4875
	Internado dia 07/08/19 com quadro de cefaleia intensa, febre, micturíte e constipação. O exame de neurofisiologia no CT confirmou meningite.
	08/08/19 Fiebre alta TC = 38.0 celsius TA = 132x69 mmHg PFC = 982 Pulseira oxigenada 97% Pco <sub>2</sub> 30.0 mmHg Respiração agitada com sibilos mucosidade nasal. Edema palpebral. Blefarofagia mucosidade conjuntival. Infecção ocular apurada e uso de medicamentos para o seu tratamento. Bolhas, vesículas mucosas na boca e gengivas. Aspirado moderado que contém muco decrepido com elevados níveis de oximetrícos normais. Micturíte e N. urinário + leito trope + Asp. por urina + urina + urato, pleura e líquido cefalorraquidiano + Afebril, hidratação normalizado, no leito + micturíte e constipação.
	Jair de Araújo Alves Neurocirurgia/Neurologia CRM 4875



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

**GOVERNO DO ESTADO DO  
Pará**  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro CMV/Saúde Sardinha

Name: José da Costa dos Santos  
Service:

Nº Registro:

Lotto: 644

AGIBOTIMO SU SUPORTE BASICO DE VIDA: 1- AVIAJE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA; 2- PEGA UMA AUTOMOBILISTAS E PEDE UM DESBROZADOR(BOM); 3- ABARA VIA ALERGA; 4- ANALISE RESPIRACAO (VER CUVIR, SENTIR, S. SE APARIDA, APARENTE 2-VENTILACAO) E DE RESSAUX (RESPIRATORIO DOS SAU, VALVA MASTOCAL, VALVE PLESO CLAVICIDIO, OU FENOMENAL-GRANULAL EM LACTENTE) 7- SE POSSO, ABALAR O RITMO CARDIACO, ALIVIAR A DROGA (CHOCO 350, 1200 PR DEA, BISACON, E PRINCIPAL RICR, 10- SE POSSO, FAZER O RITMO CARDIACO, TAMBEM PODE FAZER O RITMO CARDIACO, 11- FAZER O RITMO CARDIACO, 12- FAZER O RITMO CARDIACO, 13- COLOCAR A VITIMA SE MEXA, 14- COLOCAR A VITIMA SE RECUPERAQAO.

### ATENDIMENTO ESPECIALIZ

#### ANAMNESE

Recente volta de colisão moto x  
cerca das 16:00 com rebocamento do  
nível de consciência e crie consultar

#### EXAME FÍSICO

Gatedo Pupiles mióticas  
Rimsey=VI

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TCE

TC cervical; MN

#### EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

TC de cônios e hemostoma

Exoftalmos temporal e óptico + Fratura frontotem-

poral óptica

#### LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

#### CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Internar Hospitaler  
Centro de Urgencia

DR. RAMON G. GUERRERO  
NEURO-CHIRURGIA  
CRM/RN 5107

#### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

122:50 # Emergência  
realizado intubação em P<sup>r</sup>  
exclusivo -

Dra. Alyne Sales Miranda  
Méd.  
CRM/RN 9054  
+ Dr. Kaelo

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abrir os olhos (OL)	+
Otros se abrem espontaneamente.	+
Otros se abrem ao comando verbal. [não confundir com o despertar de uma pessoa intubada, se intubado responde à voz de si]	+
Otros se abrem por estímulos dolorosos	2
Otros não se abrem.	+
Motivo de resposta (MRS)	
Doloroso (disponível correspondendo a apresentação de percepção sobre seu nome, foto, etc. etc.)	5
Contração (Responde às perguntas corretamente, mas só alguma desorientação e confusão)	4
Pátria ou apelido (Pode diferenciar entre pessoas conversacionais)	3
Som intelectual. (Responde a um estímulo palavras)	2
Aspirar.	1
Motivo Motivo (MRS)	
Otros se evidencia verbal. (Por causa de alguma questão que é ordenado)	4
Lembre-se intelectual.	3
Reação insensível a dor.	2
Ponto PMS é dor (Desconsciência).	1
Ponto PMS é dor (Desconsciência).	2
Bem recuperado.	1

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA – TTS”	
DISCRIMINADOR	CLASSIFICAÇÃO
75-100	=4
8-120	=3
6-20	=2
4-8	=1
3	=0
21-250	=5
>250	=1
6-30	=2
1-50	=1
0	=0
2-50	=4
>50	=2
5-50	=2
0-50	=0

#### CLASSIFICAÇÃO DO TCE

(ATLS 2005)\*

02 - Desconhecido (inexistente de imobilização imediata);  
03 - 3a morfologia;

04 - 4a morfologia

\* Referência: TEABORNE G, JENNIFER S. Anatomical of coma and imposed consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:61-64

\*\* A escala proposta aplica-se a pacientes concienciais e que colaborem com a sua capacidade de responder. Recomenda-se que seja aplicada quando houver suspeita de lesão no tronco cerebral.

