



Número: **0800629-14.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA (AUTOR)	GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
17259 457	10/01/2018 10:57	Procuração20171213 17444446
17259 476	10/01/2018 10:57	Documentos Pessoais20171213 17511078
17259 497	10/01/2018 10:57	Comprovante de Residência20171213 17524658
17259 526	10/01/2018 10:57	Boletim de Ocorrência20171213 17532562
17259 552	10/01/2018 10:57	Documento Médico 0120171213 17575672
17259 581	10/01/2018 10:57	Documento Médico 0220171213 18005295
17259 597	10/01/2018 10:57	Comprovante de Sinistro Administrativo



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, professor, portador do Rg nº 2198431 SSP/RN, CPF nº 047.985.424-66, residente e domiciliado á Rua Antônio Fagundes, 23, Centro, Santo Antônio-RN, CEP 59255-000.

OUTORGADOS: GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEIÇÃO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/MA sob o nº 7.617, OAB/RN sob o nº 680-A, OAB/CE sob o nº 24.263-A e OAB-PE sob o nº. 1298-A, com endereço profissional na Rua Marechal Floriano, 69-A, Centro, Santo Antônio - RN, CEP nº 59255-000, Tel: (84)3206-3717;

PODERES: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive propor quaisquer ações, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, levantar alvará e receber cheque, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante e defendendo-o, na condição de reclamado bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Santo Antônio -RN, 15/10 / 2017.

Jozenildo José de Oliveira.
Outorgante

Advogado

Rua Marechal Floriano, nº 69-A, Centro, Santo Antônio – RN, CEP 59.255-000.
Fone: (84) 99433-0418/ 99933-8492 email: potiguarassessoriarn@gmail.com



HiperCard



|||||

PC-00

JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA
R ANTONIO FAGUNDES 23
CASA - CENTRO
59255-000 SANTO ANTONIO - RN

00170652

Postagem: 09/07/2017
Vencimento: 20/07/2017
Emissão: 09/07/2017

090717

Fechamento próxima fatura: 15/08/2017

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	138,34
Pagamento efetuado em 16/06/2017	-138,34
● Saldo financiado	0,00
● Lançamentos atuais	384,27
● Total desta fatura	384,27

Titular JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA
Cartão 6062.XXXX.XXXX.9966

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue 3003-3030. É rapidinho!

vencimento	A) pagamento total R\$ ou	B) pagamento mínimo R\$ ou	C) parcelamento R\$ ou	D) entrada para financiamento: pague qualquer valor entre R\$
20/07/2017	384,27	57,64	24 X 36,07	Não Disponível

Consulte outras opções

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	2.300,00
Limite utilizado no mês	384,27
Limite de crédito parcelado	3.450,00
Retirada de recursos Páis(saque)	110,00

Nova opção de pagamento
D) entrada para financiamentos
Quando disponível, o valor pago
será considerado como entrada
de um financiamento e o saldo
restante será dividido em parcelas
fixas com juros iguais aos do
parcelamento da fatura.
Se você efetuar um pagamento
inferior ao valor mínimo da entrada,
você estará em atraso, com
cobrança de juros, multa e mora.

Lançamentos: compras e saques

CRISTIANE OLIVEIRA (final 5953)		
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
04/05	ISABELLES 03/04 SANTO ANTONIO	72,00
07/06	T D R DO NASCIMENTO ME NOVA CRUZ	50,00
07/06	T D R DO NASCIMENTO 01/02	41,00
16/06	LUCELIA CALCADOS 01/02	30,00
16/06	JC CONFECCOES E PE 01/02	29,50
27/06	MANIA D COUTO NATAL	49,99
27/06	RIACHUELO LOJA 13201/03	33,88
27/06	MIRANDA COMPUTACAO 01/10	77,90

Continua...

