



Número: **0815732-90.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE HELIO DE OLIVEIRA (AUTOR)	FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ (ADVOGADO)
PORTE SEGURU COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
55573 849	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>
55601 680	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>1-PETIÇÃO INICIAL-INDENIZAÇÃO DPVAT</u></a>
55573 850	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>2- PROCURAÇÃO AD JUDICIA</u></a>
55573 851	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>3- DOCS PESSOAIS</u></a>
55573 852	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>4-BOLETIM DE OCORRÊNCIA</u></a>
55573 853	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>5-REQUERIMENTO DO DPVAT</u></a>
55573 854	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>6-INDEFERIMENTO DO DPVAT</u></a>
55573 855	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>7-COMUNICAÇÃO DO DPVAT</u></a>
55573 857	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>8-EXAMES</u></a>
55573 859	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>9-LAUDOS MÉDICOS -1</u></a>
55573 860	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>10-LAUDOS MÉDICOS-2</u></a>
55573 861	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>11-LAUDOS e RECEITAS-3</u></a>
55573 862	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>12-PRONTUÁRIO</u></a>
55573 863	07/05/2020 09:27	<a href="#"><u>13-ULTRA DO OMBRO DIREITO</u></a>

SEGUuem PETIÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:56  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265625000000053471837>  
Número do documento: 20050709265625000000053471837

Num. 55573849 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DE UMA DAS  
VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL/RN, A QUEM COUBER POR  
DISTRIBUIÇÃO LEGAL**

**JOSÉ HELIO DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, servente de obras, portador do RG nº 001.361.063 SSP/RN, inscrito no CPF nº 056.703.644-81 residente e domiciliado na Travessa São José, nº 100, Nossa Senhora da Apresentação, Nata/RN, CEP: 59.115-671, vem por seu advogado, conforme procuração anexada (doc. 01), a presença de Vossa Excelência apresentar:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**

em desfavor da **PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS**, pessoa jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, com inscrição do CNPJ sob o nº 61.198.164/0043-19, com endereço para receber citação e intimação na Avenida Prudente de Moraes, 4055, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59056-200, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:



## I- PRELIMINARMENTE

### I.I- DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Requer, inicialmente, que Vossa Excelência defira os benefícios da Justiça Gratuita, com fulcro na lei 1.060/50, com alterações produzidas pela lei 7.510/86, por não poder arcar com as devidas custas processuais sem que ocorra dano ao seu sustento e de sua família.

### I.II- DA COMPETÊNCIA PARA APRECIAÇÃO DO CASO EM APREÇO

A jurisprudência do STJ consolidou o entendimento de que as ações de reparação de dano sofrido em razão de acidente de veículos, inclusive em se tratando de seguro obrigatório - DPVAT podem ser ajuizadas **por faculdade do autor, no foro de seu domicílio, no do local do fato, não se excluindo a regra geral do foro do domicílio do réu, prevista no art. 94 do CPC.**

Nesse sentido, destaca-se o seguinte entendimento jurisprudencial:

PROCESSO CIVIL. CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO POR DANOS DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. FOROS CONCORRENTES. ARTS. 100, PARÁGRAFO ÚNICO, E 94 DO CPC.  
**Na ação por danos decorrentes de acidente de trânsito, o autor tem a faculdade de propor a ação no foro de seu próprio domicílio, no foro do local do acidente ou, ainda, no FORO DO DOMICÍLIO DO REU.**  
Conflito conhecido para declarar competente o Juízo de Direito da 3ª Vara Cível de Porto Velho, o suscitado." (CC 42.120/AM, Rel. Ministro Fernando Gonçalves, Segunda Seção, julgado em 18/10/2004, DJ 03/11/2004 p. 128).

*In casu*, plenamente cabível a escolha da Comarca de Natal/RN, para a propositura da demanda, posto que o autor reside nessa capital. É o que constatam os documentos anexos que instruem a presente peça de ingresso.

## II- DOS FATOS



O Autor enquanto se deslocava na Zona Rural de Ceará-Mirim (RN), juntamente com seu irmão, ambos em uma motocicleta, quando se depararam com uma buraco aberto no meio da estrada e sofreram subitamente uma grave queda.

Por razão da gravidade do acidente sofrido, o Requerente e seu irmão foram socorridos por uma ambulância de Ielmo Marinho, e posteriormente levados ao Hospital Percilio Alves em Ceará- Mirim. Prestados os primeiros socorros foram então encaminhados para o Hospital Walfredo Gurgel em Natal/RN.

Conforme Boletim de Acidente de Trânsito anexo aos autos, o sinistro ocorreu em no dia 21 de Abril de 2019. De acordo com os Prontuários e Laudos Médicos que instruem a peça de ingresso, o acidente gerou Trauma intracraniano – (CID10 S06); Fratura da extremidade superior do úmero – (CID10 S42.2) e Lesões do ombro – (CID10 M75).

Tal episodio gerou gastos para o Requerente bem como implicou em um continuado sofrimento pelas dores permanentes e pela necessidade de procedimentos cirúrgicos que ficaram pendentes por serem feitos, mesmo após ter recebido alta, permaneceu com sequelas decorridas do acidente: Sequelas de trauma da cabeça – CID10 T90 e sequelas de fratura de ombro direito e esquerdo.

Em que pese tenha seguido todos os tratamentos prescritos e fisioterapia continuada, o Requerente não recuperou-se totalmente. Atualmente ele desenvolve seus movimentos dos membros superiores com restrições, posto que padece sequela da fratura nos ombros, bem como apresenta sequela de trauma na cabeça. Ao realizar o pedido administrativo de indenização do seguro do DPVAT por invalidez sob o numero 3190523953, o seu pleito foi negado. Destarte, alternativa não restou ao Autor senão acionar o Poder Judiciário para ver garantido o seu direito.

### III- DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

No caso em tela, é de direito da parte Autora perceber uma indenização por danos pessoais, ante ao seu gravíssimo estado de saúde, ou melhor, devido aos danos causados pelo acidente.

O art.7º da Lei nº 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente,



constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no pólo passivo que vise o percepção de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A referida matéria também é totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.

Quanto a legitimação passiva, mostra-se dirimida qualquer sombra de dúvidas, de sorte que qualquer seguradora, que atue no Consórcio do Seguro DPVAT, formados pela reunião das empresas seguradoras e geridos pela seguradora Líder, poderá compor o pólo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

#### **IV- DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO**

Anota o Art.5º da Lei 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos, independentemente da existência de culpa, sendo abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Destarte, o§1º, “a” do mesmo artigo, alterado pela Lei 8.441/92. Assevera que a indenização será paga mediante a apresentação da certidão de óbito, registro de ocorrência no órgão policial competente e prova de qualidade de beneficiários em caso de morte.

Reforçando a ideia do artigo acima citado pontifica o art. 7º Caput, da Lei 6.194/74 estabelecendo que a indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto destalei.

