



Número: **0812346-77.2019.8.20.5004**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **9º Juizado Especial Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **03/06/2019**

Assuntos: **Ato / Negócio Jurídico, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR (AUTOR)		ANGELICA MENDONCA DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43916605	03/06/2019 14:43	Abertura de pedido do seguro	Documento de Comprovação
43916644	03/06/2019 14:43	Boletim de ocorrencia	Documento de Comprovação
43916675	03/06/2019 14:43	Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral	Documento de Comprovação
43916706	03/06/2019 14:43	Declaração SAMU	Documento de Comprovação
43916863	03/06/2019 14:43	Documentos do hospital	Documento de Comprovação
43916885	03/06/2019 14:43	Documentos pessoais	Documento de Identificação
43916918	03/06/2019 14:43	Exame de Raio X	Documento de Comprovação
43916939	03/06/2019 14:43	Foto cicatriz da testa	Documento de Comprovação
43916971	03/06/2019 14:43	Negativa seguradora	Documento de Comprovação
43917020	03/06/2019 14:43	Procuração do reclamante	Procuração
43917098	03/06/2019 14:43	Relatório médico	Documento de Comprovação



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: 3190017143

Vítima: CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13790182



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 101087

1 - LOCAL E DATA

Local RUA JERÔNIMO CAMARA Bairro NAZARE
Cidade/UF NATAL P. Ref. PR TRAT Rodoviária
Data 05/11/2018 Hora do acidente 10:00 Hora do registro 10:32 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☒ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi QGN 6006 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. VW FOX CL MBV Cor AZUL Ano 2016 1 2018
Proprietário SMART ENERGIAS RENOV COM E SERVIÇO LTDA Nº de Ocupantes 01
Condutor PAULO ROBERTO DANTAS Data de Nasc. 12/03/1952
Endereço RUA JERONIMO SEVERO Nº 1134 Fone 9 9968.5533
Bairro LAGOA NOVA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 031.774.694.04 CNH Nº 02277330405 Validade 11/01/2020 Categoria B
Local de Trabalho ABSCN IND T.J Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi ARUANA SEARADORA Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? LEGA NOVA / BOM PASTOR

Em que faixa? DA DIREITA

Versão do condutor: INFORMA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA RUA, QUANDO O PROESTRE IA ATRAVESSANDO TROPESOU E CAIU NA RUA, MOMENTO ESTE, QUE HOVE A COLISÃO.

Assinatura do Condutor do V1. [Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

ARMAZEM CERTIFICADORA
07 JAN 2013

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

101087

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> De Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. 50 KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

50m

RUA ALBINO LIMA

RUA ALBINO LIMA

AV. 500

EXPEDIENTE A. CÂMARA

107500

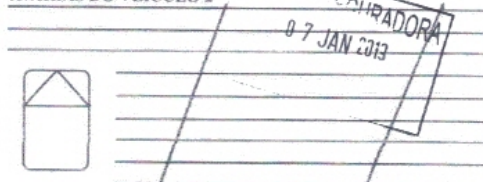
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

AVARIA PAINEL DE LANTERNA DIREITA



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☒ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: CLÓVIS SARINII
 Nome: CLÓVIS SARINII DE MENDONÇA JÚNIOR Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 RG N°: 7780433 Órgão Expedidor: SSP Data de Nascimento: 07/11/1977
 Endereço: RUA CAMPOS ALTOS N°: 75 Fone: 98224-3799
 Bairro: BOA VISTA Cidade: NATAL UF: RN
 Versão: CPE 797 508 704 72

Assinatura

Hora

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 RG N°: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____
 Versão: _____
 Assinatura: _____
 Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 RG N°: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____
 Versão: _____
 Assinatura: _____
 Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 RG N°: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____
 Versão: _____
 Assinatura: _____
 Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

SAMU

Hora

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

NÃO FOI POSSÍVEL A VERSÃO DO PEDESTRE, POIS ESTAVA EM PROCEDIMENTO CLÍNICO.