Compra presencial

com uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75363 38868.462045 00173.090002 3 000

Número do Documento 00136388684/0006245

Nome do Pagador/CPF/CNPJ JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA - 047.985.424-66

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIPERCARD BANCO MÚLTIPLA S.A - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRACAS - RECIFE - PE

Nossa Número

reclamo do pagador
175/36388684-6

Valor do documento

R\$ 384,27

Vencimento

20/07/2017

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75363 38868.462045 00173.090002 3 000										
Local de Pagamento		Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.											
Nome do Beneficiário/ CPF/CNPJ		Nome do Beneficiário/ CPF/CNPJ											
Data do Documento	Número do Documento	Espécie DOC.	Aceite	Data do Processamento	Nossa Número	Agência / Código Beneficiário							
20/07/2017	00136388684/0006245	FT	N	09/07/2017	175/36388684-6	2040/01730-9							
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	(-) Descontos / Abatimentos							
	175	R\$			R\$ 384,27	(+) Juros / Multa							
Instruções de responsabilidade do beneficiário.													
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) Pagar pelo menos o valor mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de parcelamento de fatura oferecidas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento; (iii) pagar qualquer valor indicado na opção "Entrada para financiamento", financiando o restante em parcelas iguais, com juros de Parcelamento da Fatura.													
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP													
JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA - 047.985.424-66													
R ANTONIO FAGUNDES 23 - CASA - CENTRO - 59255-000 SANTO ANTONIO - RN													
Sacador Avalista:													



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO
Num. 17259497 - Pág. 1

https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1801101055008810000016468163

Número do documento: 1801101055008810000016468163



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SANTO ANTÔNIO/RN
Tel: 3282-4927

BOLETIM DE OCORRÊNCIA n.º 0884/2017



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local: Rua Marechal Floriano /Santo Antônio/RN

Data: 31 /03/2017 **Horas:** 19:30hs

Comunicante (X) Vítima(X):

JOZENILDO JOSÉ DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, Professor, natural de Santo Antonio RN, nascido aos 03/11/1983, filho de José Teodorico de Oliveira e Enilda Inácio de Oliveira, com RG 2.198.431 RN, CPF 047.985.424-66/MF, residente na Rua Antonio Fagundes, 23, Centro, Santo Antonio RN.

HISTÓRICO

DISSE O(A) COMUNICANTE/VÍTIMA que na data, local e hora acima mencionados, pilotava a motocicleta Honda /CG 150 Start, ano/modelo 2015/2015, de cor preta, de placa QGF 9790/RN, com renavam 01071794598, chassi 9C2KC1670FR219569, em nome do comunicante, que ao tentar livrar de uma criança , veio a cair no solo, onde foi socorrido por alguns populares que estavam próximo para o Hospital Lindolfo Gomes Vidal, em Santo Antonio RN, onde foi encaminhado para o Hospital Walfredo Gurgel, em Natal RN, onde o mesmo teve fratura na fibula e que posteriormente foi transferido para o Hospital Dr. Rui Pereira para o procedimento cirúrgico. Nada mais disse.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro de B.O e providências cabíveis para o caso.

OBS: Todo conteúdo é de responsabilidade do declarante.

 Comunicante	<p>Data: 31/ago/2017, às 12:40hs</p>  APC. Leonardo Fabricio de Oliveira Mat. 83.580-3
--	--

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente
fotocópia é a reprodução fiel do
original que me foi exibido.

Santo Antônio / RN

149117

*Maria da Conceição Sátilim Cruz
Escrivana Autorizada
1º Ofício de Santo Antônio*





Secretaria de Saúde Pública - RN

HRLGV

Hospital Regional
Lindolfo Góes VidalTIPO DE ATENDIMENTO: Urgência/Emergência AmbulatorialOPERADOR: ROSEMARY BATISTA DA SITUAÇÃO DO PACIENTE: Residência Transferido Internado Óbito