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas



consequências danosas. Independentemente do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

***STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização.***

Sendo assim, e incontrovertível a conceção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

**Cabe ressaltar que CC - Lei nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002 institui o Código Civil, Art. 595. No contrato de prestação de serviço, quando qualquer das partes não souber ler, nem escrever, o instrumento poderá ser assinado a rogo e subscrito por duas testemunhas.**

## **V- DO QUANTUM INDENIZATÓRIO**

A vigente redação da Lei nº 6.194/74 resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os danos por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica nos valores conforme as regras estabelecidas na tabela constante no dispositivo legal supracitado.

## **VI- DOS JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA**

Os juros moratórios, em caso de eventual condenação, sejam computados a partir da citação válida, e que incida a correção monetária a partir do ajuizamento da ação. Deve prosperar, pois a correção monetária a partir do evento danoso e juros moratórios a partir da citação válida.

## **VII- DA PERÍCIA**

Se o douto (a) julgador (a) entender a necessidade de uma prova pericial, segue



os quesitos que deverão ser respondidos pelo (o) perito (a):

- a)** Quais as lesões sofridas pelo Autor(a)?
- b)** As lesões decorreram de acidente de trânsito?
- c)** Dessas lesões resultou debilidade permanente de membros, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente? Total ou em parte? Havendo, em que percentual?

## VIII - DOS PEDIDOS

- a)** Diante do exposto, requerem a V.Exa., que seja:
- b)** Expedido separadamente, alvarás para levantamentos de honorários sucumbenciais e CONTRATUAIS, em nome do advogado que esta subscreve, conforme contrato em anexo, com fulcro no ART. 22, § 4º, DA LEI 8.906/94.  
**ESTATUTO DA OAB;**
- c)** Que sejam deferidos os benefícios da justiça, nos moldes e pelos fatos acima mencionados;
- d)** Determinar a citação da Ré no endereço acima declinado, para que a mesma compareça à Audiência de Conciliação, produzindo a sua defesa, querendo, sob pena de ser decretada a sua revelia e as penalidades decorrentes de tal fato.
- e)** Que a correção monetária seja feita, a partir do evento Danoso e juros moratórios a partir da citação válida.
- f)** Sejam aplicadas as regras da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), sobretudo **A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA** em favor da parte Autora, como bem preceitua o art. 6º, inc. VIII, da aludida lei que afirma: “a facilidade da defesa dos seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova em seu favor, em processo



civil, quando, a critério do juiz for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências”.

g) Entendendo Vossa Excelência necessidade de uma perícia, que sejam respondidos os quesitos do itemVII.

h) Julgar a Demanda **PROCEDENTE EM SUA TOTALIDADE**, condenando a Ré a pagar ao Autor uma indenização no valor de até **13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), acrescido de juros de mora e correção monetária, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal deJustiça.

i) Que seja condenada a parte Ré aos honorários sucumbências, arbitrados em 20% sob o valor dacondenação.

j) Em caso da parte autora for menor de idade, citar o Ministério Público, para os procedimentos legais.

l) Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova documental e depoimento pessoal do preposto da Ré, ulterior juntada de documentos e oitivas de testemunhas, se entenderem necessário.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 1.000,00** (hum mil reais).

Nestes Termos,

Pede e espera deferimento.

Natal/RN da inclusão nosistema.

**FRANCISCO JOSÉ DE QUEIROZ**  
**OAB/RN Nº 12.880**



**PROCURAÇÃO**  
*ad judicia et extra*

**OUTORGANTE:** JOSE HELIO DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, servente de obras, inscrito no CPF nº 056.703.644-81, residente e domiciliado na Tv. São José, 100, Nossa Senhora da Apresentação, CEP: 59115-671, NATAL/RN.

**OUTORGADO(S):** FRANCISCO JOSÉ DE QUEIROZ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN nº 12.880 e no CPF nº 058.233.164-10, com endereço profissional na Avenida das Fronteiras, Nº 1325 - A, Nossa Senhora da Apresentação, Natal/RN, CEP: 59.114-035.

**PODERES:** Amplos para o foro em geral, com as cláusulas *ad judicia et extra* para, em conjunto ou separadamente, praticar todos os atos extra-judiciais de representação e defesa, propor contra quem de direito ações judiciais competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para acordar, confessar, desistir, renunciar, firmar compromissos, assinar termos, receber depósitos de alvarás (RPV e PRECATÓRIO) e dar quitação, enfim, praticar tudo quanto for útil e necessário na defesa dos direitos e interesses do (a) outorgante, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, perante todas as Instâncias, Juízos ou Tribunais, **pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015**, podendo ainda substabelecer em outrem, com ou sem reservas, os poderes ora conferidos.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

1 - Pela propositura da ação judicial, o/a CONTRATANTE/OUTORGANTE pagará ao CONTRATADO, FRANCISCO JOSÉ DE QUEIROZ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, com inscrição no CNPJ nº 29.266.457/0001-24, com sede localizada na Avenida das Fronteiras, nº 1325 - A, Nossa Senhora da Apresentação, Natal/RN, CEP: 59.114-275, neste ato representado por seu administrador FRANCISCO JOSÉ DE QUEIROZ brasileiro, casado, advogado, OAB/RN 12.880, CPF/MF nº 058.233.164-10, residente e domiciliado na Avenida das Fronteiras, Nº 1325 - A, Nossa Senhora da Apresentação, Natal/RN, CEP:59.114-035 a título de honorários advocatícios, o valor de:

- a) 30% (trinta) por cento sobre o valor da condenação, acordo judicial ou extrajudicial, com as devidas atualizações apuradas pelo Juízo, até o final do pagamento, facultado ao advogado contratado requerer nos autos que lhe seja pago diretamente os honorários, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante, tudo como previsto no Art. 22, §4 da lei 8.906/94 (Estatuto da OAB);
- 02 – Caberá ao Contratante para o bom andamento da ação, fornecer cópias de documentos e informações solicitadas pelo advogado, e reavé-las ao final do processo num prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, sob pena de descarte.
- 04 – A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá aos contratados.
- 05 – As partes contratantes elegem o foro de Natal/RN para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste contrato.

Natal/RN 05 de Maio de 2020.

*José Helio Oliveira*  
Outorgante/Contratante





Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265733000000053471839>  
Número do documento: 20050709265733000000053471839

Num. 55573851 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265733000000053471839>  
Número do documento: 20050709265733000000053471839

Num. 55573851 - Pág. 2

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, **JOSE HELIO DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, servente de obras, CPF/MF nº 056.703.644.81 e RG nº 001.361.063- SSP/RN, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado à Travessa São Jose, 100, Nossa Senhora da Apresentação, Natal/RN, CEP: 59000-000. Conforme cópia de comprovante anexo. Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, in verbis:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Natal/RN, 18 de setembro de 2019.