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

## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

- A  
;  
B  
C  
D  
E

A(ALÉRGIAS) \_\_\_\_\_

M(MEDICAÇÃO EM USO) \_\_\_\_\_

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) \_\_\_\_\_

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) \_\_\_\_\_

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) \_\_\_\_\_

V (PASSADO VACINAL) \_\_\_\_\_

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

*Jc chwido / curva*

Dr. Rafael Kosas  
Cirurgião Geral e do Apêndice  
CRM/RN #501

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:	<i>06/01/09</i>
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:	<i>06/01/09</i>
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:	<i>06/01/09</i>

## DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	/	/	HORA
SADIA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:				
OBITO: DATA	/	/	HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP				

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

039.499.499-96 YOBSON COSTA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

YOBSON COSTA DOS SANTOS

6 - CPF:

039.499.499-96

7 - Profissão:

AGRICULTOR RUA: SEN GEORGIO ALVIM

8 - Endereço:

12 - Cidade:

SERNA CRISTO

9 - Número:

55 CASA

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59.245.000

15 - E-mail:

98-98845-9125 84-99198-2468

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0306

CONTA: 89053

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) como requisito de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  
UF da vítima Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo24 - Data da  
morte da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  
teve filhos?  
 Sim  
 Não29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos:  
Falecidos:30 - Vítima deixou  
nascituro (valinhos)?  
 Sim  
 Não31 - Vítima  
teve irmãos?  
 Sim  
 Não32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos:  
Falecidos:33 - Vítima deixou  
pais/avós vivos?  
 Sim  
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
NÃO ALFABETIZADO  
Assinatura  
de  
vítima  
beneficiário  
ou declarante

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

PROTOCOLO  
RECEBIDO

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

30 SET 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 52022 Caxias 29/09/19

Yobson Costa dos Santos

Maria Antônia de Siqueira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SAC DA CAIXA - DEPARTAMENTO DE Atendimento ao Cliente, 00000-00000-00000-00000

Assistência ao cliente



Dado exclusivo e reservado à Caixa Econômica Federal  
Este documento é enviado para Caixa Econômica Federal  
Av. Rio Branco Centro RJ 20040-000. Informações registradas e vinculadas  
0800 726 0000 - Caixa24Horas  
Queridão 0800 726 7774

CAIXA

AQUI Banco24Horas

www.caixa.gov.br

CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 4542 7703

JUERSON COSTA DOS SANTOS  
0805 013 00089053-0 10/24



00000000000000000000000000000000

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA CAIADA  
HOSPITAL E MATERNIDADE DONA TECA

Rua: Manoel Xavier Bezerra, 51 - Centro- Serra Caiada/RN - Tel.: 84 3293-0200.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 50

Nome: Yolsson Costa dos Santos Profissão: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: 21/06/80 Idade: 39 Sexo: () Masculino () Feminino  
Cor: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Identidade: 004.837.401  
Cartão SUS: 305 0002 0107 9750  
Filiação (Mãe ou Pai): Maria de Fátima Costa  
ENDERECO: R. Sen. Georgino Braga Nº \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: S. Caiada Data: 16/05/19 Hora: 16:20

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TEMP \_\_\_\_\_ HGT \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ SPO2 \_\_\_\_\_

HISTÓRICO ATUAL: Hipertensão(  ) Diarreia(  ) Emese(  ) Artralgia(  ) Dor generalizada(  ) Edema(  ) Prurido(  )  
Dispneia(  ) Dor retrorbitária(  ) Linfonodomegalia(  ) Exantema(  )

8.

Outros: 38g, desfale, Tc: 38.6, pressão arterial 140/90 mmHg, FC: 65 bpm, SPO2: 90%, ECG: 14 bpm (lentamente), Td = 20, FC = 65 bpm, P = 140 x 100. Paciente muito agitado, com desorientação, muito sudorese, com febre tóxica.

PROCEDIMENTO

At. MUG - foliculoma

98350 - 5683

NATA:

PROTOCOLO RECEBIDO	
30 SET 2013	

Alicinha Sergey de Lima

CRM/RN - 4719

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

(  ) INTERNAÇÃO (  ) ALTA (  ) TRANSFERIDO (  ) EVASÃO

DATA: 16/05/19