



Número: **0800094-09.2020.8.20.5133**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Tangará**

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOBSON COSTA DOS SANTOS (AUTOR)		YAM LIRA MOREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53181606	11/02/2020 14:32	Petição Inicial	Petição Inicial
53183223	11/02/2020 14:32	01. Petição Inicial - DPVAT	Outros documentos
53181608	11/02/2020 14:32	02. Procuração	Procuração
53181609	11/02/2020 14:32	03. Documentos de Identificação	Documento de Identificação
53181610	11/02/2020 14:32	04. Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
53181611	11/02/2020 14:32	05. Prontuários 1	Documento de Comprovação
53181612	11/02/2020 14:32	06. Prontuários 2	Documento de Comprovação
53181614	11/02/2020 14:32	07. Prontuários 3	Documento de Comprovação
53181615	11/02/2020 14:32	08. Ressonância Magnética	Documento de Comprovação
53181617	11/02/2020 14:32	09. Resultado DPVAT	Documento de Comprovação
53181618	11/02/2020 14:32	10. Últimas Consultas	Documento de Comprovação
53183225	11/02/2020 14:32	11. Fotografias	Fotografia
53276887	11/02/2020 14:32	12. CTPS	Documento de Comprovação

Petição e documentos anexos.



Yam Lira Moreira

Advogado – OAB/RN 17.416

AO DOUTO JUÍZO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE TANGARÁ/RN

JOBSON COSTA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 039.499.494-96, portador da cédula de identidade nº 001.837.101 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Senador Georgino Avelino, 55, Centro, Serra Caiada/RN – CEP 59245-000, vem, mui respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu advogado adiante assinado, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua da Assembleia, 100, andar 26, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP 20011-904, pelas razões de fato e de direito expostos a seguir.

I – JUSTIÇA GRATUITA

Após sofrer o acidente veicular, o requerente não teve mais condições de trabalho e ainda encontra-se impedido de realizar qualquer atividade por recomendação médica. Estava recebendo o auxílio-doença, contudo, após nova perícia, a prorrogação do benefício foi negada. Assim sendo, o requerente não possui condições de arcar com as despesas que um processo judicial requer.

Conforme Art. 98 do Código de Processo Civil, toda pessoa que não tiver recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios terão direito à gratuidade da justiça.

Yam Lira Moreira

yamliramoreira@hotmail.com
(84) 99609-7978 / (84) 98861-9319

Página 1 de 7



Yam Lira Moreira

Advogado – OAB/RN 17.416

Diante o exposto, requer o deferimento dos benefícios da gratuidade de justiça em favor do autor.

II – DOS FATOS

No dia 16 de maio de 2019, às 16h, o requerente sofreu um acidente veicular. O requerente que estava em uma motocicleta, foi atingido por um carro ao passar por um cruzamento em uma estrada de terra no interior do Estado, na zona rural do município de Serra Caiada.

Ao ser atingido pelo carro, o requerente foi arremessado contra estacas de madeira que demarcavam terreno próximo. Decorrente da colisão, o autor teve traumatismo craniano, hemorragia no cérebro, quadros de convulsão, sendo necessário ser sedado e intubado e teve que ser levado as pressas para o Hospital Walfredo Gurgel, em Natal, devido a gravidade do seu caso clínico, para a realização de cirurgia.

Apesar da gravidade e do risco de morte, a cirurgia de emergência foi muito bem-sucedida, tanto que o requerente recebeu alta do hospital em torno de 7 (sete) dias após a cirurgia.

Infelizmente, o acidente causou inúmeros danos ao requerente, tanto físicos como psicológicos. Em relação aos danos físicos, os músculos de várias partes de seu corpo foram lesionados, como o ombro, que estão limitando seus movimentos e lhe causando bastante dor. Além disso, o autor teve uma parte do seu crânio retirado, para que pudesse ser feito o estancamento da hemorragia cerebral e aliviar a pressão intracraniana, que causou consequências a sua saúde e a sua estética.

Hoje, o autor não possui a proteção do osso do crânio do lado direito de sua cabeça, e devido a essa ausência dessa parte do crânio, essa região ficou mais profunda,

E em relação aos danos psicológicos, os médicos atestam que o requerente terá que conviver para o resto da vida. Um deles é o seu temperamento, após o acidente os seus familiares perceberam que há oscilações em que o autor facilmente

Yam Lira Moreira

yamliramoreira@hotmail.com
(84) 99609-7978 / (84) 98861-9319

Página 2 de 7



Yam Lira Moreira

Advogado – OAB/RN 17.416

fica estressado e nervoso. Além disso, o requerente está tendo apagões, lapsos de memória, em que muitas vezes esquece o que iria fazer ou falar, ânsias de vômito, dificuldade para dormir quando não toma medicação, com o mínimo de esforço físico já se sente cansado e ofegante, tonturas, dor de cabeça, além do uso constante de remédio para convulsão.

Assim sendo, devido ao acidente automotivo, em outubro, o requerente deu entrada para receber o seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que houve perda e redução das funções de membros e órgãos em decorrência do acidente de trânsito.

Após a realização de perícia médica, o perito médico avaliou como se a lesão do requerente fosse de grau leve, concedendo apenas 25% (vinte e cinco por cento) do valor total do benefício, ou seja, R\$3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais).

Contudo, ao avaliar as consequências causadas pelo acidente, o requerente teve um dano bem maior do que apenas leve. O requerente teve parte do seu crânio retirado, o que causou um aprofundamento da sua cabeça bastante considerável, e as consequências psicológicas como dano cognitivo-comportamental, com seus lapsos de esquecimento, alternância de humor, de fácil aborrecimento, e com riscos de convulsão constantes.

Os seus lapsos de esquecimento são tão sérios que o requerente foi deixar uma roupa que sua cunhada pediu na cidade vizinha. Ele saiu de Serra Caiada para Tangará, e assim que chegou na cidade notou que não mais sabia o motivo que o fez ir até a cidade, esquecendo até a roupa dentro do coletivo.

Ademais, durante a realização da perícia médica, o perito pouco conversou com o autor, não fazendo a entrevista de maneira correta, apenas folheou, rapidamente, os exames, olhou a lesão na cabeça e o liberou. Uma perícia altamente falha e mal realizada que ocorreu em menos de 15 min. O que deixou incrédulo, pois como uma perícia médica é realizada dessa forma, sem uma entrevista detalhada para

Yam Lira Moreira

yamliramoreira@hotmail.com
(84) 99609-7978 / (84) 98861-9319

Página 3 de 7



Yam Lira Moreira

Advogado – OAB/RN 17.416

saber os sintomas e as consequências causadas pelo acidente além da parte física/estética.

