



Número: **0804618-62.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCINILDA DE BRITO OLIVEIRA (AUTOR)		JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9227856	09/02/2017 11:14	BO	Outros documentos
9227861	09/02/2017 11:14	DOC ADM	Outros documentos
9227875	09/02/2017 11:14	DOCUMENTOS	Documento de Identificação
9227883	09/02/2017 11:14	PROCURAÇÃO	Procuração
9227964	09/02/2017 11:14	PRONTUARIOS-ilovepdf-compressed-3	Outros documentos



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 SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Endereço: AV. CEL. ESTEVÃO MOURA, S/N, CENTRO, SÃO GONÇALO DO AMARANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2015027000573
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data/Hora de Expedição: 20/02/2015 10.04.16

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/12/2014 19.30.00
2.3 Fato: Consumado
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento: MASSARANDUBA
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RUA PRINCIPAL
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LENILDA DA CONCEICAO MACHADO
3.3 Etnia: Parda
3.5 Mãe: MARIA DA CONCEICAO MACHADO
3.7 Sexo: FEMININO
3.9 CPF: 04145567471
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AUTONOMA
3.15 Telefone(s): 84 96788923
3.17 Número: 180
3.19 Bairro: MASSARANDUBA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai:
3.6 Data de Nascimento: 27/04/1963
3.8 RG: 1967011 - ITEP/RN
3.10 Passaporte:
3.12 Naturalidade: MACAIBA RN
3.14 E-Mail:
3.16 Logradouro: RUA DO CAMPO
3.18 CEP:
3.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: FRANCINILDA DE BRITO OLIVEIRA
4.1.3 Etnia: Parda
4.1.5 Mãe: LENILDA GONCALO DE BRITO
4.1.7 Sexo: FEMININO
4.1.9 CPF: 055.567.304-90
4.1.11 Nacionalidade:
4.1.13 Logradouro: RUA DO CAMPO
4.1.15 Número: 180
4.1.17 Bairro: MASSARANDUBA
4.1.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)
4.1.4 Pai: SEVERINO ADAUTO DE OLIVEIRA
4.1.6 Data de Nascimento: 20/07/1986
4.1.8 RG: 2399899
4.1.10 Profissão: AUTONOMA
4.1.12 Passaporte:
4.1.14 E-Mail:
4.1.16 CEP:
4.1.18 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE INFORMA QUE A VÍTIMA, SUA FILHA SE DESLOCAVA DE CARONA EM UMA MOTO, NA LOCALIDADE DE MASSARANDUBA, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO A CITADA MOTO DERRAPOU CAIU. QUE A VÍTIMA NO ACIDENTE EM ELA SOFREU FRATURA NA PERNA DIREITA. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E LEVADA PARA O HOSPITAL CLOVIS SARINHO E DEPOIS TRANSFERIDA PARA O MEMORIAL, ONDE FOI CIRURGIADA. QUE A MOTO ENVOLVIDA NO ACIDENTE ERA UMA SHINERAY XY 50Q, CHASSI LXYPCL03C0202217, MOTOR IP39FMBCA12091749, DE COR VERMELHA, RENAVAN 030717. FOI O QUE DISSE A COMUNICANTE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

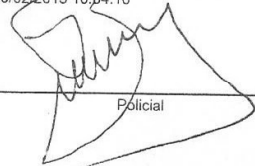
FEITO B.O CONFORME RELATO DA COMUNICANTE.

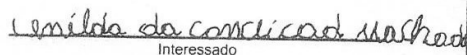
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

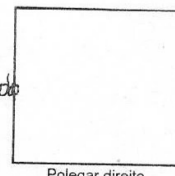
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 20/02/2015 10.04.16


Policial


Interessado



Polegar direito

J2015027000573 - 043966050003a1ba4563cc10f2da1

Página 1 de 2

Atendimento: 758310 - JOSÉ EMILIANO BARBOSA

Impresso por: 758310 - JOSÉ EMILIANO BARBOSA em 20/02/2015 10:04:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages
/Acessibilidade.aspx\)](#)[\(/Pages
/Atalhos-
COMO PEDIR INDENIZAÇÃO
de-teclado.aspx\)](#)[Documentos Despesas
Médicas \(/Pages
/Documentacao-
Despesas-
Medicas.aspx\)](#)[Documentos Invalidez
Permanente \(/Pages
/Documentacao-
Invalidez-
Permanente.aspx\)](#)[Documento 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 encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150216223 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCINILDA DE BRITO OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO**

