



Número: **0800092-76.2019.8.20.5132**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São Paulo do Potengi**

Última distribuição : **06/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDAO (AUTOR)	THIAGO JOFRE DANTAS DE FARIA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38758 561	06/02/2019 08:42	<u>PROCURAÇÃO</u>	Procuração
38758 571	06/02/2019 08:42	<u>RG E CPF</u>	Documento de Identificação
38758 519	06/02/2019 08:42	<u>COMPROVANTE DE RESIDENICA</u>	Documento de Identificação
38758 523	06/02/2019 08:42	<u>DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA</u>	Outros documentos
38758 514	06/02/2019 08:42	<u>BOLETIM DE OCORRENCIA</u>	Outros documentos
38758 530	06/02/2019 08:42	<u>DOCUMENTAÇÃO CIRURGIA</u>	Outros documentos
38758 537	06/02/2019 08:42	<u>ENTRADA DO HOSPITAL</u>	Documento de Comprovação
38758 549	06/02/2019 08:42	<u>FICHA DE ENCAMINHAMENTO SOCIAL</u>	Outros documentos
38758 553	06/02/2019 08:42	<u>LAUDO MEDICO</u>	Outros documentos
38758 568	06/02/2019 08:42	<u>RELATORIO DE HISTORIA CLINICA</u>	Outros documentos
38758 577	06/02/2019 08:42	<u>SEGURADORA LIDER - Negativa do pedido Administrativo</u>	Outros documentos



JOFRE
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, autônomo, carteira de identidade registrada sob o nº 002.635.590 SSP/RN e CPF/MF sob o nº 071.736.964-10, residente e domiciliado na Rua Paulo Barbosa, nº48, Centro, São Paulo do Potengi/RN, CEP: 59.460-000. Não possuindo endereço de e-mail, vem por meio deste instrumento, nomear e constituir como seus bastantes procuradores os abaixo outorgados.

OUTORGADOS:

Dr. THIAGO JOFRE DANTAS DE FARIA, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº. 8.345, e-mail: thiago@jofreadvogados.com.br, JÚLIO CESAR MAGALHÃES SOARES, brasileiro, solteiro, Estagiário de Direito, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº. 4625-E, e-mail: juliomagalhaes@jofreadvogados.com.br, e Dr. ADSON RAUL MAGALHÃES DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 16789, e-mail: raulalmeida@jofreadvogados.com.br, todos com escritório profissional na Rua Senador João Câmara, nº.66, Centro, CEP59200-000, Santa Cruz – RN.

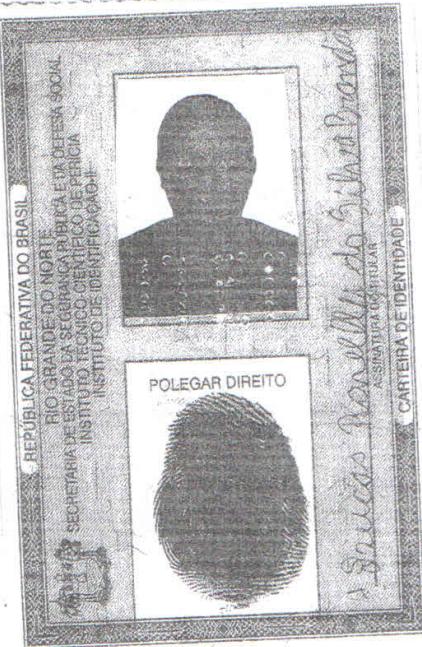
PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, especialmente defender os interesses do Outorgante, perante a Justiça Estadual do Rio Grande do Norte e/ou Justiça Federal, em todas as suas instâncias no estado do Rio Grande do Norte ou fora dele, atuando em conjunto ou isoladamente, praticando todos os atos judiciais e/ou extrajudiciais de representação, podendo propor as ações competentes e nas contrárias, seguindo-as até decisão final, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda os poderes especiais para acordar, receber alvará e sacar, **pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15)**, enfim, praticar todos os atos em questão, podendo estabelecer esta a quem lhe convier, com ou sem reservas de poderes, tudo para o fiel desempenho deste ofício.

São Paulo do Potengi - RN, 30 de Janeiro de 2019.

Lucas Ravelly da S. Brandão
LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDÃO

Sociedade Registrada na OAB/RN sob o número 351
Santa Cruz/RN – Rua Senador João Câmara, 66, Centro, CEP 59200-000. Tel/Fax: (84) 3291-3807
São Paulo do Potengi/RN – Rua Otávio Lamartine, nº. 170, Centro, CEP 59460-000. Tel/Fax: (84) 3251-2729
thiago@jofreadvogados.com.br





JOFRE
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE:

LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, autônomo, carteira de identidade registrada sob o nº002.635.590 SSP/RN e CPF/MF sob o nº 071.736.964-10, residente e domiciliado na Rua Paulo Barbosa, nº48, Centro, São Paulo do Potengi/RN, CEP: 59.460-000.
Declaro que, em razão de minha atual situação financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 13.105/2015.
Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Novo Código de Processo Civil.