Diante da clara insatisfação com o resultado da perícia, o autor vem ao Poder Judiciário, uma forma de reparar a arbitrariedade cometida pela requerida e assim ter o seu direito reparado.

III – DO DIREITO

Conforme provas acostadas aos autos, após realização da perícia médica, a requerida realizou o pagamento de indenização no importe de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais), pois o médico perito avaliou como se a lesão sofrida pelo autor seja de natureza leve.

Assim, conforme Art. 3º, §1º, Inciso II, da Lei 6.194/74, quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, e posteriormente a redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão e 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão.

Dessa forma entendeu o perito que a lesão sofrida pelo autor foi de natureza leve. Contudo, analisando os documentos médicos e o depoimento do autor, fica evidente que a lesão sofrida pelo autor foi de natureza grave, com intensa repercussão na vida do autor, tanto na sua saúde como o seu convívio social.

Com fulcro nas provas anexadas, o requerente sofreu traumatismo-craniano, em região parietal direita com afundamento de calota craniana, e lesões neurológicas no cognitivo-comportamental alienante, não suscetíveis a amenização por qualquer medida terapêutica. Logo, as lesões sofridas pelo autor devem ser enquadradas como lesão permanente total, sendo indenizável no limite máximo.

Em relação as lesões de traumatismo craniano em que além dela há sequelas cognitivas, a jurisprudência entende que a indenização deve ser feita no limite máximo indenizável.

Yam Lira Moreira

yamliramoreira@hotmail.com
(84) 99609-7978 / (84) 98861-9319

Página 4 de 7



Yam Lira Moreira

Advogado – OAB/RN 17.416

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DPVAT. PARTE AUTORA QUE REQUEREU A COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO RECEBIDA ADMINISTRATIVAMENTE EM RAZÃO DE GRAVE ACIDENTE DE TRÂNSITO. PAGAMENTO REALIZADO EM VALOR AQUÉM DO DEVIDO. LESÕES CONSOLIDADAS. DE ACORDO COM O MINUCIOSO LAUDO PERICIAL, O ACIDENTADO SOFREU TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO, COM AFUNDAMENTO DA CALOTA CRANIANA, BEM COMO DIVERSAS CONSEQUÊNCIAS NEUROLÓGICAS DE CUNHO IRREVERSÍVEL, O QUE O ENQUADRA EM CEM POR CENTO DE PERDA, NA FORMA DA LEI 11945/2009 E SUA TABELA. HONORÁRIOS DO EXPERT FIXADOS EM PATAMAR RAZOÁVEL, DENTRO DOS LIMITES PRATICADOS POR ESTE TRIBUNAL. PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS. RECURSO AO QUAL SE NEGA PROVIMENTO.
(TJ-RJ - APL: 00023379420128190079, Relator: Des(a). EDUARDO DE AZEVEDO PAIVA, Data de Julgamento: 10/07/2019, DÉCIMA OITAVA CÂMARA CÍVEL)

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)– INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE – IMPROCEDÊNCIA – AUSÊNCIA DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA – PRELIMINAR – CARÊNCIA DA AÇÃO – FUNDAMENTOS QUE DESTOAM DOS FATOS NARRADOS – REJEIÇÃO – PRESCRIÇÃO – TRAUMATISMO CRANIANO – LESÕES GRAVÍSSIMAS - REJEIÇÃO – FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE - ANÁLISE COM O MÉRITO – ALEGAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DOS REQUISITOS EXIGIDOS PELO ART. 5º, § 5º, DA LEI Nº 6.194/74 – CONSTATAÇÃO – RELATÓRIOS MÉDICOS E HISTÓRICO HOSPITALAR - REFERÊNCIA EXPRESSA À OCORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO – INFORMAÇÕES SUFICIENTES A COMPROVAR O NEXO CAUSAL – COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE – TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO GRAVE E SEQUELAS COGNITIVAS E MOTORAS – LESÕES DE EXTREMA GRAVIDADE - INDENIZAÇÃO NO TETO MÁXIMO – QUANTUM INDENIZATÓRIO A SER FIXADO EM MÚLTIPLOS DE SALÁRIOS MÍNIMOS VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO DANOSO – CORREÇÃO MONETÁRIA PELO INPC DESDE A DATA DO SINISTRO – JUROS DE MORA LEGAIS A PARTIR DA CITAÇÃO - RECURSO PROVIDO. Rejeita-se a preliminar de extinção da ação por carência da ação se os fundamentos das contrarrazões não se coadunam com os fatos narrados na inicial, em total afronta ao princípio da dialeticidade e os requisitos previstos no artigo 514 do CPC. Não há falar-se em prescrição do direito do autor com base no art. 206, § 3º, inciso IX, do Código Civil, que estabelece o prazo trienal para exercício da pretensão, quando a vítima sofre lesões gravíssimas consistentes em traumatismo crânio-encefálico e sequelas cognitivas e motoras, com lenta recuperação, porquanto conta-se este a partir da ocorrência do fato gerador da indenização que se dá com o conhecimento inequívoco da invalidez permanente, conforme Súmula nº 278 do STJ. O Boletim de Ocorrência na Ação de Cobrança de seguro obrigatório DPVAT não é indispensável se por outros elementos constantes nos autos for possível constatar a ocorrência do acidente que provocou a invalidez permanente da vítima. Restando comprovado nos autos as exigências do artigo 5º, da Lei nº 6.197/74, quais sejam, o acidente e o dano dele decorrente (traumatismo crânio encefálico grave e sequelas cognitivas e motoras patológicas) – por meio de relatório médico –, afigura-se necessário condenar a seguradora/ré ao pagamento do valor do Seguro Obrigatório (DPVAT) ao autor em seu grau máximo, diante da gravidade das lesões. O salário mínimo usado como parâmetro de fixação da verba deverá ser o vigente à época do sinistro, a qual deverá ser corrigida monetariamente pelo INPC desde então e

Yam Lira Moreira

yamliramoreira@hotmail.com
(84) 99609-7978 / (84) 98861-9319

Página 5 de 7



Yam Lira Moreira

Advogado – OAB/RN 17.416

acrescida de juros moratórios legais a partir da citação da seguradora. (Ap 18617/2012, DRA. MARILSEN ANDRADE ADDARIO, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, Julgado em 14/05/2014, Publicado no DJE 19/05/2014)
(TJ-MT - APL: 00054550320108110037 18617/2012, Relator: DRA. MARILSEN ANDRADE ADDARIO, Data de Julgamento: 14/05/2014, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/05/2014)

Assim sendo, diante das lesões sofridas, o autor faz jus para que receba a indenização no valor máximo indenizável, ou seja R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais. Logo, o valor de R\$3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco) recebido é insuficiente para reparar os danos sofridos pelo autor, com fulcro na Lei 6.194/74.