*\*JOSE HELIO DE OLIVEIRA\**

**JOSE HELIO DE OLIVEIRA**

CPF: 056.703.644.81







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

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019020001195 1.2 Data de Expedição: 07/05/2019 09:45:04  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/04/2019 01:30:00 2.2 Autoria: Desconhecida  
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros 2.7 Logradouro: ESTRADA DE PONTA DO MATO  
2.6 Tipo do local: Rural 2.9 CEP:  
2.8 Número: XXXXXXXXX 2.11 Ponto de Referência:  
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: CEARÁ-MIRIM  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE HELIO DE OLIVEIRA 3.2 Estado civil: Casado(a)  
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: MANOEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
3.5 Etnia: Branca 3.6 Mãe: MARIA ULISSES DE OLIVEIRA  
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 05670364481 3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 16/08/1974  
3.13 Profissão: SERVENTE 3.14 RG: 001361063 - Itep/RN  
3.15 Telefone(s): 84 986225890 3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 100 3.18 Naturalidade: IELMO MARINHO RN  
3.19 Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO 3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: TRAV. SÃO JOSÉ  
3.23 Cidade: NATAL 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 7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*51462 7.1.4 Renavam:  
7.1.5 Placa: MYR9013 7.1.5 Estado:  
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES  
7.1.9 Ano do Modelo: 2008 7.1.10 Ano de Fabricação: 2008  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE EDMILSON DE OLIVEIRA 7.1.14 Número do Motor:  
7.1.17 Nome do condutor:  
7.1.18 Observações: 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE ESTAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PILOTADA PELO SEU IRMÃO O SENHOR "JOSÉ EDMILSON DE OLIVEIRA". QUANDO NO LOCAL ACIMA, AO PASSAR EM UM BURACO NA VIA, O MESMO PERDEU O CONTROLE E AMBOS SOFRERAM UMA Queda, QUE UMA AMBULÂNCIA DE IELMO MARINHO, SOCORRERAM AS VÍTIMAS, PARA O HOSPITAL PERCILIO ALVES EM CEARÁ-MIRIM, E DE LÁ FORAM ENCAMINHADOS PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL, NADA MAIS NOS INFORMOU.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DO B.O. PARA USO NO SEGURO DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

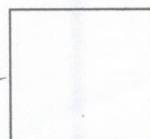
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 07/05/2019 09:45:04

Policlal

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1909673 - Carlos Alberto Januario dos Santos

Impressão por: 1909673 - Carlos Alberto Januario dos Santos em 07/05/2019 09:45:16

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2019020001195 - Código de autenticação: b9c2d1a6283653cf4ea9bfaf363ab87

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:58

<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265799500000053471840>

Número do documento: 20050709265799500000053471840

Num. 55573852 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190523953**

**Vítima: JOSE HELIO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 21/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE HELIO DE OLIVEIRA**

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 14901484

Pag. 00921/00922 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190523953

Vítima: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE HELIO DE OLIVEIRA**

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

Pag. 00445/00446 - carta\_04 - INVALIDEZ



00020223

Carta nº 14818268



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265868000000053471842>  
Número do documento: 20050709265868000000053471842

Num. 55573854 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190523953

Vítima: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01883/01884 - carta\_02 - INVALIDEZ



00010942

Carta nº 14777063

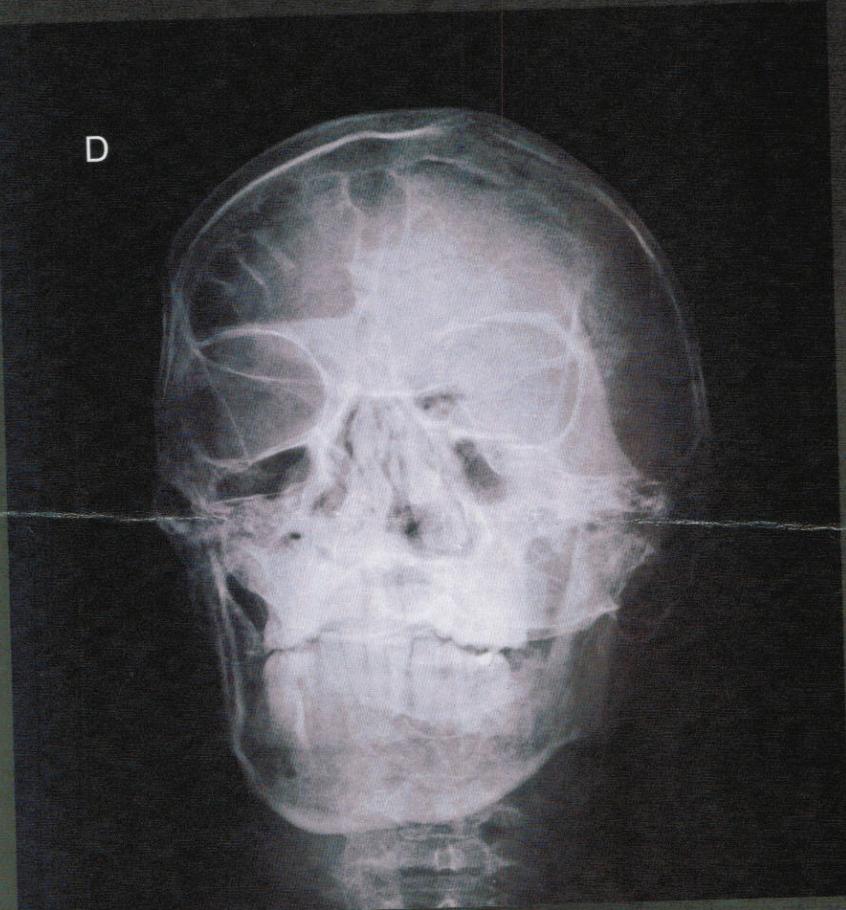


Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265902000000053471843>  
Número do documento: 20050709265902000000053471843

Num. 55573855 - Pág. 1

Nome: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Nome do instituto: Hospital Dr. Percilio Alves



Nome: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Data de nascimento: 16/08/1974