São Paulo do Potengi - RN, 30 de Janeiro de 2019.

Lucas Ravelly da S. Brandão
LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDÃO

Sociedade Registrada na OAB/RN sob o número 351
Santa Cruz/RN – Rua Senador João Câmara, 66, Centro, CEP 59200-000. Tel/Fax: (84) 3291-3807
São Paulo do Potengi/RN – Rua Otávio Lamartine, nº. 170, Centro, CEP 59460-000. Tel/Fax: (84) 3251-2729
thiago@jofreadvogados.com.br



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: 1^ª DEL. REGIONAL DE SÃO PAULO DO POTENGI / RN

Endereço: RUA OURO BRANCO, 126, NOVO JURENAL, SÃO PAULO DO POTENGI

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018071000398
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/05/2018 04.30.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: CENTRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

1.2 Data de Expedição: 24/05/2018 09.26.30

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: ALTO DO POTENGI
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: SÃO PAULO DO POTENGI

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDÃO
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR
3.15 Telefone(s):
3.17 Número: 50
3.19 Bairro: CENTRO
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: SÃO PAULO DO POTENGI

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai:
3.6 Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA BRANDÃO
3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero
3.12 Data de Nascimento: 19/01/1995
3.14 RG: 002635590 - ITEP
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: SÃO TOMÉ
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA PAULINO BARBOSA
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)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: 9C2KC1670ERS23376
7.1.5 Placa: QGF9058
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: DIOGO ELIAS SILVA
7.1.17 Nome do condutor: LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDÃO
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 01068240285
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: CG 150 START
7.1.10 Ano da Fabricação: 2015
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE NA HORA E DATA ACIMA CITADO ESTAVA indo para o trabalho na fazenda de DR. IVAN QUANDO FOI PASSANDO NO QUEBRA MOLAS, APERTOU O FREIO DE TRAVOU E O MESMO CAIU, E QUE TODO LESIONADO E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE SÃO PAULO DO POTENGI E ME SEGUITA PARA O WALFREDO GURGEL, NO MESMO, QUE O MESMO NÃO TEM HABILITAÇÃO, QUE A MOTO NÃO É DA VITIMA, E QUE O MESMO NÃO TINHA ENGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA, QUE O MESMO ESTAVA SÓ NA HORA DO ACIDENTE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

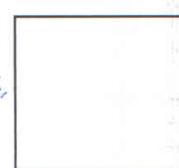
11. DECLARAÇÃO

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

• Data: 24/05/2018 09.26.30

Washington Targino Costa
Policial

Lucas Ravelly da Silva Brandão
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1651935 - WASHINGTON TARGINO TAVARES COSTA
Impresso por: 1651935 - WASHINGTON TARGINO TAVARES COSTA em 24/05/2018 09:26:36

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

Protocolo: J2018071000398 | Data: 24/05/2018 09:26:36 | Hash: c4ffa4672b328e20fa7b81

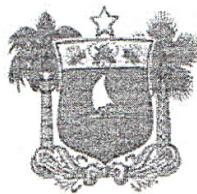
Página 11



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 23996 /2018

Admissão: 16/05/2018 10:14:12



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 74800 - LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDAO (23 a 3 m 28 d)

Nascimento: 19/01/1995 Natural: SAO TOME.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: 701808202720775

CPF: 07173696410

Prof:

Mãe: MARIA JOSE DA SILVA BRANDAO

Pai:

Logradouro: PAULINO BARBOS, 50

CEP: 59460000 Bairro: CENTRO

Cidade: SAO PAULO DO POTENGI

Telefone: 84.94254649

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

16/05/18 11:35

Transtorno

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 16/05/2018 10:08: Transtorno								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO EDEMA E CORTE EM REGIAO FRONTAL

Horas: 10h20min Paciente caiu de círculo da moto, quebrou o osso de fratura e TC E. Referiu dor intensa no momento da queda (fim) e permanece. Apresenta náuseas. Negar trauma torácico e abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Cheiro seco, pevo
- B Respirações espontâneas
- C Tônus intenso - Pulsos cheios - Sintomas de choque
- D Glauco 15
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:
Abdome friável indolor.
Tônus intenso - AP: Se sente
Permeia cont. ventre frontal. Edema periorbital. Erupções em m.d.p. Sintomas de
Saída: - Cefaleia - Náuseas e vômitos.