Ante o exposto, requer a condenação da requerida para indenizar o autor no limite máximo indenizável, previsto pela Lei 6.194/74, no importe de R\$10.125,00 (dez mil cento e vinte e cinco reais).

IV – DOS PEDIDOS

Diante o exposto, requer ao Douto Juízo:

- A) A concessão dos benefícios da justiça gratuita em favor do autor, com fulcro no Art. 98 do Código de Processo Civil;
- B) A condenação da requerida ao pagamento de indenização do seguro DPVAT no importe de R\$10.125,00 (dez mil cento e vinte e cinco reais), conforme a Lei 6.194/74;
- C) A condenação da reclamada aos juros de mora, a partir da citação da requerida;
- D) A condenação da requerida ao pagamento de custas processuais e dos honorários sucumbenciais, no importe de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.

V – REQUERIMENTOS FINAIS

Diante o exposto, requer ao Douto Juízo:

- A) A citação da requerida para, querendo, oferecer contestação, no prazo legal, sob pena de aplicação dos efeitos da revelia;
- B) O aprazamento de audiência de conciliação para tentativa de composição de acordo entre as partes;

Yam Lira Moreira

yamliramoreira@hotmail.com
(84) 99609-7978 / (84) 98861-9319

Página 6 de 7



Yam Lira Moreira

Advogado – OAB/RN 17.416

C) A procedência total desta demanda, deferindo todos os pedidos supracitados;

D) Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidos, em especial a prova documental, o depoimento pessoal das partes, a testemunhal e a pericial.

Dá-se a causa o valor de R\$10.125,00 (dez mil cento e vinte e cinco reais).

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Serra Caiada/RN, 03 de fevereiro de 2020.

Yam Lira Moreira
OAB/RN 17.416

Yam Lira Moreira

yamliramoreira@hotmail.com
(84) 99609-7978 / (84) 98861-9319

Página 7 de 7



Yam Lira Moreira

Advogado – OAB/RN 17.416

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **JOBSON COSTA DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 039.499.494-96, portador da cédula de identidade nº 001.837.101 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Senador Georgino Avelino, 55, Centro, Serra Caiada/RN – CEP 59245-000.

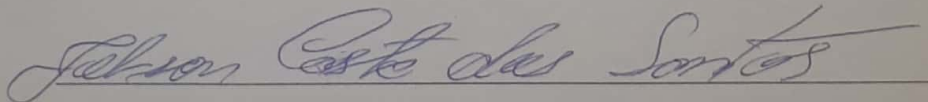
OUTORGADO: **YAM LIRA MOREIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 17.416, inscrito no CPF sob o nº 083.430.944-09, de endereço eletrônico yamliramoreira@hotmail.com, telefones (84) 99609-7978 e 98861-9319, residente e domiciliado na Rua Rio Solimões, 21, Emaús, Parnamirim/RN – CEP 59148-693.

OBJETO: representar o outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos ou judiciais em qualquer juízo.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe poderes inerentes a cláusula **ad iudicia et extra**, para o foro em geral, especialmente para propor ação em face da **SEGURADORA LÍDER ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECIAIS: 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.

Parnamirim/RN, 14 de novembro de 2019.



Outorgante

Yam Lira Moreira
yamliramoreira@hotmail.com
(84) 99609-7978 / (84) 98861-9319

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner





caern COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
RUA SEN GEORGINO AVELINO, N. 55 - CENTRO SERRA
CAIADA RN 59245-000
115
32930118

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 16/05/2019 ÀS 15:47:16

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO
JOBSON COSTA DOS SANTOS RUA SEN GEORGINO AVELINO, N. 55 - CENTRO SERRA CAIADA RN 59245-000		251994	05/2019
INSCRIÇÃO 553.001.035.0435.000	ROTA 1	SEQ.ROTA 2495	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PUEBLO
HIDRÔMETRO A125115548	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	
CONSUMO ÁGUA (M ³): 4		DATA LEITURA: 16/05/2019 LEIT. ATUAL: 544 LEIT. ANT.: 540 DIAS CONSUMO: 29	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
04/2019	5	02/2019	6
03/2019	6	01/2019	9
12/2018	7	11/2018	8
DESCRICAÇÃO ÁGUA		CONSUMO	TOTAL (R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(%)		4 M3	39,90
CONSUMO DE ÁGUA			0,79
MULTA P/IMPUNTUALIDADE: 04/2019			
FATURAS EM ATRASO			
REF	201807	97,72	REF 201902 40,78
REF	201812	43,49	REF 201903 55,50

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: YAM LIRA MOREIRA - 11/02/2020 14:31:47

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021114314664400000051277177>

Número do documento: 20021114314664400000051277177

Num. 53181609 - Pág. 1

SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem _____ Município _____
PACIENTE Jobson Costa dos Santos Prontuário _____
Endereço _____
Idade 38 anos Sexo ☒ M ☐ F Ocupação _____
Nome do Responsável _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico:

PO amiotomia p/ Tratamento de
Hemiflexão extensora (16/5/2019).