Sexo: M

Nome do instituto: Hospital Dr. Percilio Alves

3/3

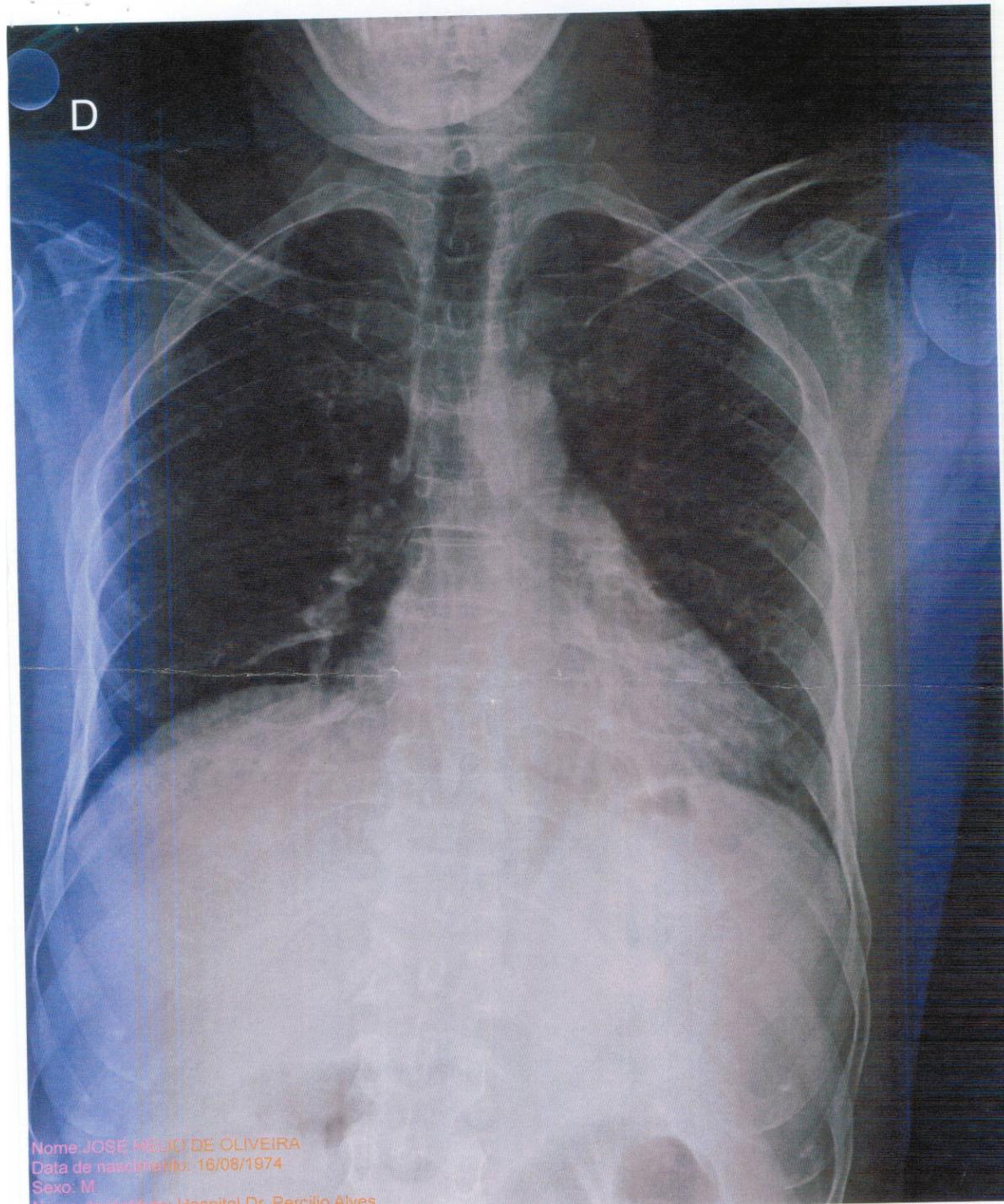


Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265935400000053471845>  
Número do documento: 20050709265935400000053471845

Num. 55573857 - Pág. 1

Nome: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Imprimir data e hora: 21/04/2019 00:11:37  
Nome do instituto: Hospital Dr. Percilio Alves



Nome: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Data de nascimento: 16/08/1974

Sexo: M

Nome do instituto: Hospital Dr. Percilio Alves

2/3

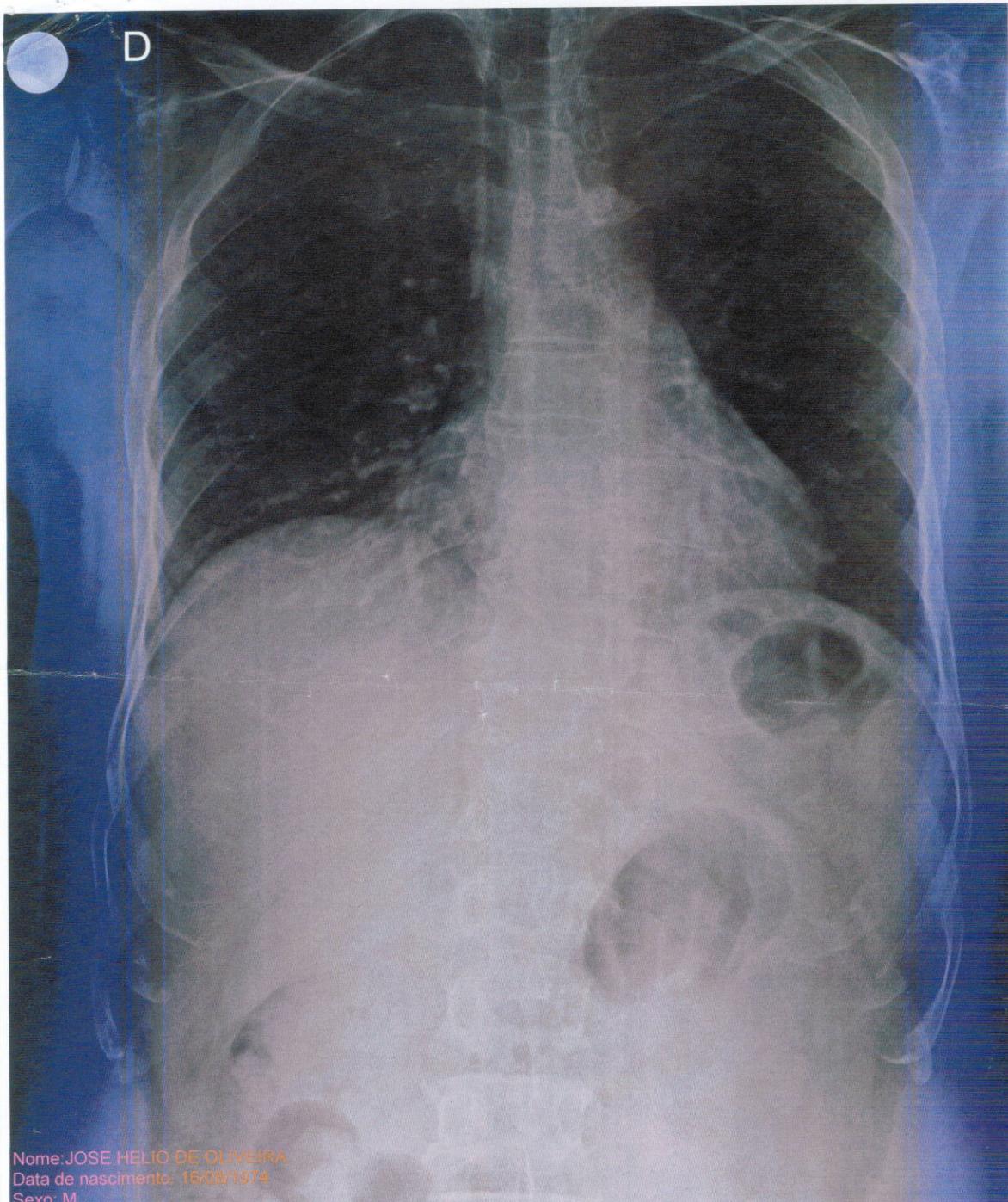


Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265935400000053471845>  
Número do documento: 20050709265935400000053471845

Num. 55573857 - Pág. 2

Nome: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Imprimir data e hora: 21/04/2019 08:11:35  
Nome do instituto: Hospital Dr. Percilio Alves



Nome: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Data de nascimento: 16/08/1974

Sexo: M

Nome do instituto: Hospital Dr. Percilio Alves

1/3



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:26:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709265935400000053471845>  
Número do documento: 20050709265935400000053471845

Num. 55573857 - Pág. 3



**CLÍNICA  
OCTÁVIA ROSADO**

Atento para os devidos  
fins que foi Helio Oliveira  
45 anos, homem sidente de  
moto em abril/99, persiste  
sem sintomas de vertigem  
cefálica dedébil controlé  
e distúrbios de memória  
deverendo ser operado da  
fralda por mais 60  
dias.