BOLETIM DE ATENDIMENTO N.º 11582 - N.º DO PACIENTE: 8871

NOME: JOZEN LDO. JOSÉ DE OLIVEIRA	CNS:	IDADE: 33
SEXO: Masculino	COR: Parda	ESTADO CIVIL: Casado (a)
DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1981	NACIONALIDADE: Brasileira	PROFISSÃO: PROFESSOR
ENDEREÇO (Rua, Avenida, Sítio, ...): RUA 1000 HUMBERTO DE FREITAS B. RODRIGUES	NUMERO: 471	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CHANTO	
ESTADO:	MUNICÍPIO: Santo Antônio	
HORA-DATA DO ATENDIMENTO: 19:36-31/03/2017	TELEFONE:	CELULAR: (84) 99161-6268
PAI: JOSÉ THEODORICO DA OLIVEIRA		
MÃE: ENILDA INÁCIO DE OLIVEIRA		

CONDIÇÕES DO PACIENTE A SER ATENDIDO

FOI ITRAUMATIZADO	COM DISPNEIA	AGITADO	COMATOSO
APARENTEMENTE BEM	REGULAR	EM CONVULSÃO	
OUTROS:			

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - DNC

DIARREIA	MENINGITE	RUBÉOLA	HEPATITES VIRÁIS	PARALISIA FLÁCIDA	TUBERCULOSE
VÍTIMA DE VIOLENCIA			PICADA DE ANIMAIS PEÇONHENTOS?		
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR OU VISCERAL?					
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO?	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) E INÍCIO DOS SINTOMAS - EXAME FÍSICO - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS:

CONDUTA:

PA: x mmHg PULSO: bpm RESPIRAÇÃO: rpm TEMPERATURA: °C PESO: kg

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

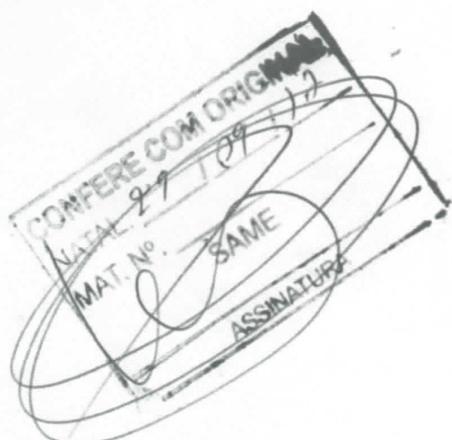
CONSULTA MEDICAÇÃO OBSERVAÇÃO PEQUENA CIRURGIA NEBULIZAÇÃO HEMÁCIAS CORPO DE DENTO

Secretaria de Saúde Pública - RN
HRLGV
Hospital Regional
Lindolfo Gomes Vidal

RECEITUÁRIO

*P/ fornecer fármacos
Dr. Oliveira
entrevista
Hnº 6
Siffuaro/
1.º - / festejar
por festejo
despachos*

*Dr. Cícero Ronaldo Liberalino
CRM 2367 - RG 433.425
CLÍNICO GERAL e do Trabalho
31631.7*





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 12867 /2017

Admissão: 31/03/2017 22:18:16

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SEM CLASSIFICAÇÃO

(Handwritten signature)

Paciente: **12139 - JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA (33 a 4 m 28 d)**

Nascimento: 03/11/1983 Natural: SANTO ANTONIO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 703403560914200 CPF: 04798542466 Prof:
Mãe: ENILDA INACIO DE OLIVEIRA Pai: JOSE TEODORICO DE OLIVEIRA
Logradouro: JOSE HUMBERTO DE AZEVEDO BARBALHO, 8
CEP: 59255000 Bairro: CENTRO Cidade: SANTO ANTONIO
Telefone: 84.99214550 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 31/03/2017 22:10:20								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/ FRATURA EM FÍBULA ESQUERDA

Hora: _____

*Página que deu met (met foral)
Golpeado a met suave*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

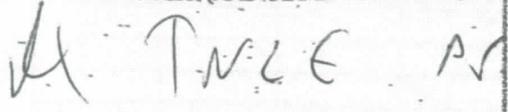
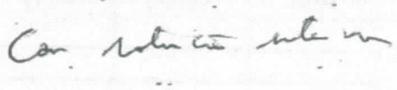
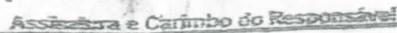
*Núcleo Hospitalar 1º Pediatria
03/04/17
até 17*

