



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
<b>JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)</b>
<b>BRDESCO SEGUROS S/A (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17259 457	10/01/2018 10:57	<a href="#">Procuração20171213 17444446</a>	Procuração
17259 476	10/01/2018 10:57	<a href="#">Documentos Pessoais20171213 17511078</a>	Documento de Identificação
17259 497	10/01/2018 10:57	<a href="#">Comprovante de Residência20171213 17524658</a>	Documento de Comprovação
17259 526	10/01/2018 10:57	<a href="#">Boletim de Ocorrência20171213 17532562</a>	Documento de Comprovação
17259 552	10/01/2018 10:57	<a href="#">Documento Médico 0120171213 17575672</a>	Documento de Comprovação
17259 581	10/01/2018 10:57	<a href="#">Documento Médico 0220171213 18005295</a>	Documento de Comprovação
17259 597	10/01/2018 10:57	<a href="#">Comprovante de Sinistro Administrativo</a>	Documento de Comprovação



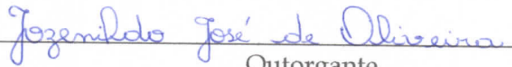
## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

**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 judicium*", 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, arrolar 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.

  
\_\_\_\_\_  
Outorgante

\_\_\_\_\_  
Advogado

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2198431 1.VIA DATA DE EMISSÃO: 03/06/2000

NOME: JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA


FILIAÇÃO: JOSE TEODORICO DE OLIVEIRA  
ENILDA INACIO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE: SANTO ANTONIO RN DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1983

DOC: CRSSM

CERT. NASC. No. 9657 L.35 F.351  
SANTO ANTONIO RN CARTORIO

*Mannelore Enice V. dos Santos*  
Subcoordenadora



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



*Jozenildo Jose de Oliveira*  
SIGNATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

047.985.424-66

JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA

03/11/1983





00170652  
**JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA**  
**R ANTONIO FAGUNDES 23**  
**CASA - CENTRO**  
**59255-000 SANTO ANTONIO - RN**

PC-00  
 Postagem: 09/07/2017  
 Vencimento: 20/07/2017  
 Emissão: 09/07/2017  
 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
<b>Total desta fatura</b>	<b>384,27</b>

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

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

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

**Nova opção de pagamento:**  
 D) entrada para financiamento:  
 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.

**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 País(saque)	110,00

**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 COURO NATAL	49,99
27/06	RIACHUELO LOJA 13201/03	33,88
27/06	MIRANDA COMPUTACAO 01/10	77,90

**Compra presencial**  
 com uso do cartão e senha.

<b>Itaú</b>	<b>Banco Itaú S.A. 341-7</b>	<b>34191.75363 38868.462045 00173.090002 3 000</b>	recibo do pagador
Número do Documento	00136388684/0006245	Nosso Número	175/36388684-6
Nome do Pagador/CPF/CNPJ	JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA - 047.985.424-66	Valor do documento	R\$ 384,27
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ	HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69	Vencimento	20/07/2017
Endereço do Beneficiário	AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRAÇAS - RECIFE - PE	Autenticação Mecânica	

<b>Banco Itaú S.A.</b>	<b>341-7</b>	<b>34191.75363 38868.462045 00173.090002 3 000</b>	
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.			Data de Vencimento 20/07/2017
Nome do Beneficiário CNPJ/CPF HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRAÇAS - RECIFE - PE			Agência / Código Beneficiário 2040/01730-9
Data do Documento 20/07/2017	Número do Documento 00136388684/0006245	Espécie DOC. FT	Acerte N
Uno do Banco 175	Carteira	Espécie R\$	Quantidade
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 umas 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 p financiamento", financiando o restante em parcelas iguais, com juros de Parcelamento da Fatura.			Nosso Número 175/36388684-6
			(-) Descontos / Abatimentos
			(=) Juros / Multa
			(=) Valor Pago
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



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 ) Vitima( 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	Data: 31/ago/2017, às 12:40hs  APC. Leonardo Fabricio de Oliveira Mat. 83.580-3
--	--

