



Número: **0800422-17.2020.8.20.5107**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível da Comarca de Nova Cruz**

Última distribuição : **31/03/2020**

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	
FERNANDO CAVALCANTE DA SILVA (AUTOR)		MIGUEL ALEXANDRE DE ALMEIDA BORGES (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
54719 350	31/03/2020 11:48	2020-03-31 (1)	Documento de Comprovação

mse - marimelva cavaleante da silva
Rocio do Suss. 704.0078356.8268



RG

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

003.271.514

94919355

EPF-?

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

42

Nº

94919355

Alme.

NOME:

Fernando Cavaleante da Silva

IDADE:

11.11.1992

COR:

Branca

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE:

Nova Cruz - RN

PROFISSÃO:

Agricultor

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Sítio Lagoinha do Couro

BAIRRO:

Zona Rural

CIDADE:

Nova Cruz - RN

DATA:

21/03/2018

HORA:

15:45

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

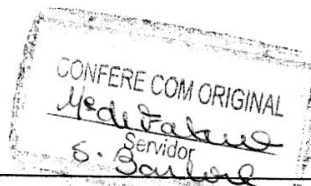
PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Tubo Torácico E

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T RTS

096924

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fr. múltiplos torácicos e PE E



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

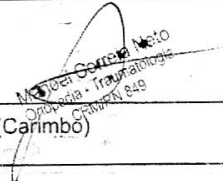
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA ☐ S.V.O. ☐	A REVELIA ☐ HORA _____ HORA _____ I.T.E.P. ☐
 MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		160067
DATA	HORA	CATEGORIA
21/03/2018	16:56	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
FERNANDO CAVALCANTE DA SILVA		11/11/1992
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
SOLTEIRO	AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
SÍTIO - LAGOA DO COURO SNº		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NOVA CRUZ	ZONA RURAL	RN
CEP		
59215000		
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARINALVA CAVALCANTE DA SILVA	SEVERINO DA SILVA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
ALINE DA SILVA LIMA		94919135
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO	Fratura - Luxação PE (E)	
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

21.03.18

ALTA

03.04.18

OBITO

HISTORIA CLINICA

Paciente com trauma no PE (E)
no dia 20/03/2018 proveniente do URG
PE (E)
Ex. Fratura Luxação PE (E)
internado PE (E) em tratamento cirúrgico

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 TEOT 10751

CONFERE COM ORIGINAL

M. de F. Alves
Servidor

Santos Paulo

09692-4





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

FERNANDO CAVALCANTE DA SILVA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

160067

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

704 0078 3567 8168

8- DATA DE NASCIMENTO

11/11/1992

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MAE

MARINALVA CAVALCANTE DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

94919135

13- NOME DO RESPONSÁVEL

ALINE DA SILVA LIMA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SÍTIO - LAGOA DO COURO SNº

16- MUNICÍPIO

NOVA CRUZ

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59215000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Feb com tosse no p^o 10 dias

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

RK

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção - Pulmão

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Michel Freire de Araújo

Ortopedista e Traumatologista

CRM 4423 - TEOT 10751

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

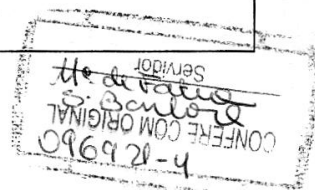
48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)







ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Fernando C. Silva foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às _____ horas,

Necessitando de 90 (noventa) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº 592.0, a partir da presente data.

Parnamirim/RN

08 MAI 2018

Médico / CRM 3686

Edmilson Gomes da Silva
residente do STN de Nova Cruz-RN
CPF.: 708.339.664-72







ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Fernando Cruzanti Silva foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às 7:00 horas,

Necessitando de 90 (noventa) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº S. 82.7, a partir da presente data.

Pamamirim/RN 08 / 04 / 18
Druno C. Wanderley
Ortopedia - Traumatologia
CRM 5701
Médico / CRM

Edmilson Gomes da Silva
residente do SCTR de Nova Cruz-RN
CPF 708.339.664-72







**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE - SESAP
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA – HRDML
SERVIÇO SOCIAL**

DECLARAÇÃO DE PACIENTE INTERNADO

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o Sr. FERNANDO CAVALCANTE DA SILVA, Rg 003.271.514, encontra-se internado nesta Unidade hospitalar, clínica ortopédica 1, leito 31; sem previsão de alta, neste momento.

Parnamirim/RN, 07 de abril de 2018.


Jane Cristina Guedes da Costa Nascimento

Assistente Social

CRESS-RN/2457

Jane Cristina G. C. Nascimento
Assistente Social
CRESS/RN 2457

Rua Dr Sadi Mendes, S/N, Santos Reis, Parnamirim
Telefone: 3645-6363– Serviço Social