ARTIMIA SEHRADORA
07 JAN 2013



Nome Completo do Agente: VALDENI DO RÊGO TEIXEIRA
 POSTO/GRAD.: CB PM N°: 2007779 Viatura: 106 Subunid.: 12 PRE
 Local e Data: NATAL 07 JAN 2013

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 10/12/2007
NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada			
LOGRADOURO R DA ASSEMBLEIA	NÚMERO 100	COMPLEMENTO ANDAR 26	
CEP 20.011-904	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO	UF RJ
ENDEREÇO ELETRÔNICO PRESIDENCIA@SEGURADORALIDER.COM.BR		TELEFONE (21) 3861-4600	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **08/03/2019** às **14:23:05** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

 <p>PREFEITURA DO NATAL A NOSSA CIDADE</p>	<p>PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 NATAL</p>	 <p>SAMU 192</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/11/2018, aproximadamente às 09h55min, na Avenida Jerônimo Câmara, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 229646/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 03 de dezembro de 2018.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

30/11/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=229646&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 229646/1

Data: 05/11/2018

CHAMADO

TARM: VICTORIE LALANDE GOMES DE ASSUNÇÃO

Médico Regulação: ROBERTO SOUZA DE MEDEIROS

Rádio Operador: GABRIELA BEZERRA CAVALCANTE DE SOUZA

Médico Cena: ROBERTO SOUZA DE MEDEIROS

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA 02 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO)

Equipe VTR: JUSSIER FERNANDES TERTO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
RENATA DE LIMA PESSOA - ENFERMEIRO
ADRIANO COSTA DO NASCIMENTO - MEDICO

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: IVANIA

Telefone: (84) 99622-2796

Nome do Paciente:

CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS

Idade: *

46

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8203122 Longitude: -35.229197

Endereço: AVENIDA JERÔNIMO CÂMARA

Nº: VP

Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

Outro Bairro:

Referência/Complemento: POR TRAS DA RODOVIARIA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: ATROPELAMENTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/11/2018 09:56:37 - Dr(a). ROBERTO SOUZA DE MEDEIROS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: ATROPELAMENTO POR UM CARRO. TRAUMA NA CABEÇA. ACORDADO E RESPIRANDO. SANGRAMENTO NA CABEÇA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

05/11/2018 10:03:39 - Dr(a). ROBERTO SOUZA DE MEDEIROS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: USA

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apolo:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
05/11/2018
09:55:15
Saída Local:
05/11/2018
10:44:39Regulação Médica:
05/11/2018
10:03:39
Chegada Destino:
05/11/2018
10:54:54Solicitação VTR:
05/11/2018
10:05:11
Liberação Destino:
05/11/2018
11:42:06Saída VTR:
05/11/2018
10:07:51
Liberação VTR:
05/11/2018
11:42:08Chegada Local:
05/11/2018
10:21:07http://10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=229646&Digito=1&ReadOnly=1



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 57544 /2018

Admissão: 05/11/2018 11:02:05



CIRURGIA GERAL - VERDE

Médico:

Paciente: 100130 - CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR (46 a 11 m 28 d)

Nascimento: 07/11/1971 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704108154652877

CPF: 79150810472

Prof:

Mãe: IRENE PEREIRA DA SILVA

Pai:

Logradouro: CAMPOS ALTOS, 75

Cidade: NATAL

CEP: 59122678

Bairro: REDINHA

Compl: (LOT PRQ FLORESTA)

Motivo: ATROPELAM. POR CARRO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

ARUANA SEGURADORA
30 JAN 2019

Fluxograma:						Discriminador:				
OBS: ATROPELAMENTO						Classificação: 05/11/2018 10:58:50				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	
	140x80	126	99%	21%	18	88		15		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DOR TORACICA

Hora:

Paciente vítima de atropelamento por carro, dia 40m, veio com SAMU com protocolo de celular celular e prancha rígida; uge perda de consciência no local; vômitos; queixa-se de dor no tórax a E; feito fentil pelo SAMU.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA pênula e coluna cervical com eclair

B MVO, bilateral

C Estável hemodinamicamente

D Glasgow 15

E lesões em face; desconforto no tórax e besta sangramento no abdômen

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABD flácido, com dor na transição flexão do-
minal esquerda.

Pele estável

Salda

Deix a palpação em tórax e abdômen

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Trauma torácico fechado

*Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO. Impresso em 05 de Novembro de 2018.

CONFERE COM ORIGINAL
29/01/2019
RAIOS-X
Realizado em: 29/01/2019
Técnico: [assinatura]

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 11341 /2018

Prontuário: 1177444

Paciente: 100130 - CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR

Cartão SUS: 704108154652877

CPF: 79150810472

Dt Nasc: 07/11/1971

Idade: 46 anos 11 meses 28 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: IRENE PEREIRA DA SILVA

Nome do pai:

Rua/Av: CAMPOS ALTOS

Nº: 75

Complemento: (LOT PRQ FLORESTA)

Bairro: REDINHA

CEP: 59122678

Cidade: NATAL

Telefone: 84 996729879 84 996729879

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 08

Responsável: CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 05/11/2018 12:20:40