PAGUE SEGURO

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

autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
26/05/2015	R\$ 2.362,50	R\$ 142,12	R\$ 2.504,62

ACOMPANHE O PROCESSO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Francinilda de Brito Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.399.899 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/08/2002

NOME FRANCINILDA DE BRITO OLIVEIRA

FILIAÇÃO SEVERINO ADAUTO DE OLIVEIRA
LENILDA GONCALO DE BRITO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SAO G DO AMARANTE RN 20/07/1986
DOC. ORIGEM NASCIM L0038 F-155 RG-022398
SAO G DO AMARANTE RN 02 CARTORIO

CPF 231100 7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
055.567.304-90

Nome
FRANCINILDA DE BRITO OLIVEIRA

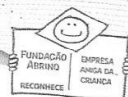
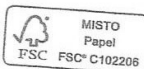
Nascimento
20/07/1986



RAIMUNDO LUIZ DE SOUZA
Alteração de Titularidade

TV DO CAMPO 8

MASSAHIUBA/AREA RURAL
59290-000 SAO GONCALO DO AMARANTE RN



Conta Contrato: 7000065484
Medidor: 20240806
Un. Leitura: 14047130
Sequência: 00015
Poste: B10542

www.cosern.com.br

PLAN FERIA SEM CUSTO ATIVADO POR A PERMISSÃO DO SEU MUNICÍPIO
TARIFA SOCIAL

BRAVA MOTOS
RUA RIO POTENGI Nº 403 - PARQUE DE EXPOSIÇÕES - PARNAMIRIM-RN
CEP 59846-400
FONE (84)32725296

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
1- SAÍDA
0- ENTRADA
Série Nº 000.003.712
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
2412 0510 3563 4400 0191 5500 1000 0047 1216 5049 3492
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Setraz autenticadora
424120005856811 05/05/2012 09:14:45
Protocolo de autorização de uso

NATUREZA OPERAÇÃO
VEND. VEIC. NOVO - 046
Nº 202157830
Nº 000.003.712
Nº 000.003.712

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL
MUNICÍPIO
PARNAMIRIM
FONE (84)94462346
CNPJ 10.356.344/0001-91

FATURA/DUPLICATAS
Nº 000.003.712
DATA DA EMISSÃO
342.000.000-20
DATA DA SAÍDA / ENTRADA
59147-626
DATA DA SAÍDA / ENTRADA

PAGAMENTO A PRAZO
VALOR DO IMPOSTO
0,00
VALOR DO FRETE
0,00
VALOR DO SEGURO
0,00
DESCONTO
0,00
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS
0,00
VALOR DO IPI
0,00
VALOR TOTAL DA NOTA
3.390,00

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO ICMS
0,00
VALOR DO ICMS
0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.390,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME/RAZÃO SOCIAL
MUNICÍPIO
PARNAMIRIM
FONE (84)94462346
CNPJ 10.356.344/0001-91

QUANTIDADE
ESPECIE
MARCA
NÚMERO DE CONTAS
CÓDIGO ANTI
PLACA DO VEÍCULO
UF
INSCRIÇÃO ESTADUAL
CNPJ/CPF

ENDEREÇO
RUA
Nº
CEP

DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO
LXPCBLO
Tipo: CICLOMOTOR
Modelo: LSHINERAY XY 500 ES
Versão: NOVO
Marca: SHINERAY
Ano Mod.: 2012
Comb.: GASOLINA
Chassi: LXYPFMB030C02027
Motor: 1P39FMB030C02027
Cor: VERMELHO
NF Origem: 005692
Especie: PASSAGEIROS
Passageiros: 2

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 05/05/2012 09:17

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDDO: VN-272 PRE-VENA: 2827
VEDADOR: GILVAN
PRIMA PGTO: CARTÃO MASTER PARCELADO
MARCADORA IMPORTA: ICMS REDUZIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA CONFORME CONVENIO 52/93
RESERVADO AO FISCO

RESERVADO AO FISCO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francinilda de Brito Oliveira, portador(a) da
cédula de identidade RG 002.399.899, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº.
055.562.304.90, residente e domiciliado (a) no endereço
Av. do Campo 8. Massaranduba
São Gonçalo do Amarante / RN;

OUTORGADO: JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA, RG 07010121 37, CPF:
816.001.435-04, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/BA sob o nº
25.893, com endereços profissionais na Av. Almirante Alexandrino de Alencar,
nº. 776, Loja 05, Lagoa Seca, CEP 59022-350, Natal - Rio Grande do Norte.