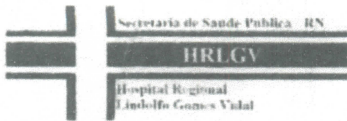


**AUTENTICAÇÃO**

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

Santo Antônio / RN

14/9/17  
  
Maria da Conceição Saraim Cruz  
Escritório Autêntica  
1º Ofício de Santo Antônio / RN



TIPO DE ATENDIMENTO:  Emergência/Emergência  Ambulatorial

OPERADOR: ROSEMARY BATISTA DA SITUACAO DO PACIENTE:  Residência  Transferido  Internado  Óbito

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

NOME: JOZENILDO JOSÉ DE OLIVEIRA CNS: IDADE: 33  
 SEXO: Masculino COR: Parda ESTADO CIVIL: Casado (a)  
 DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1981 NACIONALIDADE: Brasileiro (a) PROFISSÃO: PROFESSOR  
 ENDEREÇO (Rua, Avenida, Sítio, ...): RUA JOSÉ HUMBERTO DE ARAÚJO BARBOSA NÚMERO: 10  
 COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO  
 ESTADO: MUNICÍPIO: Santo Antônio  
 HORA-DATA DO ATENDIMENTO: 19:36-31/03/2017 TELEFONE: CELULAR: (84) 99161-6268  
 PAI: JOSÉ PRODRICO DE OLIVEIRA  
 MÃE: ENILDE INACIO DE OLIVEIRA

**CONDIÇÕES DO PACIENTE A SER ATENDIDO**

FOI TRAUMATIZADO  COM DISPNEIA  AGITADO  COMATOZO  
 APARENTEMENTE BEM  REGULAR  EM CONVULSÃO  
 OUTROS:

**DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - DNC**

DIARREIA  MENINGITE  RUBÉOLA  HEPATITES VIRÁIS  PARALISIA FLÁCIDA  TUBERCULOSE  
 VÍTIMA DE VIOLÊNCIA  PICADA DE ANIMAIS PEÇONHENTOS?  
 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR OU VISCERAL?  
 ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO?  SIM  NÃO

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

*trauma + torção  
 de C6, queda do moto.  
 Sep. RX:*

CONDUTA:

*Rel. de exame 4 ang, 1 M  
 2 - mobilizar 6-7  
 3 - C6-7 do HWS*

*Dr. Cicero Rop...  
 CRM 2267  
 Clínica de Trabalho*

*Cicero R. Liberalino  
 CRM 2367  
 RG 433.425  
 Clínico de Trabalho*

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

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

CONSULTA  MEDICAÇÃO  OBSERVAÇÃO  PEQUENA CIRURGIA  NEBULIZAÇÃO  HEMÁCIAS  CORPO DE DELITO

RECEITUÁRIO

Dr. *[Handwritten signature]*  
de *[Handwritten text]*

Ente *[Handwritten text]*

Dr. *[Handwritten signature]*  
(*[Handwritten text]*)

1.5 - *[Handwritten text]*  
na *[Handwritten text]*  
esquerda

Dr. Cicero Ronaldo Liberalino  
CRM 2367 - RG. 433.425  
Clínico Geral e do Trabalho  
*[Handwritten number]*

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL *[Handwritten]*  
MAT. Nº. *[Handwritten]* SAME  
ASSINATURA *[Handwritten signature]*



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **12867 /2017**  
Admissão: **31/03/2017 22:18:16**

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SEM CLASSIFICAÇÃO**

*(Handwritten initials)*

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  
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO  
\*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 FIBULA ESQUERDA  
 Hora: \_\_\_\_\_

*Perjúm queda de moto (moto parca)  
 a esquerda*

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A
B
C
D
E

**OUTRAS OBSERVAÇÕES:**

*núcleo Hospitalar de Ortopedia e Traumatologia  
 03/04/17  
 Sarinho*

**CONFERE COM ORIGINAL**  
**RAMOS-A**  
 Realizado em: 31/03/2017  
 Técnico: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA

**DIAGNÓSTICO INICIAL - CID**

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



2020

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)

*M. T.M.C.E. M*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

*Com relação a...*

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANOTAÇÃO 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:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, EXAMES E RESULTADOS DE EXAMES E PROCEDIMENTOS, UNIDADE HOSPITALAR, UNIDADE DE REGISTRO, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE NASCIMENTO E ATRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADE

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1. AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2. PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3. PEÇA UM ULS (UBRILADOR/DESA) 4. ABRAVA VIA AÉREA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO, VALVA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BIBANQUIL EM LACTENTE) 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS 10MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEAF 8 - DICIA DISPONÍVEL - ANÁLISE O RITMO 9 - RITMO CHOCÁVEL - APLIQUE 1 CHOQUE 100 J (DEAF BIFÁSICO), E REINICIE RCP 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 C.CLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE META, 13 - COLOQUE A LER POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

**ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundi com o despertar de uma pessoa adormecida, se espere por marcar 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 local, e data e hora.	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas com uma conversacional)	3
Sem inteligibilidade. (Comendo sem articular palavras.)	2
Nenhuma.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. ( Faz movimentos simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso. ( Faz movimentos simples quando lhe é ordenado.)	5
Reflexo inespecífico a dor.	4
Padão flexão à dor (Desorientação).	3
Padão extensão à dor (Desorientação).	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 >20 = 3 6-9 = 2 1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4 >90 = 3 50-89 = 2 1-89 = 1 0 = 0

**CLASSIFICAÇÃO DA RITE (RTE 2005)**

1 - Grave (pontuação de 1 a 4)

2 - Moderado (pontuação de 5 a 7)

3 - Leve (pontuação de 8 a 12)

4 - Não classificado (pontuação de 13 a 15)

\* Referência: TEASDALE, G., JENNET, B. Assesment of coma and depth of consciousness: A practical scale. Lancet, 1974;2:81-84.

\*\* Escala proposta para os pacientes que possuem o que contém com nível superior de trauma. Escala Quantitativa de Coma para pacientes que possuem o nível superior de trauma e os que de acordo com a escala de coma.

SEM DOR	LEV	Moderada	Intensa	Pior Possível
1	2	3	4	5

ORIENTAÇÃO TEÓRICA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo 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>Walmir José de Oliveira</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>703403560914200</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>03-11-83</i>
9 - SEXO <i>33</i>	MASCULINO <input type="checkbox"/> 1 FEMININO <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Enilda Inacio de Oliveira</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>999214550/99154</i>
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>R. José Humberto de Azevedo Barbosa, 6</i>	<i>3499</i>
13 - MUNICÍPIO <i>S. Antonio</i>	14 - BAIRRO <i>Centro</i>
15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Até 12 horas com febre alta com f. 38,5 mal estar intenso</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>em análise</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + exames laboratoriais</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>PT de 12h</i>	21 - CID INICIAL <i>+ I2</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>UTI</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>03038/0019</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>[Assinatura]</i>	29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>11/11/16</i>	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
---	--	----------------------	----------------------------	--	---	----------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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			
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ( )	44 - ( ) GRAVE	45 - ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
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, 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 a luz dos valores éticos e humanitários.