CID 10 T90

Dr. Herbert Clement Dore  
Neurologia - Neurocirurgia  
Cida 1841 - RTI

Dr(a):

Data: 23/8/98

MOSSORÓ:	SERRADO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Colono Severiano Lázaro da Costa, 2214 Vila Brasil Fone: (84) 9.8728-1592	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapó - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



# CLÍNICA OITAVA ROSADO

José Heber de Oliveira

af

Plunorim - oice  
perce or craxdie

Dr. Heber Clement Dore,  
Neurologista, Neuropsiquiatra,  
CRM 1844-108

Dr(a):

Data: 23/8/20

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Colono Severiano Lázaro da Costa, 224 Vila Brasília Fone: (84) 9.8728-1592	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapó - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260





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

**RECEITUÁRIO**

NOME: Jose Helio de Oliveira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

Lentes Médicas:

Ascleps peris os devidos fins  
que o paciente scime citado foi  
vítima de acidente de motocicleta  
no dia 29/04/19. Permaneceu  
internado neste hospital ate  
24/04/19 para tratamento  
conservador do TCE. Foi feita  
trinta (30) dias efetivos de  
trabalho. CIP: 506

DATA 24/4/19

DR. RAMON B. GUERREIRO  
NEURO cirurgia  
CRM/RN 5107

DR. RAMON B. GUERREIRO  
NEURO cirurgia  
CRM/RN 5107

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 Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**RECEITUÁRIO**

NOME: Jose Helio de Oliveira MATRÍCULA: 122066

① cefalexine 500mg — 28cp

Tomar 1cp de 6 em 6 horas

Durante 7 dias.

② Ibuprofeno 600mg — 10cps

Tomar 1cp de 8 em 8 horas

DATA 24/01/19

DR. RAMON B. GUERRERO  
NEUROCIRURGIA  
CRM/RN 3407

DR. RAMON B. GUERRERO  
NEUROCIRURGIA  
CRM/RN 5107

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.





**CLÍNICA  
OCTÁVIA ROSADO**

Heriberto padece de dizziness  
fins que fale Helio Oliveira  
45 anos, roteiro condutor de  
moto em elevado sol, persiste  
sem sintomas de vertigem  
cefaléia de décalvem controlar  
e distúrbios de memória  
deverendo ser operado da  
fráscula por mais 60  
dias.

CID 10 T90

Dr. Herbert Clement Dore  
Neurologia - Neurocirurgia  
Cida 1841 - RTI

Dr(a):

Data: 23/8/18

MOSSORÓ:	SERRADO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Colono Severiano Lázaro da Costa, 2214 Vila Brasil Fone: (84) 9.8728-1592	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapó - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



# CLÍNICA OITAVA ROSADO

José Hebe de Oliveira

af

Plunorim - oice  
perce or craxdie

Dr. Herbert Clement Dore,  
Neurologista, Neuropsiquiatra,  
CRM 1844-108

Dr(a):

Data: 23/8/20

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Colono Severiano Lázaro da Costa, 224 Vila Brasília Fone: (84) 9.8728-1592	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapó - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260





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

**RECEITUÁRIO**

NOME: Jose Helis de Oliveira MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

Lentes Médicas:

Ascleps periu os devidos fins  
que o paciente scime citado foi  
vítima de acidente de motocicleta  
no dia 29/04/19. Permaneceu  
internado neste hospital ate  
24/04/19 para tratamento  
conservador do TCE. Foi feita  
trinta (30) dias efetivos de  
trabalho. CIP: 506

DATA 24/04/19

DR. RAMON B. GUERREIRO  
NEURO cirurgia  
CRM/RN 5107

DR. RAMON B. GUERREIRO  
NEURO cirurgia  
CRM/RN 5107

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 Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**RECEITUÁRIO**

NOME: Jose Helio de Oliveira MATRÍCULA: 020 061

① cefalexine 500mg — 28cp

Tomar 1cp de 6 em 6 horas

Durante 7 dias.

② Ibuprofeno 600mg — 10cps

Tomar 1cp de 8 em 8 horas

DATA 24/01/19

DR. RAMON B. GUERRERO  
NEUROCIRURGIA  
CRM/RN 3407

DR. RAMON B. GUERRERO  
NEUROCIRURGIA  
CRM/RN 5107

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 Walferdo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	<b>ATESTADO</b> <b>MÉDICO</b>
ATESTADO	

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Heinis de Oliveira

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 07 horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de Tinta ( 30 ) dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para  
divulgação do CID.

CID. 10 nº

506

Notel 24/04/19  
Local e data

D. RAMON B. GUERREIRO  
NEUROCIRURGIA  
CRM/RN 5107

Assinatura e carimbo do profissional

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 Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME: Jose Helio de Oliveira MATRÍCULA:

Lerdo Médico:

Declaro para os devidos fins  
que o paciente scime citofo foi  
vítima de acidente de motocicleta  
no dia 21/04/19. Permaneceu  
internado neste hospital ate  
24/04/19 para tratamento  
conservador do TCE. Deve ficar  
em repouso (30) dias afastado das  
atividades. CID: S06

DATA 24/04/19

JR. RAMON B. GUERREIRO  
NEUROURGIA  
CRM/RN 5107

JR. RAMON B. GUERREIRO  
NEUROURGIA  
CRM/RN 5107

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.





CLÍNICA  
OCTAVA ROSADO

Morfo para o devido  
fim que José Hélio Oliveira  
45 anos, sofreu acidente de  
moto em abril/99, persiste  
sem sintomas de vertigem  
cefálica de déficit controlado  
e distúrbios de memória  
deverende ser operado da  
fistula por mais 60  
dias.