Resultado dos Exames _____

Tratamento já Realizado _____

Impressão Diagnóstica: _____ CID _____

MÉDICO

CRM

DATA

23 / 5 / 19

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a especialidade Neurocirurgia

Consulta marcada para a Unidade _____ Município _____

Para o Dr. _____ às _____ horas do Dia 1 / 1 / _____

SUS - RN

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada _____ Município _____

PACIENTE _____ Prontuário _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado dos Exames Realizados _____

Diagnóstico _____ CID _____

Conduta _____

Observações: _____

MÉDICO

CRM

DATA

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário) nº _____

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: YAM LIRA MOREIRA - 11/02/2020 14:31:47

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021114314664400000051277177>

Número do documento: 20021114314664400000051277177

Num. 53181609 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO E SAÚDE PÚBLICA
COMPLEXO HOSPITALAR MONSENHOR WALFREDO GURGEL

L-229

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE

HORÁRIO DE VISITAS

HOSPITAL M. WALFREDO GURGEL			PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO	
ENFERMARIAS/CTQ	UTI's	CRO	POLITRAUMA	ATEND. CLÍNICO I e II
Todos os dias 14 às 17h <i>visita</i> CTQ 11 às 12h / 15 às 17h	Todos os dias 11:00 às 12h 15:00 às 18h UTI Pediátrica 15 às 17h	Todos os dias 15:30 às 15:45	11:00 às 12h 15:00 às 16:30	10:00 às 11h 15:00 às 16:30

HORÁRIO DE VISITA PARA PACIENTES PRIVADOS DE LIBERDADE

Sábados – 14 às 15 h

HORÁRIO DE TROCA DE ACOMPANHANTE

Todos os dias		
7 às 9	12 às 14	17 às 19

IMPORTANTE: É indispensável trazer cópias de RG, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento, comprovante de residência e Cartão do SUS do paciente.

NORMAS E ROTINAS INSTITUCIONAIS:

- Tem direito a acompanhante: crianças e adolescentes, idosos e pacientes com dependência avaliada pela equipe de saúde;
- Podem ser cadastradas até 5 acompanhantes por paciente;
- É proibida entrada de crianças nas dependências do Hospital. A idade mínima para visitas é 12 anos;
- Para ser acompanhante a idade mínima é 18 anos;
- As trocas de acompanhantes devem ser feitas na Recepção. Acompanhantes de pacientes na faixa etária de 0 a 13 anos poderão realizar a troca na própria enfermaria, desde que devidamente sinalizados pelo Serviço Social e seguindo o horário determinado;
- O acompanhante deve cumprir as normas e rotinas hospitalares;
- É proibida a entrada de acompanhantes com vestimenta inadequada (short, regatas, saias e vestidos curtos, top que deixem à mostra a barriga).





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TANGARÁ
Endereço: RUA MIGUEL BARBOSA, 184, CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019092000450
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 25/07/2019 11:33:24
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/05/2019 16:20:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Outro
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: SÍTIO RIACHO DO MEIO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOBSON COSTA DOS SANTOS
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Sem Informação
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR
3.15 Telefone(s): 84 988178604
3.17 Número: 55
3.19 Bairro: CENTRO
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

3.2 Estado civil: Sem Informação
3.4 Pai:
3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS
3.8 Orientação Sexual: Ignorado
3.10 Identidade de Gênero: Ignorado
3.12 Data de Nascimento: 21/06/1980
3.14 RG: No informado
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: NATAL/RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA SENADOR GEORGINO AVELINO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA E REGISTROU QUE NA DATA E HORAS SUPRACITADAS SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE QUANDO ESTAVA indo na DIREÇÃO: SERRA CAIADA/SÍTIO RIACHO DO MEIO; QUE FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO (PRISMA-GM- PLACA MOI4H33); QUE O MOTORISTA DO REFERIDO VEÍCULO ENTROU EM UM CRUZAMENTO SEM PARAR E ATINGIU O DECLARANTE LATERALMENTE; QUE O DECLARANTE FICOU EM COMA POR 5 DIAS, TENDO FRATURA NO CRÂNIO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

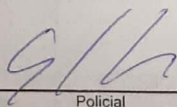
10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 25/07/2019
Usuário: 2071681 - ELTON RAFAEL FLORÊNCIO SILVA
Complemento: TESTEMUNHAS: JOSÉ MARCOS DE AZEVEDO JÚNIOR E SIWANNY SANTINA RODRIGUES COSME - RUA 24 DE NOVEMBRO - 234- SERRA CAIADA/RN.

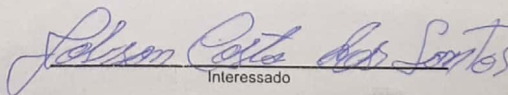
Data do Complemento: 25/07/2019
Usuário: 2071681 - ELTON RAFAEL FLORÊNCIO SILVA
Complemento: DECLARANTE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTO: HONDA CG TITAN 160 - PLACA QGX5750 - RENAVAM 01174310720 / ANO 2018/2019 FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL - NATAL RN

11. DECLARAÇÃO

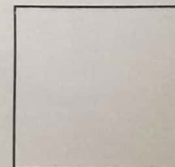
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 25/07/2019 11:33:24



Policial



Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2071681 - ELTON RAFAEL FLORÊNCIO SILVA
Impresso por: 2071681 - ELTON RAFAEL FLORÊNCIO SILVA em 25/07/2019 11:44:45

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2019092000450 - Código de autenticação: d97c9234e12282932c549dcca0949265

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: YAM LIRA MOREIRA - 11/02/2020 14:31:47

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021114314716600000051277178>

Número do documento: 20021114314716600000051277178

Scanned by CamScanner

Num. 53181610 - Pág. 1

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: Yolson Costa dos Santos Profissão: _____
Data de Nascimento: 21 / 06 / 80 Idade: 39 Sexo: (☒) Masculino () Feminino
Cor: _____ Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: _____ Estado Civil: _____ Identidade: 001.837.401
Cartão SUS: 705000201079750
Filiação (Mãe ou Pai): Maria de Fatima Costa
ENDEREÇO: R: Sen. Georgino Avelino 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: Hipertemia() Diarreia() Emese() Artralgia() Dor generalizada() Edema() Prurido()
Dispneia() Dor retrorbitaria() Linfonodomegalia() Exantema()



Outros

38^o, pressão. Tc. Oxímio após acidente automobilístico. Acidente em rua Vianha batido num carro. Fc=65
Sat=90%, ECG=14/min (parando) FR=20, Fc=65bpm. PA=140x100.
Paciente muito agitado, c/ desorientação, muito sudoroso, c/
hematomas.

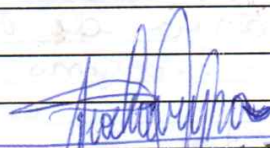
PROCEDIMENTO

Adm. MUG - Politrauma

fy

98850-5683

NATA:



Aliocha Sergey de Lima

CRM - 4719

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

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

DATA:

16/05/19





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

RECEITUÁRIO

NOME: Johann Costa da Silva MATRÍCULA: _____

Relatório Médico

Paciente de 38 anos permaneceu internado
neste hospital entre 16/5/2019 a 23/5/2019
devido a transição amarela grave
vindo a precisar de tratamento cirúrgico
por 7 dias de internação nos de alta
melhorada. Deixou após todo de suas afecções
a principal por 02 meses, mais.

