



20/06/2019

Número: **0813074-98.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.900,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DA SILVA BARBOSA (AUTOR)		VINICIUS MARCIO BRUNO VIDAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44914 458	20/06/2019 14:50	Petição	Petição
44914 503	20/06/2019 14:50	2601156 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
44914 520	20/06/2019 14:50	2601156 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08130749820178205001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO DA SILVA BARBOSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 19 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10140067

A/C: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160716319 ASL-1166358/16
Vítima: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 08/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 23/11/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 08/08/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01599/01600 - carta_03



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10140079

A/C: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160716319 ASL-1166358/16
Vitima: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 08/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10140079

A/C: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160716319 ASL-1166358/16
Vitima: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 08/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10414336

A/C: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

Sinistro: 3160716319 ASL-1166358/16
Vitima: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 08/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006998

Conta: 0000007616-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/01/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06998

CONTA: 000000007616-7

Autenticação:

0CEFB7CAB624CEA862FC8020E0A4666648BC9CE46EF4C2125B8A648241D3AA7C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160716319 **Cidade:** Ielmo Marinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA **Data do acidente:** 08/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO ESQUERDO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160716319 **Cidade:** Ielmo Marinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA **Data do acidente:** 08/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO ESQUERDO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM
Endereço: RUA PRISCO ROCHA, 1249, CENTRO, CEARÁ MIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016020002571

1.2 Data de Expedição: 26/09/2016 09:50:01

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Liguei CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/08/2016 02:36:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: ESTRADA QUE LIGA A RN-064 AO ASSENTAMENTO POROROCA

2.6 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: CEARÁ MIRIM

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

3.2 Estado civil: Divorçado(a)

3.3 Etnia: Sem Informação

3.4 Pai: NÃO DECLARADO

3.5 Mãe: MARIA IDALINA DA CONCEIÇÃO

3.6 Data de Nascimento: 16/12/1959

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 622286 - ITEPRN

3.9 CPF: 40683133420

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Nacionalidade: ARAKUNA PB

3.13 Profissão: APOSENTADO

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 987182143

3.16 Logradouro: RUA CEL. JOSÉ FRANCO RIBEIRO / BR-101 DIST. NORTE

3.17 Número: 30

3.18 CEP:

3.19 Bairro: NS. APRESENTAÇÃO

3.20 Cidade: NATAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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 Seguro: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 80850

7.1.4 Renavam: 00429583503

7.1.5 Placa: NNX7221

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: FIAT

7.1.8 Modelo: STRADA WORKING CD

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.12 Tipo do veículo: CAMINHONETE

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

7.1.16 Veículo com a

7.1.17 Nome do condutor: JOHNNATHA RANNIERY DA COSTA

Ocorrência:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA D.P. PARA INFORMAR QUE ESTAVA VOLTANDO DO ASSENTAMENTO O POROROCA QUANDO O MOTORISTA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO A UMA LOMBADA FEITA POR UMA TRATOR. QUE O VEÍCULO SAIU DA ESTRADA E CAIU NUMA VALA CAVADA AO LADO DA ESTRADA, QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE IELMO MARINHO QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL WALBERTONIUS, SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO. A VÍTIMA VINHA DE CARONA NO VEÍCULO ACIMA CITADO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CLOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

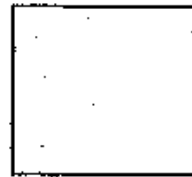
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 26/09/2016 09:50:01

Policial

Interessado



Proteger direito

Atendimento: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO

Impresso por: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO em 26/09/2016 09:50:06