CID 10 T 90

Dr. Herbert Clement Dore  
Neurologia - Neurocirurgia  
Cid 1041 - RN

Dr(a):

Data: 23/8/18

MOSSORÓ:	SERRADO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Celso Severiano Lobo de Carvalho, 2264 Vila Brasília Fone: (84) 9.6728-1992	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Bella Pernamburim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapo - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



Aferido para o devidamente  
fins que José Hélio Oliveira  
45 anos, rapaz oriente de  
moto em dia de sol, persiste  
sem sintomas de vertigem  
cefálica de déficit controlado  
e distúrbios de memória  
deverende ser operado de  
fratello por mais 60

dias.

CID 10 T 90

Dr. Herbert Clement Dore  
Neurologia - Neurocirurgia  
Cada 1841 - RN

Dr(a).:

Data: 23/8/18

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Coronel Severiano Lázaro da Costa, 2214 Vila Brasília Fone: (84) 9.8728-1592	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-9438	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapó - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



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

PARA Sr(a): JOSE HELIO DE OLIVEIRA

R//

ALGINAC 1000 ..... 1 Cx

Uso:

01 COMPRIMIDO DE 08/08 HORAS



Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 - TEOT 12425

24/09/2019 Dr.RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:27:01  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709270080700000053472899>  
Número do documento: 20050709270080700000053472899

Num. 55573861 - Pág. 5

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

PARA Sr(a).: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

R//

FISIOTERAPIA ----- 10 SESSÕES

I.C. SEQUELA DE FRATURA OMBRO DIREITO E ESQUERDO

OBS. ANALGESIA. CINESIOTERAPIA OMBROS

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
-Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 - FET/12425

24/09/2019 Dr.RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:27:01  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709270080700000053472899>  
Número do documento: 20050709270080700000053472899

Num. 55573861 - Pág. 6

José Heitor de Oliveira

af

Plunorim - o ex  
pessoal ex crux die

Dr(a):  
Dr. Herbert Clement Dore  
Neurologista - Neurossurgista  
CRM: 14447-RN

Data: 23/8/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Colono Sereino Lázaro da Costa, 224 Vila Brasília Fone: (84) 9.8728-1592	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapo - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



PAC: JOSE HELIO DE OLIVEIRA  
EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 22/10/2019

Data do Atendimento: 22/10/2019 - 10:08 Código:  
Recepção: RICARDO EMMANUE  
Paciente: 18273 - **JOSE HELIO DE OLIVEIRA**  
Convênio: ION - AMBULATORIO - 702605794962149

Laudo Médico

SINAIS CLINICOS: TRAUMA, DOR E DEFORMIDADE DO OMBRO

EXAME: RX OMBRO AP/P FRATURA DO OMBRO SEM DESVIO  
US OMBRO - TENDINOPATIA + BURSITE

DIAGNÓSTICO CID: S42.2 FRATURA DO OMBRO  
LESAO DO OMBRO M75

TRATAMENTO REALIZADO :TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA  
VELPEAU  
FISIOTERAPIA  
ANALGESIA

14.129.002/0001-90 | Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/RN 5382 - TEOF 12425

INSTITUTO DE ORTOPEDIA DE NATAL

Rua São Domingos, 329, Igapó

CEP 59.104-110

NATAL - RN



**PAC: JOSE HELIO DE OLIVEIRA**  
**EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 22/10/2019**

Data do Atendimento: 22/10/2019 - 10:08	Código:
Recepção: RICARDO EMMANUE	
Paciente: 18273 - <b>JOSE HELIO DE OLIVEIRA</b>	
Convênio: ION - AMBULATORIO - 702605794962149	

Laudo Médico

**SINAIS CLINICOS: TRAUMA, DOR E DEFORMIDADE DO OMBRO**

**EXAME: RX OMBRO AP/P FRATURA DO OMBRO SEM DESVIO  
US OMBRO - TENDINOPATIA + BURSITE**

**DIAGNÓSTICO CID: S42.2 FRATURA DO OMBRO  
LESAO DO OMBRO M75**

**TRATAMENTO REALIZADO :TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA**

**VELPEAU**

**FISIOTERAPIA**

**ANALGESIA**

*Dr. Ricardo Emanuele M. Monteiro*  
Ortopedia e Traumatologia  
CNPJ/RN 5302-1001-12425

**14.129.002/0001-90**

**INSTITUTO DE ORTOPEDIA DE NATAL**

Rua São Domingos, 329, Igapó

CEP 59.104-110

**NATAL - RN**



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

PARA Sr(a).: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

R//

**1- FLANCOX 500MG .....**

**1 Cx**

Tomar 1 comprimido 12/12horas por 5 dias

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 - TECI 14425

24/09/2019 Dr.RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:27:01  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709270080700000053472899>  
Número do documento: 20050709270080700000053472899

Num. 55573861 - Pág. 10

PAC: JOSE HELIO DE OLIVEIRA  
EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 22/10/2019

Data do Atendimento: 22/10/2019 - 10:08 Código:

Recepção: RICARDO EMMANUE

Paciente: 18273 - JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Convênio: ION - AMBULATORIO - 702605794962149

Laudo Médico

SINAIS CLINICOS: TRAUMA, DOR E DEFORMIDADE DO OMBRO

EXAME: RX OMBRO AP/P FRATURA DO OMBRO

DIAGNÓSTICO CID: S42.2 FRATURA DO OMBRO

TRATAMENTO REALIZADO :TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA

VELPEAU

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 / TECOT 12425

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 / TECOT 12425

14.129.002/0001-90  
INSTITUTO DE ORTOPEDIA DE NATAL  
Rua São Domingos, 329, Igapó  
CEP 59.104-110  
RN



**FICHA DE REFERENCIA**

Unidade de Origem: Município: NATAL  
 PACIENTE: JOSE HELIO DE OLIVEIRA Prontuário:  
 Endereço: TRAVESSA SÃO JOSE  
 Idade: 45 anos 1 mes Sexo: Masculino Ocupação: PEDREIRO  
 Nome de Responsável: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

**DADOS CLÍNICOS**

Impressão diagnóstica:	CID:
RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO 5387	24/09/2019
Médico	CRM
	DATA

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para a especialidade: ORTOPEDIA  
 Consulta marcada para a unidade: ION Município: Natal  
 Para o Dr: as Horas do dia: 2/2/2019

AGENDAR CONSULTA NO SISTEMA SISREG PARA O ION  
 (ANTIGA CLINORT-SUS)

TRAZER O RX E XEROX DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> IDENTIDADE | <input type="checkbox"/> CARTÃO DO SUS     |
| <input type="checkbox"/> CPF        | <input type="checkbox"/> COMPROVANTE RESID |
| - ENCIA                             |  |

*Agm 2019*

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RN 5387 - TEOF 12425



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

PARA Sr(a):: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

R//

**SOLICITO:**

**RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA PARA :**

OMBROS DIR E ESQ

H.D: LESAO DO MANGUITO ROTADOR/ SEQUELA DE  
FRATURA

  
Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 5387 - TEOF 12425

24/09/2019 Dr.RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:27:01  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709270080700000053472899>  
Número do documento: 20050709270080700000053472899