CID: S06.0

Dr. Angelo R. S. Neto
NEUROLOGIA
CRM 4261
CRM MED NATAL 1.4267

DATA 23/5/19

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA.
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 24956 /2019
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

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS

Pai:

Logradouro: SENADOR GEORGINO AVELINO, 14

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

CEP: 59245000

Bairro: CENTRO

Telefone: 84 .987328842

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO
*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 / convulsões.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	VP
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

taxa: Exame
pressão: física

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

tce

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



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

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)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Rafael Rosas
 Cirurgião Geral e do A.D. Digestivo
 CRM/RN 4001

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA), 3 - ABRA VIA AEREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVIA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRAQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, 10MIN PROPORÇÃO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEIA, 8 - DEIA DISPONÍVEL: ANALSE O RÍTIMO, 9 - RÍTIMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PJ DEIA BIFÁSICO), E REINICIE RCP, 10 - RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZ 11: 18:50 Neurocirurgia 2	
ANAMNESE Reciente vítima de colisão moto e carro às 16:00 com rebecamento do nível de consciência e crise convulsiva	
EXAME FÍSICO	Sedado Pupilas mióticas Glasgow=VI
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA TCE TC cervical:NNN	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
TC de crânio: Hematoma Extradural Temporal e direita parietal direita	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Intensivos Hospitalar cirurgia de urgência	4:22:50 # cirurgia cerebral realizada sutura em p ^o esquerdo - Dra. Alyne Sousa Miranda Médica CRM/RN 9054 + Dr. Karlo
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o horário, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Pala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Reativa inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Descrebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	6-9 = 3
	1-5 = 2
	0 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Seaco W.J. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);
09-14=moderado;
15-16=leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974.2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaborem com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Remoção* DATA: 16/5/19 HORA: 18:55

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

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

DR. RAMON B. GUERREIRO
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 5107

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: 11/ / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
A missão 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

Idade: 38 anos 10 meses 25 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

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

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Nº: 14

Bairro: CENTRO

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 08

Responsável: JOBSON COSTA DOS SANTOS -

Usuário: WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO

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

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.4 - HEMORRAGIA EPIDURAL
403010276 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 16 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



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: **127240 JOBSON COSTA DOS SANTOS**

Prontuário:

CNS: 705000201079750

Nascimento: 21/06/1980 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE FATIMA COSTA DOS SANTOS

Pai:

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

Fone: 987328842 /

Município: PRESIDENTE JUSCELINO

Código Municipal IBGE: 241030

UF: RN

CEP: 59245-000

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 MIOTICAS

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

Diagnostico e Procedimento Inicial:

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL*403010276. TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:
RAMON BARBALHO GUERREIRO

DR. RAMON B. GUERREIRO
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 5107

CRM: 5107 / RN

Data da Solicitação: 16/05/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Empresa: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH: _____





Nº Registro:

Leito: 6214

[illegible]



Nº Registro:

Idade:

Leito:

Sergio A. F. Dantas
CRM-RN 4462
Neurocirurgia Funcional
Radiocirurgia

Danielle Damasceno Silvestre
Nutricionista
CRN - 87199

Leonardo
9154576





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

Nome: JOSÉSON COSTA 23 Sinto Nº Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDICIPLINAR
	NH 18/05/19
	Paciente com interesse agido, mobilizado 4 dimensões corporais Não olha o corpo Músculos - CT
18.05.19	Apreciação curricular plane em m. - KANAKURA Jair de Araújo Alves Neurocirurgia/Neurologia CRM 4875
18/05/19	paciente com nomeado, 05/05/19, 16T 193 A 132 e no momento d SNG d 05/05/19. mantendo calmo.
	MF de Conceição Duarte Nutricionista CRN 1302
18.05.19	FINOTERAPIA Fe = 110 bpm TA = 132/69 mmHg SpO2 = 98% Pte. cervice grave, agitado. VNI PCV 30/8/02 Baixado, agitado, em VNI de neuroleptico. Edema facial + Altera hemicorpos bilaterais. Mal adaptado a VNI. Modificação modo p/ PSV - 2. 30% O2, PEEP = 4 cmH2O, PS = 9 cmH2O Apneia moderada, saturação de O2 decreta, em sustrato de expiração da hemicorpo expiração. Músculos de A. abd. abd + abd. tor + Asp. TOR VAS + abd + Asp. tor presença cuff 130 cmH2O + Apneia, posicionamento no leito + Apneia unilateral
	Joana Dore Gomes Fisioterapia CREF 110.8981





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Manoel de Medeiros
Pronto-Socorro Clóvis SarinhoADMISSÃO MÉDICA
UTI

Identificação Data: 31/05/19

Nome: Alexandre Lira Registro: 17.7.240

Leito: 314 Idade: 35 Data de Nascimento: 21/10/1980 Sexo: (X) M () F Data da Internação Hospitalar: 16/05/19

Diagnóstico(s): TCE + DTMG Peso: Kg

Setor/Unidade de Procedência: (X) CC () CIR () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: Sepsis

Reinternação? () Não () Sim <48h? () Não () Sim

APACHE: 20

História Clínica

- História recente de trauma auto-culpo.
- TCE Grave com sedação no hospital → IDT.
- TC crânio: 123. Doença pré-existente.
- Sepsis por pneumonia bacteriana + otite média.
- Medicação: 10mg de clonazepam, 20mg de morfina.

