



Número: **0854594-04.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **12/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO (AUTOR)		RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34005186	22/10/2018 10:30	DOCUMENTOS-compressed	Documento de Comprovação



**Toscano &
Contreras**
ADVOGADOS

Escritório Natal - Av. Amintas Barros, 2909, 1º andar, sala 13
Lagoa Nova - Natal/RN CEP 59.062-250 - Tel/Fax: 84
3206.9533 - tcadvocacia5@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): ROMILDO VIEIRA DE ARAÚJO, brasileiro, casado, agricultor, portador de cédula de identidade RG nº 449.899 SSP/RN, inscrito no CPF/MF sob o nº 221.234.144-87, residente e domiciliado na Rua Santa Luzia, nº 284, Anuna, São José de Mipibu/RN, CEP: 59.162-000.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, CRISTINA MARIA DE SIQUEIRA MACHADO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 600-A, CYNTHIA SUELY SOARES REGINALDO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.390, JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos integrantes do escritório de Advocacia **RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 787, CNPJ nº 28.433.584/0001-08, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula "*ad-judicia et extra*", para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

Natal /RN, 01 de Outubro de 2018.

Outorgante

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SEGURO DPVAT

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

1. PARTES: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, com inscrição no CNPJ: 28.433.584/0001-08 e inscrição na OAB/RN N° 787, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250, fone: 3206-9533, denominada CONTRATADA, e por outro lado

Nome:	Rodrigo Vieira de Araújo		
Nacionalidade	BRASILEIRO(A)	Estado Civil:	Casado
Profissão	Advogado	CPF nº	221.237.174-87
Endereço	Rua Santa Luzia, 284, Apêdo, São José Mipizul/RN		

aqui denominado(a) CONTRATANTE.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços profissionais da CONTRATADA, para que este requeira administrativamente perante a Seguradora Líder e; também ajuíze ação de cobrança referente à indenização de seguro DPVAT, junto ao Juizado Especial Cível ou Justiça Estadual.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará, em todas as instâncias, inclusive administrativas, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1 Pela propositura do requerimento administrativo e da ação judicial, o/a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, a título de honorários advocatícios, o valor de:

- 20% (VINTE) sobre todos os valores líquidos recebidos (judicialmente ou administrativamente) pelo(a) CONTRATANTE decorrente da ação proposta.
- O/A CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta.

5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA

5.1 No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajulzar o processo conosco. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

5.2 A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá a CONTRATADA.

5.3 No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

6. Agindo o (a) CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face da CONTRATADA, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

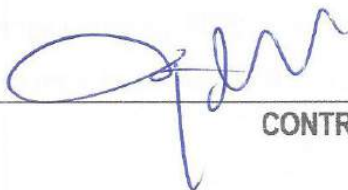
7. **CLÁUSULA DE RISCO:** em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores à CONTRATADA, inclusive os gastos havidos com a demanda.

Assim, em 01 de outubro de 2018, elegem o Foro da comarca de Natal/RN e assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.

o Rodrigo de us de Araújo

Rodrigo Cavalcanti Contreras

CONTRATANTE



CONTRATADA

RECIBIDO
18 JUL 2013
Trib. Al. do Sol. ADM.
COM. Trib. do Sol. ADM.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU-RN
Rua Bela Vista, nº. 305, Centro, São José de Mipibu/RN, Fone (84) 3273-2209.

BO: 1090/2018

São José de Mipibú/RN, 21 de junho de 2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Seguro DPVAT

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RN 315. Arenã. SJM/RN

DATA E HORA DO FATO: 12/01/2018, por volta das 14h00min

Comunicante: Romildo Vieira de Araújo Rg.: 449.899 SSP/RN

Filiação: Jose Vieira Filho/ Tereza Vieira de Araújo

Endereço: Rua Santa Luzia, 77. Arenã. SJM/RN

Data de Nascimento: 18/11/1947

Tel.: 084-9.99153117

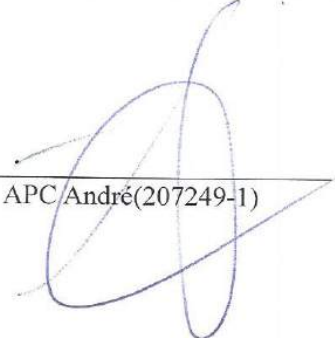
Suspeito:

Endereço:

HISTÓRICO: O comunicante informou que estava se deslocando como passageiro na moto Honda/CG150 FAN ESDI de placa NOE 4007 com RENAVAM 00352904410 de propriedade do Sr. Dorgival Moreira de Sousa; Que a moto era pilotada pelo Sr. Flávio Geson de Paiva de Souza; Que durante o trajeto, uma moto colidiu contra a moto em que o comunicante estava; Que em decorrência da colisão, o comunicante sofreu lesões corporais; Que o comunicante foi socorrido pelo Samu para o Hospital Walfredo Gurgel.

Providências: Registro da ocorrência.


Comunicante


APC André(207249-1)



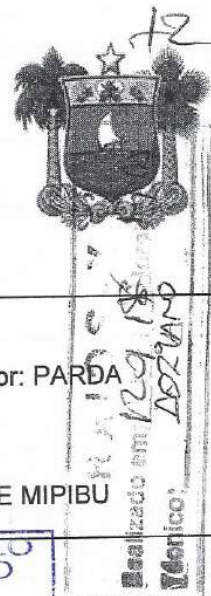


SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 1840 /2018

Admissão: 12/01/2018 16:28:03

CIRURGIA GERAL - AMARELO



Paciente: 56942 - ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO (70 a 1 m 24 d)

Nascimento: 18/11/1947 Natural: VERA CRUZ.BRASIL

CNS: 704802007734648

CPF:

Prof:

Mãe: TEREZA VIEIRA DE ARAUJO

Pai:

Logradouro: SANTA LUZIA, 284

CEP: 59162000

Bairro: ARENA

Cidade: SAO JOSE DE MIPIBU

Telefone: 84.98639391

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

PROTOCOLO
RECEBIDO
15 AGO 2018

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS: TRAZIDO PELO SAMU COM ESCORIAÇÕES E TRAUMA EM DEDOS	Classificação: 12/01/2018 16:24:26								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
16h30	130x40	-	98%	21%	20	40	-	15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE MOTO / CARRO

Hora:

Paciente refere colisão de peso
justo com o outro carro
na + 2 horas

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 19/06/2018
MAT. Nº 1548X-5410
SAME
ASSINATURA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Via Aérea - Patente - Coloração Capilar viva
B Exame cardíaco - Normal
C Exame pulmonar - Normal
D Exame abdominal - Normal
E Exame de membros inferiores - Normal

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Exame de membros superiores - Normal
Exame de membros inferiores - Normal
Exame de membros superiores - Normal
Exame de membros inferiores - Normal

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Politraumático

*Gerado via SX por MARIA DALVA FREIRE DE LIMA. Impresso em 12 de Janeiro de 2018.

→ Suíte

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)***

Rx Sequeleto de fratura de
R X Sequeleto de fratura de
R X Sequeleto de fratura de
R X Sequeleto de fratura de
R X Sequeleto de fratura de

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT-01 IXA (Cauda)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1311

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: ORTOPEDISTA	HORA: 16h15	DATA: 21/01/2018
ESPECIALISTA 2: Beto Marbott	HORA: 16h15	DATA: 21/01/2018
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