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S27.2 - HEMOPNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO
412040166 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

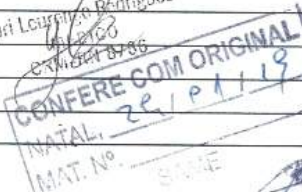
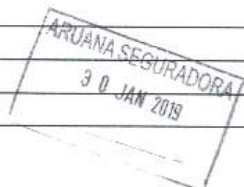
Fraturas múltiplas arcos costais (m3.22)

RESUMO DE ALTA

Paciente vítima atropelamento por carro em 05/11/18. Deu entrada em P.A. HMWG com quadro de ICC em baço natat e pneumotórax traumático acompanhado de fraturas de 2, 3, 4 e 5 costelas posteriores direito. Submetido a drenagem torácica em solo clínico e conduta expectante. Evoluiu bem. Retirado drenagem torácica em 13/11/18. Avaliação da pela equipe cirúrgica torácica e optado por conduta conservadora.

Paciente recebe alta em bom estado geral, eufórico. Desembaçado. Hábitos fisiológicos preservados. Boa aceitação da dieta oral.

Yuri Leal Rodrigues
Médico
CRM 100.000.000



NATAL, 05 de Novembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





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: Clóvis Francisco de Medeiros Júnior

Leito:

Idade: 46 anos

Nº Registro: 100130

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 05/11/18

Hora:

Admissão

Paciente, 46 anos, masculino, vítima de atropelamento por carro, trazido pelo SAMU em colar + prancha rígida. Negs perda de consciência ou vômitos. Refere dor em HTE.

A - VAP; Negs Cervicologia.

B - Empneicos; MV diminuído a E, creptos em base

C - Estável Hemodin. FC = 88 bpm

D - Glasgow 15; Pupilas Iso/Foto.

E - FCC em raiz nasal (já suturada pelo BME).

Negs alergias ou comorbidades.

* TC de Tórax apresenta Pneumotórax moderado e Hemotórax discreto a E.

Alimentou-se às 07:00.

HD: Hemopneumotórax a E.

Cd: Ao CC para Drenagem Pleural Fechada.

Dr. Tássio Rodrigo
Urologista
CRM 4929

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 29/01/19
MAT. Nº. 5016

Yuri Leonardo Rodrigues
MÉDICO
CRM-RN 8766

ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de cunho essencial, 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.



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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome Clóvis Francisco De M. Junior

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
05/11/18 14:30	# Nota Operatória # Paciente submetido a Punção em São Paulo e regulada sob monitoramento. Drenagem de urina e drainagem de urina. Dra. Mariana L. Goulart CRM 4929
06/11/18	Surto de urina: # Drenagem pleural sob d'água 05/11/18 Quarta paciente na maca. Relata prurido em HTX. Drenagem e de d'água. Prurido não se abrimen tou. Sem intercorrências no período. Uso de analgésico e hidratação. Presença de curativo em dorso nasal. Dreno sob d'água em HTX. FC sob 80. SAT 98%. AR. W. S. R. em ambas Hemitorax. V. C. R. T. B. I. N. E. Labdomen flácido, R. A. T. J. A. T. J. A. C. em liberação direta. Mantido dreno sob d'água. Solicito e cobra R. X. T. A. T. J. A. C. Dr. Tássio Rodrigo Urologista CRM 4929

Dr. Tássio Rodrigo
Urologista
CRM 4929

ARUANA SEGURADORA
30 JAN 2019

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL
MAT. Nº. SAME
CIT. 016.69498

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, doenças infecciosas, doenças crônicas e doenças raras, com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

ASSINATURA
Eivoldo S. L. P.
Chefe de Serviço
05/11/2018



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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: 420
Data de admissão: 05/11/18 Alta: _____
Nome: Elouis Francisco de Medeiros Junior Naturalidade: Valdeira/RN
Idade: 47 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 07/11/71
RG: _____ Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Prédio Comp.
Filiação: Pai: Elouis Francisco de Medeiros
Mãe: Trina Pereira de Silva
Endereço: R. Campos Altos, 75 - Redinha Cidade: Valdeira/RN
Telefone: 98853-6443 Valdeira () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: 98734-3799
Composição familiar: Reside e/ou companheira
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Vendedor 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 (X) Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Valdeiza Maria Silva Araújo
Parentesco: companheira Telefone: _____
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de atropelamento. Feito boletim de ocorrência.