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

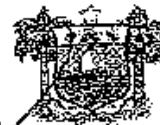
J2016020002571

Comprovaço do ato declaratório

http://10.104.28.30/intermaoes/Boletins/Imprimir/196912



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA



PACIENTE	FRANCISCO DA SILVA BARBOSA		
DATA DE ENTRADA	08/08/2016	HORA	05:27 Nº BAA 196912
IDADE	30	SEXO	M
CARTÃO SUS	ESTADO Divorciado(a) CIVIL		
CPF	406.831.334-20	RG	622286 - ITEP
NOME DA MÃE	MARIA IDALINA DA CONCEIÇÃO		
NOME DO PAI			
NASCIMENTO	16/12/1959	NATURALIDADE	Baruna-PB
TELEFONE	(84) 8716-2143	PROFISSÃO	Auxiliar de escritório
RUA/AV.	Rodovia BR 101	Nº	30
COMPLEMENTO			
CEP	59115-001	BAIRRO	Nossa Senhora Da Apresentação
ORIGEM	Ambulância - Interior	CIDADE	Natal-RN
MOTIVO	Acidente de Trânsito / Carro - Capotamento		
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Celeide

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de capotamento de veículo, no qual sofreu lesão em L5/S1, requerendo de assistência no momento do acidente.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL RN 12/08/16
PROTOCOLO
WASHINGTON LINS L. GOMES
ASSISTENTE EMERGENCIA
NATAL RN 12/08/16



HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
DIAGNÓSTICO INICIAL						CID	

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 99613-4442

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE *Acidente com lesões de*
capitulum e espinha

EXAME FÍSICO *Acidose em pH 7,35*
3.45 mmHg
Fratura de nível no distal

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA *Fratura de nível no distal*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO *7/10 mmHg*

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) *02/40*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Nelson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 5121

Dr. Nelson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 5121

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: **Nº do Boletim de Atendimento:**

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: **DATA:** / / **HORA:**

SAÍDA: **DATA:** / / **HORA:**

Decisão Médica ☐ **À Revelia** ☐ **Transferido para:**

ÓBITO: **DATA:** / / **HORA:**

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

FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS EM ESPECIAL ÀS CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: **Nº do Boletim de Atendimento:**

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: **DATA:** / / **HORA:**

SAÍDA: **DATA:** / / **HORA:**

Decisão Médica ☐ **À Revelia** ☐ **Transferido para:**

ÓBITO: **DATA:** / / **HORA:**

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

Carimbo - OR
09 JAN 2017

DESTACAR

EXAME FÍSICO [SECUNDÁRIO]		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS):		
M (MEDICAÇÕES EM USO):		
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):		
L (LIC. E ALIMENTOS INGERIDOS):		
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):		
V (PASSADO VACINAL):		
EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS	
Radiografia de punho esquerdo PA e perfil.		
	OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Voltar 75 mg - clonazepam <i>[Assinatura]</i> Dr. Fábio Henrique CRM 1708		
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA: 09 JAN. 2017
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA: DPVAT/CTBA



* Yellwanna *

http://10.10.10.128/Internacoes/Boletins/Imprimir/196912

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDI



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

(+)



PACIENTE	FRANCISCO DA SILVA BARBOSA		
DATA DE ENTRADA	08/08/2016	HORA	05:27
IDADE	30	SEXO	M
CARTÃO SUS	ESTADO	ETNIA	BRANCO
	DIVORCIADO(A)		
	CIVIL		
CPF	406.831.334-20	RG	622286 - ITEP
NOME DA MÃE	MARIA IDALINA DA CONCEIÇÃO		
NOME DO PAI			
NASCIMENTO	16/12/1959	NATURALIDADE	Araruna-PB
TELEFONE	(84) 8716-2143	PROFISSÃO	Auxiliar de escritório
RUA/AV.	Rodovia BR 101	Nº	30
COMPLEMENTO		BAIRRO	Nossa Senhora Da Apresentação
CEP	59115-001	CIDADE	Natal-RN
ORIGEM	Ambulância - Interior	MOTIVO	
Acidente de Trânsito / Carro - Capotamento			
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Celeide

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente vítima de capotamento de caminhão 6 horas. No momento da lesão referiu dor em L5/S1, verga para a esquerda no momento da acidente.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES	CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
	30/08/2016
	OPVAT - CTBA

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID
----------------------------	------------