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Espontânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6	Sedado? () Não (X) Sim SAS* _____ CAM-ICU** positivo ()
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização à dor	5	
	À dor	2		Palavras inapropriadas	3		Flexão inespecífica (retirada)	4	
	Ausente	1		Sons incompreensíveis	2		Flexão hipertônica (decorticação)	3	
				Sem resposta	1		Extensão hipertônica (decerebração)	2	
						Sem resposta	1	NIH admissão (se aplicável): _____ Hunt Hess (se aplicável): _____ Fisher (se aplicável): _____	

ECG =

Não se aplica ()

* Sedation-Agitation Scale
Assessment Method for the Intensive Care Unit

** Confusion

ECG = Não se aplica ()

TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()

Pupilas (descrição):

Rigidez de nuca: () Não () Sim

Descrição de déficit motor:

Obs.:

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O₂ _____ L/min () MV _____ % () VNI SatO₂: _____ % FIO₂: 50 %

(X) TOT há _____ dias, nº _____ () TQT há _____ dias, nº _____ Freq. Respir.: _____ IRPM

Descrição do Exame Pulmonar: pulmão com roncos e crepitações

Observações:





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

Nome: Johnson Costa dos Santos
Serviço: _____

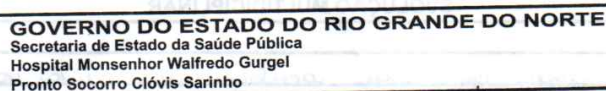
Nº Registro: _____

Idade: _____

Leito: 644

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDICPLINAR
19/05/2019	<u>Nutrição</u> Paciente evolui com dieta 3ra. porção ENF. (HGT 208 kg). Ad. Solicita avaliação da fonoaudiologia. Daniela Damasceno Silveira Nutricionista CRN - 07199
	<u>NH 19/05/19</u> Paciente acordado, exuberante El pulso de <u>aprox. 100</u> <u>pressão</u> <u>Duro voz e ritmo</u> <u>duro</u> <u>Ag. 15 min</u> Jaíl de Araújo Alves Neurocirurgia/Neurologia CRM 4875
19.05.19.	<u>Fisioterapia.</u> Paciente neurologia, muito agitado hoje, respirando espontaneamente em 100%, sem sinais de desconforto respiratório. SpO₂ 100%, respondendo o comando motor. AP: HGT em RA. Condição: excitação atípica global, subjeção da cirurgia, para o momento no estado paciente que com SpO₂ 99% em a.a. Flávio Emanuel de Melo Fisioterapeuta Fonoaudiólogo CREFITO 153591 F





Nome: JOHNSON CATH ROS SARTRE Nº Registro: _____
 Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
20/05	Ngn tempo 15 sem, mais sem def. par. fo. res e contato com dinamismo natatório, sem lesões d 1 pul. de man. co - Alta de UTI. Dra. P. S. A. M. M. M. Núcleo de Geriatria CRM 1599
20/05/19	# Evolução UTI - POH 4º DPO DHED + Craniectomia Descompressiva (Hematomas epidural pós colisão cefálica - Em uso: Ceftriaxona 2g/dia (D4) Clindamicina 300mg 3/6h. (D4) Paciente evolu. clínica e hemodinâmica estável. Sem queixas, vigie, contactuando. Ex uso de DUA. Sono, apetite e diurese preservada Não apresentou exacerbação. Sem deficits neu rológicos focais ou RNC. D: 1200mg/24h. AO exame, REG, vigie, orientado, hipocrático (+/-), hídric tudo amictico. Aciapático. Hematoma parietal bilateral. Neuro: Glasgow 15 pupilas IFR, S/ secreção AC: ACR, 2T, SNE. S/ sopros, FC 95. AP: LV(+) discretamente aumentado em HTD (base S/ RAS sad. 93%. ABD. plano, flexível, indolor, RHA(+) MMII: Sem edema ou sinais de TVP.

Conclusão: Data da UT
Início reposição de K (K 3.1)
Início dieta e/ou da pastosa
Incl. na lista de monitoramento

Regina Coeli de Freitas
Médica
011-3333-0000



AVALIAÇÃO DIURNA

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

DHED

ANTIBIOTICO: CEFTRIAXONE E VANCOMICINA

clindamicina

PACIENTE ESTAVEL, SEM SEDAÇÃO, COM RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, 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: 16IRPM LP:16

ABDOME: NORMOTENSO, RHA + SEM VCM

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

CD: TC DE CRANIO CONTROLE

REAVALIAÇÃO DO NEURO

REPONHO CA.

Dra. Elaine A. Ferreira
CRO 9351/RR
Médica Intensivista





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Robson Costa da Silva Santos Idade: 38a Nº Reg.: 127240
Serviço: Nutrição Enfª UN 20 Leito: 644

AO SERVIÇO: Fonoaudiologia

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

Paciente interna no HD, apud SNE e evolui em dieta 20.
com MV
Solicita avaliação quanto à intervenção na dieta 20 ou suspensão
da SNE

Quarta

Danielle Damasceno Silveira
Nutricionista
CRN - 87199

Natal/RN, 19 de Maio de 2019

Médico que solicita o parecer

PARECER: Paciente avaliado pela Fonoaudiologia, apresentando
disfunção funcional sem episódios de tosse e com alta
empirica limpa. Linguagem preservada.
ed. pura pastosa liberada
sta fono

Karla Danully S. de A. Marques
FONOAUDIÓLOGA
CRF 9748/RN

20/5/19

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 Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**

Nome:

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Hernia abdominal tipo paraestefal D.

Indicação terapêutica:

Hernia de HED.

Urgência ()

Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data:

16/05/19

Início:

19:45h

Término:

Duração:

Operador:

Dr. Carlos

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

Dr. Fábio

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Paulo

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- Pte em DDH, sob aut-pul, com o rodado P1 e P2;
- Tricotomia, Assepsia, Ant-esp, colocação de campos cirúrgicos;
- Incisão tipo cushing FTP à D, reparo do flocio cutâneo;
- Presença de Fte coarctada e epandante tipo P1;
- Craniotomia FTP à D e a reparação e drenagem do HED; Anestesia dorsal nas bordas da coarctação;
- Hemostasia e coagulação bipolar + superficial;
- Dreno subcutâneo e saída por contra-pressão uterina;
- Sutura por planos;
- Curativo estéril;
- À UTI.

Dr. Cláudio V. Pereira
NEUROCIRURGI
CRM - 5188

Coleta de material anatomo-patológico: (X) NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: (X) NÃO () SIM QUAL?

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.