*CONFIRA COM ORIGINAL
INICIAL 29/10/17
Nº: 109127*

RAMS-X
Realizado em: 31/03/2017
Técnico: _____
Assinatura: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por MARIA AURISTELA LEANDRO. Impresso em 31 de Março de 2017.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A (ALERGIAS):			
M (MEDICAÇÃO EM USO):			
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):			
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):			
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):			
V (PASSADO VACINAL):			
EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM):			
			
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS			
			
			
			
			
			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:	

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ALGORITMO PI: SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1. AVALIE A RESPONSIVIDADE DA VITIMA E PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PEÇA UM ULTRABILHAGÓ (UOL) J. ABADIA/ VILA MEIREA, 4. AVALIE RESPIRAÇÃO (VER COVIR, SENTIR), 5. SE APREIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARA), 6. AVALIE PULSO CARÓIDE, OU FEMORAL (BRANQUEAL EM LACTENTES), 7. SE PULSO SEGURO, 8. AVALIE PULSO CARÓIDE, OU FEMORAL (BRANQUEAL EM LACTENTES), 7. SE PULSO SEGURO, 9. AVALIE O RITMO, 10. RITMO CHOCÁVEL, APLICAR O CIRURGO (500 JPS DE BIFASTOR, E REINICIE CPC), 11. RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE CPC (2,1), 11. AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12. PARAR CPC QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MELHORAR, 13. COLOCAR A VITIMA SE MELHORAR.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p><i>Abertura Fisiológica</i> <i>Abertura ao estímulo doloroso</i> <i>Abertura ao estímulo doloroso (Bolha)</i> <i>-fator XIR</i></p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p><i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i></p>	
<p><i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i></p>	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, e não 3.)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, local, hora, etc); ou, se inconsciente, a dizer o nome.	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Párvulas inapropriadas (Fala aleatória, mas tem traços conversacionais.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Localiza estímulo doloroso.	4
Retirada inapropriada a dor.	3
Padrão intenso à dor (Descrição).	2
Padrão intenso à dor (Descrição).	1
Total:	

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS					
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (RTS 2003)			
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15= 4 9-12= 3 6-8= 2 4-5= 1 3= 0 10-20= 5 6-9= 4 1-5= 3 0= 0	0-3: Risco baixo (Inconsciente, mas com reflexos)	4-6: Risco moderado	7-10: Risco alto	11-15: Risco extremo
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA					
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA					

*Referências: TEASDALE G., EMMETT B. Assessing oil trauma and injured head. Lancet 1974;2:81-84.

– A escala proposta indica-se a frequência e tipo de lesão com maior impacto. No critério classificativo, o critério que determina o risco é o de acordo com a sua severidade.

BEM	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

*Escala de Trauma Revisada - RTS: Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco W.L., Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(3): 524, 1989.



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

**LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Guilherme José de Oliveira</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>703403560914200</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>03-31-83</i>	9 - SEXO <i>33</i>	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Enilda Inacio de Oliveira</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>999214550/991543499</i>					
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <i>R. dos Humaitá de Azevedo Barbalho, 6</i>							
13 - MUNICÍPIO <i>S. Antônio</i>		14 - BAIRRO <i>Centro</i>	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Doença de Feg no Bolo co
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Se separe
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	

<p><i>Rx + Itaipuva</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Mult 12</i>	21 - CID INICIAL <i>+ 12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS <i>1</i>
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Uv/Orntas</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. J. L. M. G. de Oliveira</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>03038/0019</i>			29 - DT. SOLICITAÇÃO (DDT-11676) <i>03/08/2016</i>
			30 - CNS / CPF <i>111</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
41 - CID PRINCIPAL				
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, 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 a luz dos valores éticos e humanitários.