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TCE + Anemia

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO. Impresso em 16 de Maio de 2018.

RAIOS-X
Realizado em: 16/05/18 Hora: _____
Técnico: _____

ALGORITMO PI-SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3- ABRA VIA AÉREA. 4- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, QUIR, SENTIR), 5- SE APNEIA, APlique 2 VENTILAÇÕES DE REGADE DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARA(1,6 - AVALE PULSO CAROTÍDICO, OU FEMURAL, IRANQUAL, ENLAÇANTE, 7- SE PULSO, 8- DEDOS DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO, 9- RITMO CHOCAVEL: APLIQUE 1 CICLO(30:2) RITMO CHOCAVEL: REINICE RCP, 10- RITMO NÃO CHOCAVEL, REINICE RCP(30:2), 11- AVALE O RITMO, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, GUICASO A VITIMA SE REFAZ, 13- COLOCAR VITIMA EM POSIÇÃO DE REABILITAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Reciente vítima de quefe de meto
sem reação após ingestão de bebida alcoólica
as 03:00 da madrugada

EXAME FÍSICO

ECG = 15

pupilas irregulares

Hemotoma Periorbitário (R)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TCE leve

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

TC de cérebro: HED

luminosidade temporal direita

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Internação hospitalar

Instrumentos conservados

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TCE

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERENCIA ORIGINAL
NATAL
MAT. NO 51ME
Assinatura e Carimbo do Responsável

SIGNATURA

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	
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, etc., o porquê, a data e etc.)	5
Confuso: Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatórias, mas sem troca conversacional.)	3
Bons intelectuais: (Geralmente tem enunciado palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais, (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Recede inespecífica à dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticção).	3
Padrão extensor à dor (Descerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	"ESCALA DE TRIASÉM DO TRAUMA REVISADA (RTS)	
		13-15	=4
		12-10	=3
		8-80	=2
		4-50	=1
		0	=0
ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA			
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA			

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (APLS 2005)*

- 03- Óbito (necessidade de intubação imediata);
- 09- 3º moderado;
- 14- 15 leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:84-84

** Escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e que colaboram com os exames. Na Escala Qualitativa de dor, 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

** Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al, A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

* CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PROPRIOS DO HOSPITAL. REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETIM.



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO PAULO DO POTENGI



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 04 DATA 16/05/18 HORA 05:05

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Jucen Favelli de Souza Brandão DN 19/10/1995 IDADE 23
SEXO M PROFISSÃO Estudante NATURALIDADE SS Trairi PB
MÃE Maria Fidélia Souza Brandão CNS/CPF 701808202720775
ENDERECO: RUA Seráfino Barboza NÚMERO 50
BAIRRO Centro CIDADE SP FONE (084) 3222-1000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO ()

HORA	P.A.	TEMP.	SatO2	FC	HGT	GLASGOW
0740h	150x80		95	110		

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO () ACIDENTE DE TRÂNSITO: SIM () NÃO ()

SINTOMATOLOGIA/QUEIXAS

CONFIRA SEU ORIGEM
CONFERENCIA 2015/05/19
Sintomas

→ Dígitos de prego
electroca - Tal aderência seca
fissura nos dedos seca

EXAME FÍSICO

Veja no braço com PCS/Hilc
cicatrizes assoreadas e secas
fissuras secas e desidratadas
e edema tórax supraventricular
Pele seca oleosa

EXAMES SOLICITADOS

~~Rx de face~~
~~vegas & face~~

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA: MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

PREScrição	HORA	ASSINATURA
Duloxetíng 200/180cc		
ABD EV/leito		
Correps	05:45	Alessandro de Farias Tec. de Enfermagem Coren 37877
Ecografia		
Tecido de cadáver 10/18 (ABD)		
EV/leito		
CONFIRMO ORIGINAL		
Jofre Jofre		
00/362		

DESTINO DO PACIENTE:

RETIROU-SE: POR DECISÃO MÉDICA (<input checked="" type="checkbox"/>) A REVELIA (<input type="checkbox"/>) DATA 16/05/18 HORA: 07:00
TRANSFERIDO (<input checked="" type="checkbox"/>) PARA: Hospital Walfredo Gurgel DATA 16/05/18 HORA: 09:30
INTERNADO: DATA _____ HORA: _____
ÓBITO: DATA _____ HORA: _____

 <p>GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL
CSOS 401.8080 0270 0775 Identificação CPF. 078.736.964-80		