Assinado eletronicamente por: YAM LIRA MOREIRA - 11/02/2020 14:31:52

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021114315124300000051277182>

Número do documento: 20021114315124300000051277182

Num. 53181614 - Pág. 6



Servico:

Idade: 38 anos

Nº Registro:

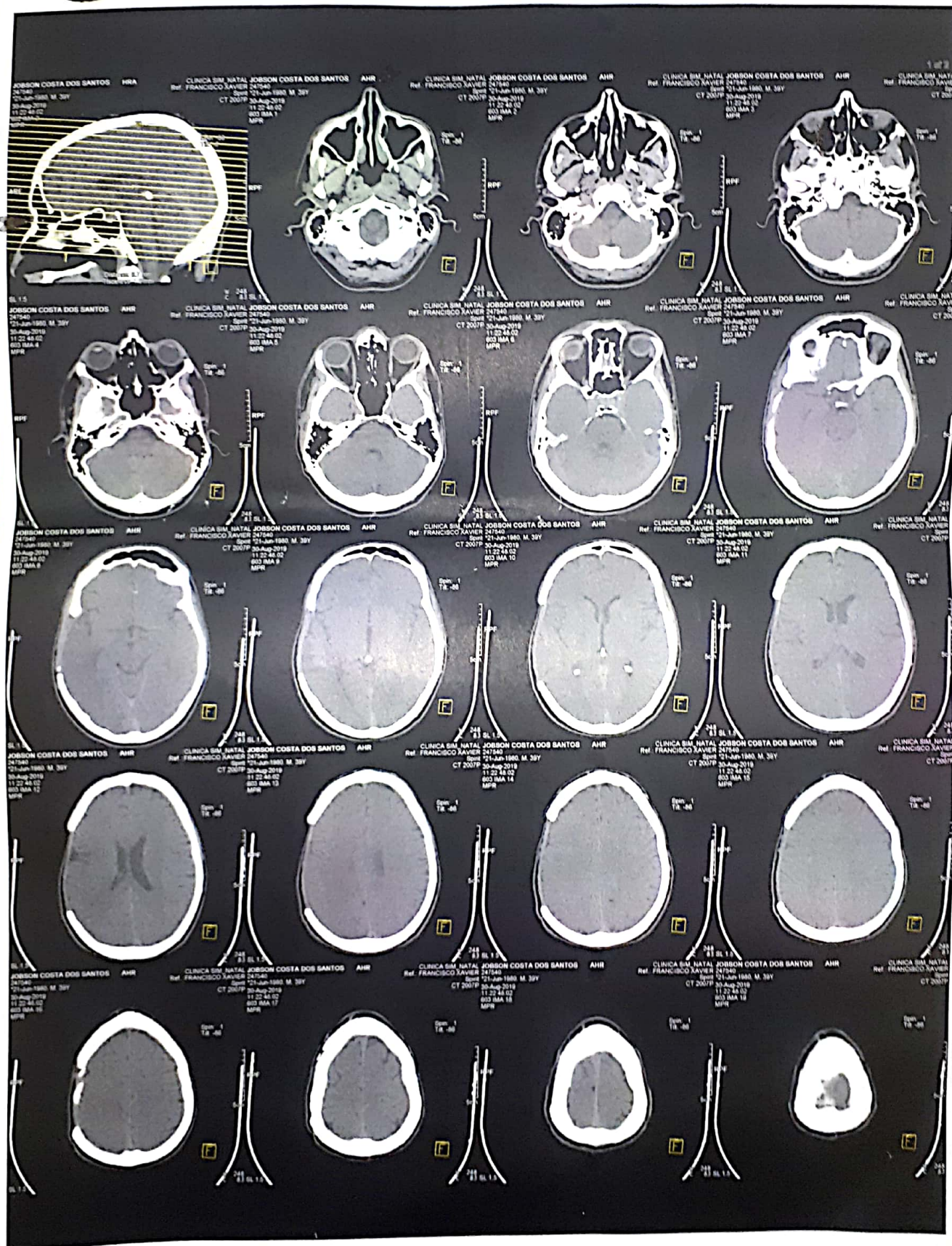
Leito: 229

FISIOTERAPIA
RESPIRATORIA
MOTORA (X)

Ana ~~de~~ Marcelino
Fisioterapeuta
CREDITO 216238.5

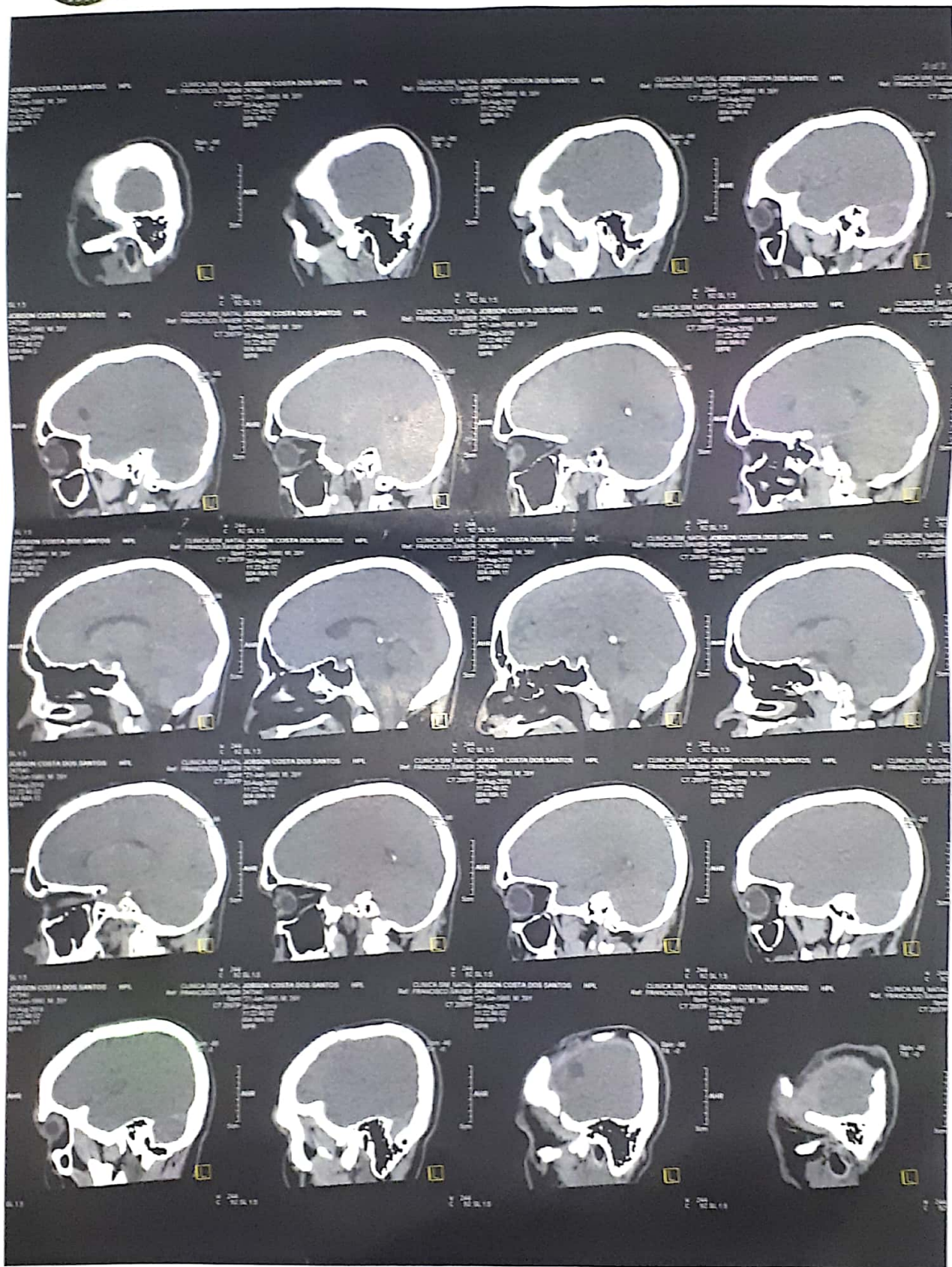
FISIOTERAPIA
RESPIRATORIA ()
MOTORA ()