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS	123	264	5.008
2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Identificação do Paciente		DATA DA INTERNAÇÃO	
3. NOME DO PACIENTE JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA		05/04/2017	
4. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS) 703.403.560.914.200	5. DATA DE NASCIMENTO 03/11/1983	6. IDADE 33	7. SEXO M
8. NOME DA MÃE ENILDA INACIO DE OLIVEIRA		9. TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE 99418-3411	
10. NOME DO RESPONSÁVEL CRISTIANE FLORENCIO DUARTE DE OLIVEIRA		11. TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE 99921-4550	
12. ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO RUA: JOSE HUMBERTO DE AZEVEDO BARBALHO, 08			
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SANTO ANTONIO DO SALTO DA ONÇA		14. UF RN	15. CEP 59255-000
16. IDENTIDADE 2.198.431	17. ORGÃO EMISSOR ITEP	18. N° CPF 047.985.424-66	19. COR P
20. RELIGIAO CATOLICO	21. PROFISSAO PROFESSOR	22. ESTADO CIVIL CASADO	
23. JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>Fratura da clavícula esquerda</i>			
24. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>fratamento clávico</i>			
25. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>ex fisico + ex radiológico</i>			
26. PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>ex fisico + ex radiológico</i>			
27. DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura da clavícula esquerda</i>			
28. PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>tratamento clávico</i>			
29. CLÍNICA	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	31. DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32. N° DOC.(CNS/CPF) PROF. SOLICIT. /ASSISTENTE <i>Antônio Robson Alencar</i>
33. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ ASSISTENTE <i>Antônio Robson Alencar</i>	34. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>05/04/2017</i>	35. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>Antônio Robson Alencar</i>	36. CÓD. ORGÃO EMISSOR <i>047.985.424-66</i>
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR <i>DR ROBSON ALENCAR</i>	47. CÓD. ORGÃO EMISSOR <i>047.985.424-66</i>	52. N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>047.985.424-66</i>	
48. DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49. N° DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Antônio Robson Alencar</i>	51. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>Antônio Robson Alencar</i>	
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>			

HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

NOME: JOSENILDO JOSE DE OLIVEIRA LEITO: 120 DATA: 05/04/2017

MOGRAMA

márias:	4,35	(M: 4,5 a 6 milhões; F: 4 a 5,5 milhões)
moglobina :	12,4	(M: 13,5 a 18 g/dL; F: 11,5 a 16g/dL)
matócrito :	38,6	(M: 40 a 54%; F: 36 a 47%)
M:	88,7	(80-98 fL)
M:	28,5	(27-32 pcq)
CM:	32,1	(32-36 g/dL)

leucócitos

7.200

 (5.000 a 10.000 /mm3)

	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto
elócitos	0	0	(00 - 00%)	(00 - 00)
estamielócitos	0	0	(00 - 00%)	(00 - 00)
stonetes	0	0	(01 - 05%)	(50 - 500)
gmentados	50	3600	(54 - 62%)	(2.700 - 6.200)
sinófilos	3	216	(02 - 05%)	(100 - 500)
sófilos	0	0	(00 - 01%)	(00 - 100)
fócitos	46	3312	(20 - 35%)	(1.000 - 3.500)
inócitos	1	72	(03 - 08%)	(150 - 800)

AGULOGRAMA

quentas:	176.000	(150 a 450 mil/mm3)	VSH: *
ra:	29,9	" (Controle: 26,2")	
ação P/C:	1,14	"	V.N.: Homem (até 20 mm/h)
"	13,2	" (Controle: 12,5")	Mulher (até 30 mm/h)
"	1,05	(Até 1,25)	
"	92	% (70 a 100%)	