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 26/05/2018 Alta: / / Naturalidade: SÃO TOME
Nome: WILSON RAVENEL DA SÍNIA BEZERRA Idade: 33 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 10/01/1985
 Idade: 33 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 10/01/1985
 RG: 002.635.590 Estado Civil: SOLTEIRO Nível de Instrução: Nº (Médio)
 Filiação: Pai: ANTONIO RUBEM RODRIGUES
 Mãe: MARINA SOARES DA SÍNIA BEZERRA
 Endereço: RUA VASCONCELOS BARBOSA, 50 - CENTRO Cidade: SÃO BERNARDO DO PARANÁ
 Telefone: (41) 329-1494 () Residencial () Trabalho () Recado
 Contato: (41) 329-1649 Outros telefones: _____
 Composição familiar: RESIDE COM OS GENITORES.
 Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: CASEIRO Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
 Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
 () Socorrido em via pública () Outros meios
 (X) Encaminhado: Hospital de origem: SÃO BERNARDO DO PARANÁ

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
 Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
 Responsável pelo paciente: A GENITORA
 Parentesco: _____ Telefone: _____
 Endereço do Responsável: O MESTRE

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)
paciente JUNIOR DE QUEIROZ DE MOTO. GENITORA OBÉRIA
DA SÓCIE NOSSAS HOSPITALIZADAS E SONHADA CGRAS
DOS DOCUMENTOS.

*Maria de Oliveira do Nascimento
Assistente Social*

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs.
 Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
 Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas e avulsivas de causas extremas, prevenir e tratar, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde, fazendo ações éticas e humanitárias.



010.019.107.



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

Nome:	Nº Registro:
Serviço:	Idade:
DATA	Evolução Multidisciplinar
25/05/18	<p>Neurocirurgia</p> <p>Hom queixas</p> <p>Glossau = 15</p> <p>auscultos normais</p> <p>sem déficit focal</p> <p>Conduta: Alto hospitalar</p> <p>Ramon B. Guerreiro Neurocirurgia CRM-RN 5107</p>
<p>CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>NATAL - PB - 10/05/18</p> <p>MAT. N°: SAME</p> <p>ASSINATURA</p>	

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

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

RECEITUÁRIO

NOME: Lucas Ravelly de Souza Brantos
MATRÍCULA:

Lenda Médico:

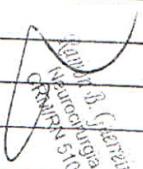
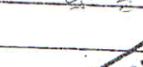
Reclama para os devidos fins
que o paciente acima citado
foi vítima de queda de moto
no dia 16/05/18. Começou
internado neste hospital até
21/05/18 para tratamento conserva-
tório do TCE. Foi permanecer
afastado do trabalho durante
trinta (30) dias. CID: S05

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

DATA 21/5/18

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.

	GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO
Nome _____			
Leito:	Idade:	Nº Registro:	
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS			
Data: 16/05/18		Hora: 12:45	
<p>Reciente vítima de quebra de meto sem escorete após libações alcoólicas às 03:00. Refere cefaleia e dor em face.</p> <p>Exame: Glasgow = 15 pupílos iso / foto Blefarosfismose e direita sem déficit facial</p> <p>TC crânio: NEO laringe em nível temporal direito Condukte e Internasções hospitalares Testamento consensuado do TCE</p>			
			
17/05/18		NNR	
<p>TCE numero 25 24 May Endereço: Rua Gr. Tobias 72 Centro PMS: alti</p> <p>CONFIRME COM ORIGINAL</p> <p>André Corrêa da Costa Neurocirurgia CRM/RN 6546</p> <p>ASSINATURA</p> <p>X</p>			

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.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): Nego

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): DRP

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): Atualizada

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

- TC crânio e face
- Rx tórax AR
- Rx pelvis AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

Dr. Paulo Renato Leal Costa
CRM-SP 14.832-15
Protegista
CPF 797.714.832-15

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Suspensos ótico + lo ASD

TV, ófago

Tensões de Esgoto + IDABD

TV, ófago

Suspensos ótico + lo ASD

TV, ófago

Suspensos ótico + lo ASD

TV, ófago

R fraco per final

de pressão fraca em braço

fraco. R pelvis Alinhado

OT: alto da lca final

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM



Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	<u>NC 6</u>	HORA: <u>10:30</u>	DATA: <u>16/05/18</u>
ESPECIALISTA 2:	<u>BMP</u>	HORA: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>
ESPECIALISTA 3:	<u>Dr. Paulo Renato Leal Costa CRM-SP 14.832-15</u>	HORA: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribua para a melhoria da assistência no Brasil.



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, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190001797

Vítima: LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDAO

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIO CESAR DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCAS RAVELLY DA SILVA BRANDAO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você