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, 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.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoBOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Aluisio Francisco de Moraes Junior Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: Hipomastoidite Transmissível
Indicação terapêutica: Drainagem em tubo transtóraco Urgência ☒ Eletiva ☐

INTERVENÇÃO

Data: 06/11/2019 Início: 14:00 Término: 14:25 Duração:
Operador: Paulo Roberto CRM/CRO:
1º Auxiliar: Renata CRM/CRO:
2º Auxiliar: Thamara CRM/CRO:
Instrumentador:
Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 05/11/18
- (1) Paciente em ODA
 - (2) Assepsia + antissepsia + aplicação de campos
 - (3) Realizado Bloqueio Intercostal com Lidocaína 2%.
 - (4) Realizado Drenagem de Tórax à E com dreno nº 38 e selo d'água de 50cm.
 - (5) Dreno colocado, com escape aéreo, sem débito, líquido do dreno.
 - (6) Sarcito Raxo X de Tórax em AP.

DR. PAULO R. G. G.
MR. CHAVES GOMES
CRM/RN - 2445APUANA SEGURADORA
30 JAN 2019CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 29/11/19
MAT 01ASSINATURA
Dr. Tássio R. G. G.
Urologista
CRM 2929Coleta de material anatomo-patológico: ☒ NÃO ☐ SIM QUAL?Coleta de material para microbiologia: ☒ NÃO ☐ SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DENUNCIAR PRODUZIR O SERVIÇO SOCIAL E INDICAR.

ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE: <u>Internamento</u> Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>Internação com</u> DATA: <u>05/11/2018</u> HORA: <u>14:30</u>	
SAÍDA: DATA: <u>CONFEEZE COM ORIGINAL</u>	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <u>NATAL, 29/11/19</u>	HORA: <u>19</u>
ÓBITO: DATA: <u>/ /</u> HORA: <u>MAT. Nº. SAME</u>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> ASSINATURA <u>Dr. Tassio Rodrigo</u>	ASSINATURA <u>Envaldo S. Costa</u>
Médico (Carimbo)	Envaldo S. Costa SAM 19204

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: <u>/ /</u>	HORA:
SAÍDA:		DATA: <u>/ /</u>	HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: <u>/ /</u>	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>




AUTENTICAÇÃO
 AUT-04581

1º Livro da Vida
O Livro da Vida
 Roberto J. Romualdo

Este livro contém os ensinamentos de Jesus Cristo sobre a vida eterna, a salvação e a vida em Cristo. É um livro que todos os cristãos devem ler e estudar.

Substitua
 Insira o formulário aqui
 Insira o formulário aqui

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1689984656

SEM EFEITO

SEM EFEITO

06/11/2018
SEM EFEITO

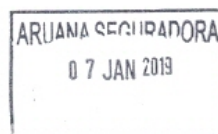
SEM EFEITO

SEM EFEITO

SEM EFEITO

SEM EFEITO

SEM EFEITO













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, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190017143

Vítima: CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLOVIS FRANCISCO DE MEDEIROS JUNIOR

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 seqüela 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

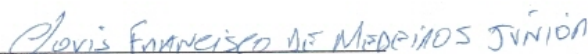
Estamos aqui para Você

Carta nº 13889722

PROCURAÇÃO


Pelo presente instrumento particular de procuração Clovis Francisco de Medeiros Junior, brasileiro, convivente, vendedor, portador do RG n.º 1180433 SSP/RN e do CPF n.º 791.508.104-72 residente e domiciliado na Rua Campos Altos, N.º 75, Redinha, Natal/RN, CEP 59.122-678, e-mail juniornatal2011@hotmail.com, nomeia e constitui sua procuradora a advogada **ANGÉLICA MENDONÇA DE OLIVEIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/RN sob o n.º 16.996, com escritório profissional na Rua Princesa Isabel, 523, sala 320, Cidade Alta, Natal/RN, CEP 59.025-400, Tel: (84) 98162-3008, endereço eletrônico *angelica_clever@hotmail.com*, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber alvarás e dar quitação, desistir, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do CPC), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Natal, 18 de Fevereiro de 2018.



Clovis Francisco de Medeiros


Outorgante

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

Receito Médico

#Período Internação: 05/11/18 a 13/11/18.

Teste-se de paciente Clóvis Francisco de Medeiros Junior, 46 anos, Deu entrada no P.S. HUW.G em 05/11/18 com relato de trauma polivento. Em exames constatado fraturas de 01 costelas em HTx @. Submetido a drenagem torácica por punção torácica traumática. Atendido pela Equipe Cirúrgica Torácica e optado por tratamento conservador por boa evolução.

NATAL DATA 12/11/18	Yuri Lourival Rodrigues  ASSINATURA
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETE.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

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.