IQUÍMICA

	Resultado	Valor Referência		Resultado	Valor Referência
colesterol	84	70 a 100 mg/dL	Proteínas Totais	*	6,0 a 8,0 g/dL
bilirubina	31	15 a 40 mg/dL	Albumina	*	3,5 a 5,5 g/dL
transaminase	1,00	0,40 a 1,30 mg/dL	Globulina	*	3,1 a 3,5 g/dL
colesterol	139	135 a 145 mmol/L	Colesterol Total	*	Até 200 mg/dL
gássio	4,5	3,5 a 5,5 mmol/L	HDLc	*	>55 mg/dL
clorofito	1,24	1,16 a 1,32 mmol/L	LDLc	*	Até 130 mg/dL
urato	*	14 a 41 U/L	Triglicerídeos	*	Até 150 mg/dL
urato	*	10 a 46 U/L	Bilirrubina Total	*	0,10 a 1,20 mg/dL
urato	*	5 a 58 U/L	Bilirrubina Direta	*	até 0,40 mg/dL
urato	*	25 a 125 U/L	Bilirrubina Indireta	*	0,10 a 0,80 mg/dL
urato	*	25 a 195 U/L	Ácido Úrico	*	2,5 a 7,0 mg/dL
urato	*	até 24 U/L	Troponina #	*	Negativo (QUALIT)
urato	*	1,9 a 2,5 mg/dL	PCR	*	< 6,0 mg/L
fatase Alcalina	*	27 a 100 U/L	Fósforo	*	2,5 a 4,8 mg/dL
urato	*	4,5 a 19,8 mg/dL			

Lista Clínico:

15.
THEMIS TAYNAH S. SANTANA
BIOMÉDICA - CRBM2: 2885

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR RUY PEREIRA DOS SANTOS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

NOVO
NOME: JOSENILDO OLIVEIRA
DATA: 06/04/2016 LEITO 120

SUMÁRIO DE URINA

Caracteres Físicos	Urina Normal	Resultados
Cor :	Amarelo claro	AMARELO CLARO
Aspecto :	Límpido	LIMPIDA
Densidade :	1,015 a 1,025	1,025
Reação (pH) :	Ácida	6,0
Odor:	Característico	Característico

Caracteres Químicos	Resultados
Proteínas	NEGATIVO
Glicose	NEGATIVA
Corpos Cetônicos	NEGATIVO
Sangue	NEGATIVO
Nitritos	NEGATIVO
Esterases	NEGATIVO
Bilirrubina	NEGATIVO
Urobilinogênio	NEGATIVO
	NORMAL

Sedimentoscopia	Resultados
Células Epiteliais :	<u>RARAS P/C</u>
Leucócitos :	<u>2 P/C</u>
Hemárias:	<u>AUSENTES</u>
fios mucosos:	<u>AUSENTES</u>
OBS.:	

Analista: WENICE BERNARDO DE SOUZA
CRF 1000



Secretaria Estadual de Saúde
do
Rio Grande do Norte

Boletim de Saída e Evolução de
Enfermagem do Centro

Paciente: José Mílton José de Oliveira Leito: 2.54
Cirurgia: Idade: 33 anos
Anestesia:

Equipe	Nome	Equipe	Nome
Cirurgião principal		Instrumentador	
1º Auxiliar		Circulante	
2º Auxiliar		Técnico URPA	<u>Jomaima</u>
Anestesista		Enfermeiro	<u>Jomaima</u>

Evolução de Enfermagem do Centro Cirúrgico

ADMISSÃO - Horário: 8:10 H

TA: 153x77 mmHg FC: 86 bpm SPO2: 98 % T: °C GLICEMIA: mg/dL

ALERGIAS: SIM NÃO QUAIS:

COMORBIDADES: SIM NÃO

CIRURGIAS ANTERIORES: SIM NÃO

EXAMES LABORATORIAIS: SIM NÃO DATA: 05.04.17 EXAMES DE IMAGEM: rx

TERMO DE CONSENTIMENTO DE AMPUTAÇÃO PREENCHIDO: SIM NÃO

RISCO CIRÚRGICO: SIM NÃO

RESERVA DE HEMOCOMPONENTES: SIM NÃO

RESERVA DE UTI: SIM NÃO

SISTEMA NERVOSO CENTRAL: Consciente Orientado Desorientado Vigil Comatoso Narcose