PODERES: Para o foro em geral e repartições públicas, na forma do art. 38 do Código de
Processo Civil e art. 5º, § 2º, da Lei nº 8906, de 4 de julho de 1994, com cláusula "ad extra" e
"ad judícia", bem como PODERES ESPECÍFICOS para: receber citação, confessar, reconhecer
a procedência do pedido, transigir, desistir, receber valores e alvarás, receber, sacar e
endossar cheques nominativos, dar quitação, celebrar acordos e firmar compromisso,
podendo praticar atos em qualquer juízo ou fora dele, em qualquer instância ou tribunal,
inclusive repartições públicas administrativas e municipais, estaduais e federais como autor
ou réu, em conjunto ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação,
podendo ainda substabelecer esta, com ou sem iguais poderes e tudo mais praticar para o
fiel cumprimento deste mandato por prazo indeterminado.

Natal, 28 de Maio de 2015.

Francinilda de Brito Oliveira

OUTORGANTE

www.marinhoeadvogados.com.br | contato@marinhoeadvogados.com.br | (71) 8880-2020
Av. Tancredo Neves, 1485, Sala 307, Edif. Esplanada Trade Center, Caminho das Árvores, Salvador/BA - CEP : 41.820-021

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Declaro para todos os fins e efeitos que, no momento, não disponho de recursos econômicos para custear quaisquer despesas processuais tanto de custas processuais, depósito recursal e honorários sem prejuízo do meu sustento e da minha família, posto que encontro-me desprovido de recursos para tal desiderato nos termos do Art. 1º da lei 7.115/83 de 29 de Agosto de 1983, da lei 1.060/50 e legislação pertinente, responsabilizando-me pelos termos dessa declaração.

Sendo a expressão da verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.

Natal, 28 de Maio de 20 15

Francinilda de Brito Oliveira

AUTOR: Francinilda de Brito Oliveira

CPF: 055.567.304.90

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1: <i>Dr. Carmo</i>	HORA: 23.11
ESPECIALISTA 2: <i>Dr. Fogaça</i>	HORA: 00.54
ESPECIALISTA 3: <i>Dr. Fogaça</i>	HORA: DATA: DATA: 23/12/2014

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
<p>A (ALERGIAS): <u>Nega</u></p> <p>M (MEDICAÇÃO EM USO): <u>Nega</u></p> <p>P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): <u>Nega</u></p> <p>L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): <u>Sólidos e líquidos 25 g/L</u></p> <p>A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): <u>Urticária. Última publicação</u></p> <p>V (PASSADO VACINAL): <u>II atualizada UH-ma dose 2 anos.</u></p>	
<p>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p>OUTROS</p>	
<p>CONDLTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p> <p>1. Volarem 25mg/ml - 01 ampola.</p> <p>RM 2000</p> <p><i>Dr. Isaac Oliveira</i> CRM - 6034</p>	
<p>ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM</p>	
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
4	Abertura ocular (AO)
3	Olfhos se abrem espontaneamente mas não respondem verbalmente
2	Olfhos se abrem no comando verbal, mas continuam com o mesmo padrão abertamente, sem qualquer tentativa de resposta
1	Olfhos não se abrem
5	Resposta verbal (RV)
4	Orientado, (i.e., responde corretamente e apropriadamente a perguntas sobre sua nome, local, tempo e pessoa, a si próprio)
3	Consciente; Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão
2	Palavras incoerentes (Pai incoherente, mas sem frases ou conversação)
1	Sons ininteligíveis, (semens com algumas palavras)
6	Resposta motora (RM)
5	Obedece a ordens verbais (Pai ordens verbais e ordenado)
4	Localiza estímulos de dor
3	Retirada espontânea de dor
2	Partido flexo a dor (Dobro flexo)
1	Partido extensor a dor (Dobro extensor)
7	Totais