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS):		
M (MEDICAÇÕES EM USO):		
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):		
L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):		
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):		
V (PASSADO VACINAL):		
EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS
Radiografia de punho crânio PA e perfil		OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Votado 73 - 01/09/2018		
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:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:			
ANAMNESE <i>Acidente com lesão de</i>			
<i>capitulum exposto</i>			
EXAME FÍSICO <i>doe em punho</i>			
<i>gessus</i>			
<i>fractura de escápula distal 2/</i>			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Fractura de escápula distal 2/</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO	
		<i>2/ Denúncia</i>	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE EXFERMAGEM	
<i>Gesso escápula</i>			
Dr. Kleudson Bastos ORTOPEDISTA CRM 2221		Dr. Kleudson Bastos ORTOPEDISTA CRM 2221	
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA:	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica ☐		Á Revella ☐	
Transferido para:		CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	
ÓBITO:		DATA: / / HORA:	
Entregue à família		com Atestado ☐	
S.V.O. ☐		30 NOV. 2016 I.T.E.P. ☐	
Médico (Carimbo)		DPVAT - CTBA	

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA:	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica ☐		Á Revella ☐	
Transferido para:			
ÓBITO:		DATA: / / HORA:	
Entregue à família		com Atestado ☐	
S.V.O. ☐		I.T.E.P. ☐	

[illegible]

EL ENFERMERA DA ESCOLA DE CUIDA OLASCOV Abertura Quarta (M)	
Objetivo: ter abertura para o primeiro encontro.	4
União: as crianças não têm medo de falar (pode ter medo) mas o terapeuta (pode) poderá ajudá-las a se expressar de alguma forma.	3
Objetivo: ter abertura para o primeiro encontro	2
União: não se abrem	1
Indicador específico: verbalizar (M)	
Observação: a criança não verbaliza e não se expressa de nenhuma forma. Não se abrem.	5
União: a criança não se abre e não se expressa de nenhuma forma.	4
Observação: a criança não se abre e não se expressa de nenhuma forma.	3
União: a criança não se abre e não se expressa de nenhuma forma.	2
União: a criança não se abre e não se expressa de nenhuma forma.	1
Indicador específico: verbalizar (M)	
Observação: a criança não verbaliza e não se expressa de nenhuma forma. Não se abrem.	5
União: a criança não se abre e não se expressa de nenhuma forma.	4
Observação: a criança não se abre e não se expressa de nenhuma forma.	3
União: a criança não se abre e não se expressa de nenhuma forma.	2
União: a criança não se abre e não se expressa de nenhuma forma.	1

ESCALA DE TRUENOS DE TRAUMA REVISADA - RTT		
DISCRIMINAÇÃO	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	3-10	3.6
	11-13	4.3
	14-15	5.0
	16-17	5.7
	18	6.4
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	18-20	3.4
	20-22	3.5
	23-24	3.7
	25-26	3.8
	27-28	3.9
PRESSÃO ARTERIAL SÍSTOLICA	90	3.0
	90-100	3.4
	101-110	3.8
	111-120	4.2
	121-130	4.6

^aExample of Emerson's knowledge of the Greek text of the *Republic* is shown by his use of the word "justice" in the *Republic* (1841) and the *Republic* (1842).

~~CLASSIFICACAO DO TCS~~
~~(ATLS 2004)~~

03 - 03-groves (generally under the
 laboratory conditions)
 04 - 04-groves;
 05 - 05-groves

* Referring to **REASONABLE OBLIVION**, M. A. Averbach and some well imposed associates. A perfect score. I need this, etc.

[illegible]

SEM DOR	LEVE	Moderate	Intense	Prop Percent
0	1	2	3	4

INSTITUTO DE ORTOPEdia NATAL
Rua São Domingos, 331, Igapó,
CEP: 59104-110 NATAL/RN

Sr(a). OP
PARA Sr(a). FRANCISCO DA SILVA BARBOSA

R//

LAUDO MÉDICO

PACIENTE ALEGA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO DIA
08/08/2016, SOFRENDO FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

APRESENTA CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA COM DESVIO DORSAL.

EVOLUI COM SEQUELA REFERENTA A LIMITAÇÃO DE FLEXAO DO
PUNHO E DOR CRONICA.

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.

CID: S52.5

Dr. Ricardo EMMANUEL M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 53877 TEST 12425

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

30 NOV. 2016

DPVAT - CTBA

25/10/2016 Dr. RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387