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS		123	264	5.008
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				
Identificação do Paciente			DATA DA INTERNAÇÃO	
NOME DO PACIENTE			05/04/2017	
JOZENILDO JOSE DE OLIVEIRA				
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS)	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	RAÇA/COR
703.403.560.914.200	03/11/1983	33	M	P
NOME DA MÃE			TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE	
ENILDA INACIO DE OLIVEIRA			99418-3411	
NOME DO RESPONSÁVEL			TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE	
CRISTIANE FLORENCIO DUARTE DE OLIVEIRA			99921-4550	
ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO				
RUA: JOSE HUMBERTO DE AZECEDO BARBALHO, 08				
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		UF	CEP	
SANTO ANTONIO DO SALTO DA ONÇA		RN	59255-000	
IDENTIDADE	ORGÃO EMISSOR	Nº CPF		COR
2.198.431	ITEP	047.985.424-66		P
RELIGIAO	PROFISSAO	ESTADO CIVIL		
CATOLICO	PROFESSOR	CASADO		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Fratura da fíbula da perna esquerda				
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO				
tratamento cirúrgico				
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)				
Ex físico + Ex radiológico				
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO	
Fratura da fíbula esquerda				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
tratamento cirúrgico				
29. CLÍNICA	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31. DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32. Nº DOC.(CNS/CPF) PROF. SOLICIT. /ASSISTENTE	
33. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ ASSISTENTE	34. DATA DA SOLICITAÇÃO	35. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		
Robson Holanda de Albuquerque	05/4/2017	Antonio Humberto de Albuquerque Médico		
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR DRº ROBSON ALENCAR	47. CÓD. ORGÃO EMISSOR	52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
48. DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49. Nº DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	51. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO / /				

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

NOME: JOSENILDO JOSE DE OLIVEIRA

LEITO: 120

DATA: 05/04/2017

**MOGRAMA**

hemácias:	4,35	(M: 4,5 a 6 milhões; F: 4 a 5,5 milhões)
hemoglobina:	12,4	(M: 13,5 a 18 g/dL; F: 11,5 a 16g/dL)
hematócrito:	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
eritrócitos	0	0	(00 - 00%)	(00 - 00)
reticulócitos	0	0	(00 - 00%)	(00 - 00)
mononúcleares	0	0	(01 - 05%)	(50 - 500)
linfócitos	50	3600	(54 - 62%)	(2.700 - 6.200)
monócitos	3	216	(02 - 05%)	(100 - 500)
neutrófilos	0	0	(00 - 01%)	(00 - 100)
basófilos	46	3312	(20 - 35%)	(1.000 - 3.500)
plaquetas	1	72	(03 - 08%)	(150 - 800)

**AGULOGRAMA**

velocidade de sedimentação:	176.000	(150 a 450 ml/mm3)
hematócrito:	29,9	" (Controle: 26,2")
relação P/C:	1,14	
	13,2	" (Controle: 12,5")
	1,05	(Até 1,25)
	92	% (70 a 100%)

VSH: \*  
 V.N.: Homem (até 20 mm/h)  
 Mulher (até 30 mm/h)

**QUÍMICA**

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

Lista Clínica:

*TS.*  
 THEMIS TAYNÁH S. SANTANA  
 BIOMÉDICA - CRBM2: 2888

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

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

SUMÁRIO DE URINA

Caracteres Físicos	Urina Normal	Resultados
Cor :	Amarelo claro	AMARELO I 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	NORMAL

Sedimentoscopia	Resultados
Células Epiteliais :	RARAS P/C
Leucócitos :	2 P/C
Hemácias :	AUSENTES
fios mucosos:	AUSENTES
OBS.:	

Analista: WENICE BERNARDO DE SOUZA  
CRF 1000



Secretaria Estadual de Saúde  
do  
Rio Grande do Norte

Boletim de Sala e Evolução de  
Enfermagem do Centro

Paciente: Jose mildo Jose de Oliveira Leito:          NºFIA: 254  
 Cirurgia:          Idade: 33 anos  
 Anestesia:         