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





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, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190557185

Vítima: JOBSON COSTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOBSON COSTA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: 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%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **JOBSON COSTA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **806**

Conta: **0000089053-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





RECEITUÁRIO MÉDICO

plum conta em Santos

Atento ao médico

Atento para o exame final
por o ponto 1- no ponto do
de TCE grau 05/15ht
prata de novo aparelho.
TC de novo 08/15.

no momento para D. +
mim também.

até T 50.5 + 140.5

Dr. Juliano Batista da Silva

Neurologia/Psiquiatria

Eletroencefalografista

CRM-RN 7499 CRM-PB 9834

06/11/15

I - Rua da Central, 48 - Ao lado da Rodoviária - Centro - Santo Antônio/RN

Fones: (84) 3282-2386 / 9919-3301

II - Av. Celso Lisboa, 1137 Centro - Passa e Fica/RN

Fones: (84) 3288-2351 / 98703-0222

III - Rua Augusto Severo, 235 Centro - São José De Campestre/RN

Fones: (84) 3284-2397 / 99613-6166 / 99131-7300





RECEITUÁRIO MÉDICO

plano 2. ou 1

Sigue ou 12

Fina

Dr. Juliano Batista da Silva
Neurologia / Psiquiatria
Eletroencefalografista
CRM-RN: 7499 / CRM-PB 6834

061 N 113

- I - Rua da Central, 48 - Ao lado da Rodoviária - Centro - Santo Antônio/RN
Fones: (84) 3282-2386 / 9919-3301
- II - Av. Celso Lisboa, 1137 Centro - Passa e Fica/RN
Fones: (84) 3288-2351 / 98703-0222
- III - Rua Augusto Severo, 235 Centro - São José De Campestre/RN
Fones: (84) 3284-2397 / 99613-6166 / 99131-7300



Receituário Controlado - Medicamento

CLÍNICA DR. MATHEUS AMARAL

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CLÍNICA DR. MATHEUS AMARAL
CNPJ: 19.406.035/0001-53
RUA APRIGIO FERNANDES, 56 - PINHA
TANGARA/RN
CEP: 59.240-00
TELEFONES: (84) 3282-2521

Dr. Juliana Batista da Silva
Neurologia/Psiquiatria
Eletroencefalografia
CRM-RN: 7499 CRM-PB 9934

Assinatura ou Carimbo do Médico

Paciente: Juliana Batista da Silva

Endereço: Rua Aprigio Fernandes, 56 - Pinha

Prescrição: VALP 500 - 1x

1VP 08h

06/11/18

Identificação do Comprador

Nome:	
RG:	Org. Emissor:
End:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor

Ass. do Farmacêutico
DATA: ____/____/____



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF: _____ NÚMERO: RN 993740 B SÉRIE "P" 06 de 11 de 15		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE DR. JULIANO BATISTA DA SILVA NEUROLOGIA/PSIQUIATRIA C.R.M. 7499 - RG 1.573.550 SSP/RN Av. Pernambuco, 101 - Cidade da Esperança CEP: 59070-340 - Natal/RN		Medicamento ou Substância <i>neostin</i>	
Paciente: <i>plano c. a m</i>		Quantidade e Forma Farmacêutica <i>20x</i>		Dose por Unidade posológica <i>2m</i>	
Endereço: <i>Av. A. S. S.</i>		Posologia <i>1x 20x</i>		Assinatura do Emissor <i>[Assinatura]</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade Nº: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR Nome do Vendedor: _____ / _____ Data: _____ / _____ / _____			

GRÁFICA MODERNA LTDA. - Rua Pres. José Bento, 716 - Alecrim - Telefax: (84) 3223-4075 - Natal/RN - CNPJ: 35.307.131/0001-09 - Insc. Est. 20.037.960-7 - CHAE: 1821-1/00 - 30 Talões 20x1 com 600 Fis de Notificação de Receita - Numerados de 993.291 a 993.890 - Série - "P" Autorização Emitida Pela VISA/RN Nº 1845/2018 - Em 04/10/2018

Scanned by CamScanner

















EMITIDA PELA PREFEITURA MUN. DE SERRA CAIADA/RN

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 79.255 Série 00018-RN



JOBSON COSTA DOS SANTOS
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jolison Costa dos Santos
Loc. Nasc. Natal Est. RN Data 21/06/1980
Filiação Jose Rodrigues dos Santos
Mauri de Fátima Costa dos Santos
Doc. Nº R.G. 1.837.101 - SSP/RN

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 26/10/01 DRT Serra Caiada/RN

José Iranilson Oqueres Viana
Assinatura do Funcionário
Emitente Credenciado
CPF 046.875.604-31



DEPENDENTES

Registrado em / / como sob
Nº Liv. Fls. Data
DRT
Ass. do Funcionário

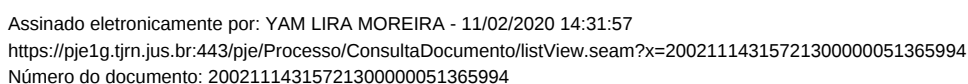
Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data
DRT
Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data
DRT Ass. do Funcionário

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

CARTEIRAS A		
Número	Série	Data da Entrega



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF N°

Rua Est.

Município

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