Num. 55573861 - Pág. 13

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

PARA Sr(a).: JOSE HELIO DE OLIVEIRA

R//

FISIOTERAPIA ----- 10 SESSÕES

I.C. SEQUELA DE FRATURA OMBRO DIREITO E ESQUERDO

OBS. ANALGESIA. CINESIOTERAPIA OMBROS

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 - TEOF 12425

24/09/2019 Dr.RICARDO EMMANUEL M. MONTEIRO - CRM 5387



**PAC: JOSE HELIO DE OLIVEIRA**  
**EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 24/09/2019**

Data do Atendimento: 24/09/2019 - 10:08 Código:

Recepção: RICARDO EMMANUE

Paciente: 18273 - **JOSE HELIO DE OLIVEIRA**

Convênio: ION - AMBULATORIO - 702605794962149

Laudo Médico

**SINAIS CLINICOS: TRAUMA, DOR E DEFORMIDADE DO OMBRO**

**EXAME: RX OMBRO AP/P FRATURA DO OMBRO**

**DIAGNÓSTICO CID: S42.2 FRATURA DO OMBRO**

**TRATAMENTO REALIZADO :TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA**

VELPEAU

Dr. Ricardo Emmanuel Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 587 - TECOT 12425

14.129.002/0001-90

INSTITUTO DE ORTOPEDIA DE NATAL

Rua São Domingos, 329, Igapó  
CEP 59.104-110

NATAL - RN



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE DE QUEIROZ - 07/05/2020 09:27:01

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050709270080700000053472899>

Número do documento: 20050709270080700000053472899

Num. 55573861 - Pág. 15



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

**RECEITUÁRIO**

NOME: José Helio de Oliveira MATRÍCULA:

X

(José Helio)

① Cefalexine 500mg — 28cp

Tomar 1cp de 6 em 6 horas  
durante 7 dias.

② Ibuprofeno 600mg — 01ceixe

Tomar 1cp de 8 em 8 horas



DATA 24/4/19

DR. RAMON B. GUERRERO  
NEUROCIURGIA  
CRM/RN 5107

DR. RAMON B. GUERRERO  
NEUROCIURGIA  
CRM/RN 5107

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA  
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR  
ESTE HOSPITAL É SEGURO É MELHOR



## REQUERIMENTO

Eu, José Hélio de Oliveira, Portador(a) da  
Identidade nº 001.361.063. Através deste, venho requerer a cópia do Boletim de  
Atendimento realizado neste Hospital em 21 / 04 / 19.

Ceará-Mirim(RN), 03 de Maior 2019.

JOSÉ HÉLIO DILÓQUIZI  
Assinatura do Paciente

Assistente Social

Entregue em: 07 / Maio / 2019



Dcogo

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM</b> SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DR. PERCILIO ALVES	 <b>SUS</b>
---	---

### BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 2019.01.01.03

NOME:	JOSE Hevio de Oliveira	DATA DE NASC.:	16/08/79	SEXO:	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
NOME DA MÃE:	Mrs. GLOSSES	Nº CARTÃO SUS:			
ENDEREÇO:	Rua. Rua DESCOBERTA S/n	CIDADE:	G.M	TELEFONE:	
RAÇA/COR:	Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input checked="" type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	Médica <input checked="" type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/>	DATA DA ENTRADA	HORAS:	21/04/19 06:00
PLANTONISTA DO REGISTRO: ANDRÉ					

#### SINAIS VITAIS

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	PESO	HGT	DOR		
							LEVE	MODERADA	INTENSA
140/80	95			94					

#### HISTÓRICO PATOLÓGICO

COMORBIDADES:	
USO DE MEDICAÇÕES:	
ALERGIA MEDICAMENTOSA:	

#### ESTADO GERAL

Aparentemente BEM	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	SINAIS DE AGRAVAMENTO
REGULAR	<input checked="" type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO	<input checked="" type="checkbox"/> HEMORRAGIAS	AGITAÇÃO
GRAVE	<input checked="" type="checkbox"/> DISPNEIA INTENSA	<input checked="" type="checkbox"/> CONVULSÃO	PRECORDIALGIAS
OUTROS			

#### QUEIXA PRINCIPAL (EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO)

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
------	-------	---------	----------

ENFERMEIRO/COREN



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CEARÁ-MIRIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CEARÁ-MIRIM  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PERCÍLIO ALVES DE OLIVEIRA**

Data: 23/10/19 Horário de transporte: 08:00

**1. IDENTIFICAÇÃO** (A ser preenchido pelo profissional plantonista)

Paciente: <i>Jose Melis de Oliveira</i>	Data de Nascimento: 16/08/74	Idade: 44 anos	M ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( <input type="checkbox"/> )
Local de Origem: Enfermaria Urgência ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria Pediatria ( <input type="checkbox"/> ) Clínica Médica ( <input type="checkbox"/> ) Obstetrícia ( <input type="checkbox"/> )			
Profissional solicitante: <i>Dra Sheila</i>	Prontuário: 2039.04.23.23		
Médico ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermeiro ( <input type="checkbox"/> ) Técnico de Enfermagem ( <input type="checkbox"/> ) Responsável:			
PA: 130 / 80 mmHg	FC 95	FR _____	T _____ °C HGT _____ SatO2: 94 %

**2. MOTIVO DO TRANSPORTE** (A ser preenchido pelo profissional plantonista)

Local de Destino: <i>Hosp. Deolicio Queiros + HUG</i>	Regulação: <i>Dra. Michelle + Dr. Douglas</i>
Transferência ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diagnóstico ( <input type="checkbox"/> ) Controle ( <input type="checkbox"/> ) Outros ( <input type="checkbox"/> )	
Procedimento a ser realizado: Exame Radiológico ( <input type="checkbox"/> ) Tomografia ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Qual? ( <input type="checkbox"/> )	Procedimento foi realizado? Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Porque?
Crânio ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Coluna ( <input type="checkbox"/> ) Tórax ( <input type="checkbox"/> ) Abdome ( <input type="checkbox"/> )	
AVC (I) (H) (T)	

**3. CONDIÇÕES PARA O TRANSPORTE** (A ser preenchido pelo profissional plantonista)

Consciente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Inconsciente ( <input type="checkbox"/> ) Orientado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Confuso ( <input type="checkbox"/> )	
Isolamento ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Tipo de Isolamento:
Necessita Acompanhante: Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )	Nome do Acompanhante: —
Grau de Parentesco: <i>Irmão</i>	Deambulando ( <input type="checkbox"/> ) Sentado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Maca ( <input type="checkbox"/> )

**4. AVALIAÇÕES PARA TRANSPORTE** (A ser preenchido pelo Médico/Enfermeiro/Técnico)

HV SF0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SG5% ( <input type="checkbox"/> ) SRS ( <input type="checkbox"/> ) SRL ( <input type="checkbox"/> )	
SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) AVC ( <input type="checkbox"/> ) AVP nº ( ) M /	Jejum: ( <input type="checkbox"/> ) sim ( <input type="checkbox"/> ) não
Colostomia ( <input type="checkbox"/> ) SVD ( <input type="checkbox"/> ) Dreno ( <input type="checkbox"/> )	O <sup>2</sup> ( <input type="checkbox"/> ) MV a 50% ( <input type="checkbox"/> ) Cateter Óculos ( <input type="checkbox"/> )