Equipe	Nome	Equipe	Nome
Cirurgião principal		Instrumentador	
1º Auxiliar		Circulante	
2º Auxiliar		Técnico URPA	<u>Jomaina</u>
Anestesiista		Enfermeiro	<u>Luciana</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 (X) NÃO QUAIS:          DIETA ZERO: (X) SIM ( ) NÃO  
 COMORBIDADES: ( ) SIM (X) NÃO  
 CIRURGIAS ANTERIORES: ( ) SIM (X) NÃO  
 EXAMES LABORATORIAIS: (X) SIM ( ) NÃO DATA: 05.04.17 EXAMES DE IMAGEM: Rx  
 TERMO DE CONSENTIMENTO DE AMPUTAÇÃO PREENCHIDO: ( ) SIM (X) NÃO  
 RISCO CIRÚRGICO: ( ) SIM (X) NÃO PACIENTE CIENTE DO PROCEDIMENTO: (X) SIM ( ) NÃO  
 RESERVA DE HEMOCOMPONENTES: ( ) SIM (X) NÃO RESERVA DE UTI: ( ) SIM ( ) NÃO  
 SISTEMA NERVOSO CENTRAL: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Vigil ( ) Comatoso ( ) Narcose  
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: (X) Ar ambiente ( ) C. Nasal ( ) MV          % ( ) Macro NBZ ( ) VMI ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
 PUNÇÃO: (X) Periférica ( ) AVC ( ) Dissecção Venosa ( ) Catéter Totalmente Implantado Local: MSA?  
 CURATIVO: MIE Diurese: (X) Espontânea ( ) Sonda vesical de demora ( ) Jountex  
 Ass: Luciana COREN RN: 217.729

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: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Vigil ( ) Comatoso ( ) Narcose  
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: ( ) Ar ambiente ( ) C. Nasal ( ) MV          % ( ) Macro NBZ ( ) VMI ( ) Eupneico ( ) Dispneico  
 Vanter ( ) MID (X) MIE ( ) MSD ( ) MSE elevado: ( ) SIM (X) NÃO  
 Curativo íntegro: (X) SIM ( ) NÃO Curativo sangrante: ( ) SIM (X) NÃO  
 Cirurgia registrada: (X) SIM ( ) NÃO Boletim cirurgião: (X) SIM ( ) NÃO Boletim anestesiista: (X) SIM ( ) NÃO  
 Peça: ( ) SIM (X) NÃO Cultura: ( ) SIM (X) NÃO Biópsia: ( ) SIM (X) NÃO  
 Paciente encaminhado para: Leito: 120 ( ) UTI ( ) RESIDÊNCIA  
 Horário de encaminhamento: 12:30 H  
 Ass: Luciana COREN RN:         

OBSERVAÇÃO:           
          
        

HRPS<sub>ue</sub> → black  
 31 03-2017.S  
 STEAM  
 07-04-2017

HRPS<sub>ue</sub> → black  
 31 03-2017.S  
 STEAM  
 07-04-2017

HRPS<sub>ue</sub> → black  
 03 04-2017.S  
 STEAM  
 10-04-2017

OME: Josealdo José do Oliveira

AVIMENTO:

LEITO: 420

REGISTRO:

DATA: 06/04/17



GOVERNO DO ESTADO DO RN  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO/ASSINATURA					
1	Dietas Leves	SR12					
2	SFO, 92.2000ml, IV, em 24h		2 <sup>o</sup>	3 <sup>o</sup>	11 <sup>o</sup>		
3	Cefalotrimoxol + 10ml ABX 10/6/01		24 <sup>h</sup>	06 <sup>h</sup>	12		
4	Dipiridamol + 02ml ABX 10/6/01		24 <sup>h</sup>	06 <sup>h</sup>	12		
5	Valtancina 50mg, 03comp, 12/8/15 SIN		5 <sup>o</sup>				
6	Trombolim 100mg + 10ml SFO, 92.2000ml		24 <sup>h</sup>	06 <sup>h</sup>	12		
7	SB 100 + CCB6						
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

*[Handwritten signature]*  
 Dr. Anderson Bastos  
 Ortopedista  
 CRM - 4431 / TRT - 10660

*[Handwritten signature]*  
 Dr. Michel Freire de Araújo  
 Ortopedista - Traumatologia  
 Ortopedia Oncologica  
 CRM - 100-1000





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 Josueldo José de Oliveira<sup>101</sup>  
examinado nesta unidade de saúde às \_\_\_\_\_ horas,  
necessitando de ( 90 (Noveenta) ) dias de afastamento do  
trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D com  
nº 332, a partir desta data.

Natal, 04 de 04 de 17

Dr. Kleidson Bastos  
Ortopedista  
CRM - 4421 / TEOT - 10000

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