Guarido Ronald da Costa
Médico - Cirurgião Geral
CPF 130.678.304-59

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, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWG.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>ORTOPEDIA</u>	
ANAMNESE <u>Pac vítima de acidente de moto ven o fx exposto p</u>	
EXAME FÍSICO <u>sgo.</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<u>1) Ketorol 2g. sc</u> <u>2) voltar sel</u> <u>3) Decidiron sel</u> <u>4) do cc.</u> <div style="text-align: right;">Assinatura e Carimbo do Responsável</div>	<u>ORTOPEDIA</u> <u>EP: 89 PDD com</u> <u>neurose e grave lesão</u> <u>de partes moles, além</u> <u>de fx cominuta de</u> <u>falange proximal de</u> <u>dedo 5º e partes ósseas</u> <u>pela amputação do dedo</u> <u>5º. Fato asséptico + anestesia</u> <u>local + limpeza de 80-90%</u> <u>+ sutura</u> <div style="text-align: right;">Assinatura e Carimbo do Responsável</div>
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: <u>minimamente + ambulatório</u>	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>ortop</u>	DATA: <u>12/01/18</u> HORA: <u>19 h</u>
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"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> <u>[Assinatura]</u> Médico (Carimbo) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PROTOCOLO RECEBIDO 15 AGO 2018 TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS </div> </div>	

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"/>

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA A LÍDIA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA). 3 - ABRA VIA AEREA. 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - SE APLICA, APLIQUE 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA, MÁSCARA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE). 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSOES TORACICAS. 10MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA. 8 - DEA DISPONÍVEL: ANÁLISE O RITMO. 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 J DE BIFÁSICO). E REINICIE RCP. 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE O RITMO A CADA 3 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. OU CASO A VÍTIMA SE NEXA. 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL. REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE O BOLETEM.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: bico raine

ANAMNESE
Insatisf. Nutricional e absorção inadeq. de alimentos

EXAME FÍSICO
Artos Abundantes + Colúmbos + HTP

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA
Endo no abd

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Haroldo de Araújo
Cirurgião Bucal Máximo Facial
CRM 188.314-92
Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 19/06/2018
MAT. Nº 15088-7
SANE
Assinatura e Carimbo do Responsável

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 as perguntas sobre seu nome, idade, endereço, data, o porquê, e data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sem inteligíveis. (Gemejo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Far coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo a dor (Defecção).	3
Padrão extensor a dor (Dissociação).	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 RESPIRATORIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	1-49 = 1

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1995.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08 = grave (necessidade de intubação imediata);
09 - 3 = moderado;
14 - 15 = leve

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



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>Romildo Vitor de Aguiar</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						

13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
----------------	-------------	---------	----------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fx exposta pt</i>	CONFERE COM ORIGINAL NATAL. 19/06/2018 MAT. Nº. 151128 SAME ASSINATURA		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Ho cirurgias</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>maneira + 04</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exatoma</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0308010019</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>07040</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>urgência</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Rodrigo Cabral</i>
				29 - DT SOLICITAÇÃO <i>12/01/18</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 e a luz dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoFICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação CPF: 221.234.174-87

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 12/01/2018 Alta: 1/1/_____
Nome: Rómulo Vieira de Araújo Naturalidade: Vera Cruz
Idade: 30a Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 18/11/1947
RG: 449.899 Estado Civil: Casado Nível de Instrução: Analfabeto
Filiação: Pai: José Vieira Filho
Mãe: Doreza Vieira de Araújo
Endereço: Rua Santa Luzia, 284. Arena Cidade: São José de Mipibu
Telefone: 99991.1756 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: 98726.8725 (Carlos - genro)
Composição familiar: _____
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agente de 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: _____

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Rómulo Vieira de Araújo - RG: 2590.067
Parentesco: Filho Telefone: 99991.1756
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

12/01/17 Paciente com fratura exposta em pé E, aos cuidados de
Ortopedia, encaminhado p/ o C. Cirúrgico. Submetido à cirurgia
de urgência e orientações. Imagem anexa 1599

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.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 401 /2018

Prontuário: 1167406

Paciente: 56942 - ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO

Cartão SUS: 704802007734648

CPF:

Dt Nasc: 18/11/1947

Idade: 70 anos 1 mes 24 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: TEREZA VIEIRA DE ARAUJO

Nome do pai:

Rua/Av: SANTA LUZIA

Nº: 284

Complemento:

Bairro: ARENA

CEP: 59162000

Cidade: SAO JOSE DE MIPIBU

Telefone: 84 98639391 84 98639391

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: OBS II

Leito: 921

Responsável: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO -

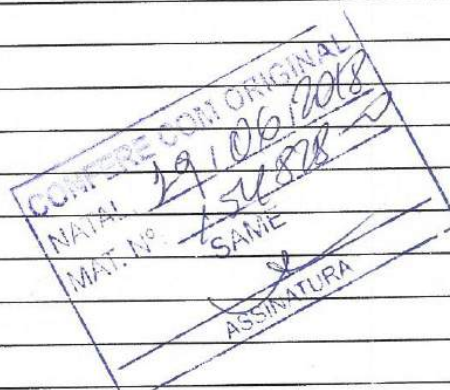
Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 12/01/2018 19:26:27	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: T10 - FRATURA DO MEMBRO SUPERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO
415010012 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 12 de Janeiro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



CLÍNICA CEDA
Cuidando de você

Rua Senador Duarte Filho, 2167 - Passagem de Areia
Parnamirim/RN CEP: 59.145-650
CNPJ: (MF) 14.786.233/0001-76 CRM 1073/RN Tel: 84.3645-2363

Ronildo Vieira Araújo

LAUDO MÉDICO



Paciente - 70 anos, ♂, vítima de acidente
motorístico em Janeiro 2018 com fraturas
de mãos direita e esquerda.

Diagnostico com ferimento contuso-contuso de
mão direita e fratura exposta do pé direito com
amputação traumática dos 3º e 5º dedos.

Sujeito a tratamento cirúrgico.

Refere claudicação em membro superior direito.

CID10: S61.0 / S98.2



Assinatura

Dr. Bruno de Azevedo Barbalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RN-51021 TEO 13106
10 AGO. 2018



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[/Pages/Acessibilidade.aspx](#)
[/Pages/Atalhos de Navegação](#)

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
 Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
 Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
 Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são em DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Lider-DPVAT, admitindo parecer final de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180331435 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE BENEFICIÁRIO ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO
 CPF/CNPJ: 22.123717487

Posição em 05-10-2018 14:57:44

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não liberte o valor em sua conta após esse

Data do Pagamento: Valor da Indenização: Juros e Correção: Valor Total
 05/09/2018 R\$ 1.350,00 R\$ 0,00 R\$ 1.350,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/08/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/m18jX2HYUir6DnpP/5YH4L0YVvOvDmsIPE2bUynsJ4ECY5BdRp3f9t32Lz26LJKSgMye9RQshV2I/R4xint+2IC031/4Uj0d0kmB9q57FYMinivcs+8PECPOYasJ5aC901pJZDxjd38n2MG8_AnycmwV7api_key=:
15/08/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/cqhgW6A8srQUvG_/BnIarWTMP3sm8Pw4rZz5B7pdHqOubXRPvDugOtyAyuelKmAcaGdeEIBsoqizA7gKxm/sL6rXnhqVPBnUvjpFQGSAm0rWentqPDIE+kv4vWu1__eXIC7IZ948FKPJ2n05b7api_key=:
01/08/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gEmjPowm1+SqBelKzy2yavOly0CistHdywOjInjy9ku68G+4o5KN1ShDzn32NvYyAF66DkgAU7I/WfXSpkT7ur/L6nXnhqVPBnUvjpFQGSAm0rWentqPDIE+kv4vWu1__eXIC7IZ948FKPJ2n05b7api_key=:
21/07/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1p7HnseH5xOvT_1T1StYIRt+OL23RNpFKU+awMp6nszWj8fhmleFAWpV8yUwJbw5u0VijwPCHXScyVv1808Q/r79USVAH1FKRBS2h3jgVz9FW5Lg1chm5qSUROldqG4dRDJYrVG_KHOLkK3CvN37api_key=:

PARQUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)
[Consulta o Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

[Acompanhe seu processo de indenização \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)
[Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
[Pontos de Atendimento \(Pontos de Atendimento\)](#)
[Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao.aspx\)](#)
[A Seguradora Lider-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
[Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
[Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
[Chat - Atendimento Online \(/Contato/Chat-Atendimento-Online\)](#)
[Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
[Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](#)
[Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](#)
[Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-denuncias\)](#)
[Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](#)