**ANOTAÇÕES PERTINENTES AO TRANSPORTE** (Intercorrências, Transtornos)

Horário de Retorno: :





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 20359 /2019  
Admissão: 21/04/2019 12:11:31



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 123961 - JOSE HELIO DE OLIVEIRA (44 a 8 m 5 d)

Nascimento: 16/08/1974 Natural: IELMO MARINHO BRASIL

CNS: CPF: 05670364481

Mãe: MARIA ULISSES DE OLIVEIRA Pai:

Logradouro: SITIO NOVA DESCOBERTA , 49

CEP: 59490000 Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 84 994225706

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Cidade: IELMO MARINHO

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 21/04/2019 12:08:29

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/TCE + PERDA DE CONCIENCIA

Horas: 12:13 Paciente vítima de queda de moto, há 11 horas, sem capacete, refere ter engolido bolacha alcoólica. Relata tortura seguida de RNC. Foi conduzido à UPA de Ceará - Minum quando teve 4 episódios de vomito. Foi levado ao Hospital Deodálio onde foi realizada tomografia do crânio, torax e fce. Foi encaminhado a este serviço queixando-se de dor lombar. Negava náusea e cefaleia. Relata, ainda, dor na articulação sacroiliaca.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes, sem edema cervical
- B UVL, intacta
- C Hemodrenagem lombar
- D Consciente, orientado
- E Hematomas percutâneos

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Dor à palpação de coluna torácica

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

\*Gerado via 6X por RAFAELLA SILVA MENDES MARTINS. Impresso em 21 de Abril de 2019.

## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

;

B

C

D

E

A(ALERGIAS) *Nega*M(MEDICAÇÃO EM USO) *Nenhuma*

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) \_\_\_\_\_

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) \_\_\_\_\_

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) \_\_\_\_\_

V(PASSADO VACINAL) *Último afluxo há 1 ano à VAT.*

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

*Tc da esquerda tórax  
(C1 o paciente)  
Dr Edel Bezerra de Aguiar  
Médico CRM-RN 3730  
Cirurgia Plástica SBCP*

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

## CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ESPECIALISTA 2

ESPECIALISTA 3

*21/04/119*

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / / HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAIDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE Á FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
*Admissão de Internamento Hospitalar*

N° FIA: 3806 /2019

Prontuário: 1184415

Paciente: 123961 - JOSE HELIO DE OLIVEIRA

Cartão SUS: CPF: 05670364481  
Idade: 44 anos 8 meses 5 dias Sexo: M Etnia: PARDAS  
Nome da mãe: MARIA LULSSES DE OLIVEIRA

Nome da mãe: MARIA ULISSES DE OLIVEIRA  
Nome do pai:

Nome do pai:

Rua/Av: SITIO NOVA DESCOBERTA

## Complementos

CEP: 59490000

Telefone: 84 994225706

70364481 Dt Nasc: 16/08/1974

Dt Nasc: 16/08/1974  
Estado Civil: NÃO INFORMADO

do CMI: NAO INFUR

Cidade: IELMO MARINHO

BALIO. ZONA RURAL  
UHO

DATA WORKS

Admissão: 21/04/2019 12:59:37 | Alta: 00:00:00 | Óbito: 00:00:00 | Dia de permanência: 00:00:00

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.9 - TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NÃO ESPECIFICADO  
303040106

**DIAGNÓSTICO FINAL:**

## **BESUMO DE ALTA**

NATAL, 21 de Abril de 2019

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DO RN  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO  
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
[ UNICLINICA - ADULTO ] - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA: 17/08/2012 HORA: 09:53:25  
NOME: JOSE HELIO DE OLIVEIRA Nº BAA: 56346/2012  
IDADE: 38 COR: NÃO DATA NASC: 16/08/1974  
SEXO: M CPF: RG: 1361063  
INFORMADA  
NOME DA MÃE: MARIA ULISSÉ DE OLIVEIRA  
NOME DO PAI: MANOEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
ENDERECO: RUA SAO JOSE, 100  
COMPLEMENTO:  
FONE: 84 / / /  
CIDADE: NATAL  
NATURALIDADE:  
ORIGEM: FAMILIARES  
MOTIVO DO ATENDIMENTO: CONSULTA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  
BAIRRO: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO  
SUS  
PROFISSÃO: SEVENTE  
ESTADO: RN  
ESTADO CIVIL: CASADO

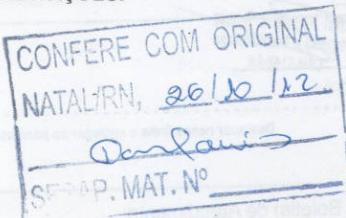
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Fractura de fêmur na metade distal  
da coxa a 25m*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



HORA	PRESSAO ARTERIAL	DÓR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL:

*Fx Ósseo Fraturado F*



LAUDO:	490402	PEDIDO:	848355	DATA:	14/10/2019
PACIENTE:	18282154 - JOSE HELIO DE OLIVEIRA				
IDADE:	45a 1m 29d	SEXO:	M	CPF:	05670364481
MÉDICO SOLICITANTE:	HOSPITAL UNIVERSITARIO ONOFRE LOPEZ			LEITO:	
UNID. INTERNAÇÃO:					

### ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

- Tendão da cabeça longa do bíceps apresenta contornos, espessura e ecotextura normais.
- Não se visibilizou subluxação ou luxação do tendão da cabeça longa do bíceps.
- Tendão subescapular apresenta contornos, espessura e ecotextura normais, exceto em suas fibras insercionais, onde se visibilizou pequena imagem hiperecogênica.
- Tendão supra-espinhal apresenta contornos regulares, espessura normal e ecotextura heterogênea. Visibilizou-se imagem hiperecogênica em suas fibras médias/anteriores, medindo cerca de 0,8 cm de diâmetro.
- Tendão infra-espinhal apresenta contornos, espessura e ecotextura normais.
- Bolsa subdeltóide/subacromial com espessura discretamente aumentada.
- Não se detectou lesão na articulação acromioclavicular.
- Não se detectou derrame articular glenoumeral.

#### CONCLUSÃO:

- Entesopatia calcária subescapular direita incipiente.
- Tendinopatia supra-espinhal direita com componente calcáreo.
- Discreto espessamento da bolsa subdeltóide/subacromial direita.



**MARCELLO FREIRE ALVES DE SOUZA**  
**CRM - 2358**

**CRM**

Missão: "Promover de forma integrada o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade"  
Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis - Natal/RN CEP 59.012-300 Natal/RN  
Fone: (84) 3342-5000  
[www.huol.ufrn.br](http://www.huol.ufrn.br) e-mail: huol@huol.ufrn.br