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Ar ambiente C. Nasal MV % Macro NBZ VMI Eupneico Dispnéico

PUNÇÃO: Periférica JAVC Dissecção Venosa Catéter Totalmente Implantado Local: M.5L

CURATIVO: MIE

Diurese: Espontânea Sonda vesical de demora Joutex

COREN RN: 617 729

Ass: Kelly Alves Barbosa

OBSERVAÇÃO: _____

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Horário: 12:00 H

TA: 110x65 mmHg FC: 70 bpm SPO2: 99 % T: °C GLICEMIA: mg/dL

SISTEMA NERVOSO CENTRAL: Consciente Orientado Desorientado Vigil Comatoso Narcose

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Ar ambiente C. Nasal MV % Macro NBZ VMI Eupneico Dispnéico

Manter MID AMIE JMSD MSE elevado: SIM NÃO

Curativo Integro: SIM NÃO

Curativo sangrante: SIM NÃO

Cirurgia registrada: SIM NÃO

Boletim cirúrgico: SIM NÃO

Boletim anestesista: SIM NÃO

Peça: SIM NÃO

Cultura: SIM NÃO

Biópsia: SIM NÃO

Paciente encaminhado para: Leito: 120 ()UTI ()RESIDÊNCIA

Horário de encaminhamento: 12:30 H

Ass: Kelly Alves Barbosa

COREN RN: _____

Janaina Kelly Alves Barbosa
Téc. de Enfermagem
COREN/RN: 344.813

OBSERVAÇÃO: _____

HRPS \rightarrow black HRPS \rightarrow black HRPS \rightarrow black

31/03/2017 S 31/03/2017 S 03/04/2017 S

STEAM

07/04/2017

STEAM

07/04/2017

HRPS \rightarrow black

03/04/2017 S

STEAM

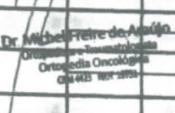
10/04/2017

OME: Josenildo José de Oliveira.
AVIMENTO: LEITO: 120

REGISTRO: DATA: 06/04/17

9
GOVERNO DO ESTADO DO RN
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS

HORÁRIO/ASSINATURA

PREScrição MÉDICA		SIN12	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o	11 ^o	12 ^o	13 ^o	14 ^o	15 ^o	16 ^o	17 ^o	18 ^o	
1	Diateráceo																				
2	SFO, CP, 2000ml, IV, em 24h																				
3	Cefalotin 3g + 10ml AAS 10/600																				
4	Deparacina 2ml + 02ml AAS 10/600																				
5	Valtex 50mg, 02 comprimidos 7/8h, SIN																				
6	Tramadol 100mg, 1/10ml, 50ml, 02, 7/8h, SIN																				
7	SBM + CCC 66																				
8																					
9																					
10																					
11	 Dr. Michael Reis de Araújo Ortopedista CRM-4431 / TITL-10660																				
12																					
13	07/04/17																				
14	Altro hospital																				
15																					
16	 Dr. Michael Reis de Araújo Ortopedista - Sensorialista Ortopedia Oncológica CRM-4431 / TITL-10660																				
17																					
18																					



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL Dr. RUY PEREIRA DOS SANTOS**

Av. Joaquim Manoel, 720 – Petrópolis - Natal-Rn, CEP: 59012-300/Fones: 3232.2634-FAX- 3232.2656
CNPJ: 08.241.754.0133/95



ATESTADO MÉDICO

Atesto que José Gildeu José de Oliveira examinado nesta unidade de saúde ás _____ horas, necessitando de (90 Noventa) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D com nº 582, a partir desta data.

Natal, 04 de 04 de 17

Dr. Kleidson Bastos
Ortopedista
CRM - 4421 / TEOT - 10060

Assinatura e carimbo do médico/CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art.86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº60.501, de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

SINISTRO 3170560154 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA

SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 04798542466

Posição em 12-12-2017 17:56:39

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
06/11/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