1. Trauma 29(5) 642, 1989.

ESCALA DE TACHEN DO TRUJANA REVISADA - R15	
DISCINIMINADOR	12-50
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	3-12
	0-10
FREQUENCIA	0-30
	1-50
	0
PRESSION ARTERIAL	>90
	76-90
	50-75
	1-4
	0
	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	32
	33
	34
	35
	36
	37
	38
	39
	40
	41
	42
	43
	44
	45
	46
	47
	48
	49
	50
	51
	52
	53
	54
	55
	56
	57
	58
	59
	60
	61
	62
	63
	64
	65
	66
	67
	68
	69
	70
	71
	72
	73
	74
	75
	76
	77
	78
	79
	80
	81
	82
	83
	84
	85
	86
	87
	88
	89
	90
	91
	92
	93
	94
	95
	96
	97
	98
	99
	100

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

Em acordo com os seguintes adjetivos:

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

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005):
03-08=grave (necessidade de
internância imediata);
09-3=moderado;
14-15=leve

[illegible][illegible]

DESTACAR

ENTREGUE À FAMÍLIA		COM ALESTADO		S.V.O.		L.T.E.P.	
ÓBITO:		DATA:		HORA:			
DECISÃO MÉDICA		A REVELIA		TRANSFÊRDO PARA:			
SAÍDA:		DATA:		HORA:			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:		DATA:		HORA:			
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:					

ENTREGUE À FAMÍLIA		COM ALESTADO		S.V.O.		L.T.E.P.	
ÓBITO:		DATA:		HORA:			
DECISÃO MÉDICA		A REVELIA		TRANSFÊRDO PARA:			
SAÍDA:		DATA:		HORA:			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:		DATA:		HORA:			
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:					

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		CONDUZA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável	
LABORATÓRIO		EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****	
OUTROS		IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
		EXAME FÍSICO	
		ANAMNESE	
		ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	

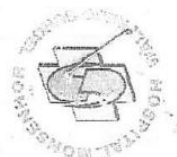
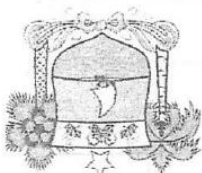
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
32x35				25	54		

OUTRAS OBSERVAÇÕES

1057

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

[illegible]

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 HMMV.

MÉDICO (CARIMBO)

ESPECIALISTA 1: <i>Isac Oliveira</i>	HORA: 23.11	DATA: 23/12/2014
ESPECIALISTA 2: <i>O. Fogaça</i>	HORA: 00.54	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA, CRITERIOSA DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VELA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA, NÃO APENAS TOQUE.

Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
<i>Isac Oliveira</i> CRM - 6034	<i>Isac Oliveira</i> CRM - 6034
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
1. Volarem 3mg/ml - 01 ampola	1. Volarem 3mg/ml - 01 ampola
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
OUTROS	OUTROS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...	EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...
A (ALERGIAS):	A (ALERGIAS):
M (MEDICAÇÃO EM USO):	M (MEDICAÇÃO EM USO):
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):	P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):
L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):	L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):	A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):
V (PASSADO VACINAL):	V (PASSADO VACINAL):
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...	EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS	OUTROS
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

EXAME FÍSICO

Fecundação:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Exames complementares: (RADIOLOGIA E IMAGEM)---

Conduta Primária: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

7

Localizada + Pm

Localizada -

Ivan Tavares de F.

Cirurgia e Transplante

Dicoma Maxilofacial

CHRON 1000 OFF 1003

Tecnicar WAT Lur 076

Emr C

Assinatura e Carimbo do Responsável

"REVISÃO DE TRAMBAIS"		DISCERNIMENTO		ESCALA DE COMA		FREQUÊNCIA RESPIRATORIA		PRESSÃO ARTERIAL		T	
0	00	0	00	0	00	0	00	0	00	0	00
1	1-50	1	50	1	50	1	50	1	50	1	50
2	50-75	2	75	2	75	2	75	2	75	2	75
3	75-90	3	90	3	90	3	90	3	90	3	90
4	90-100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100
5	100-120	5	120	5	120	5	120	5	120	5	120
6	120-150	6	150	6	150	6	150	6	150	6	150
7	150-175	7	175	7	175	7	175	7	175	7	175
8	175-200	8	200	8	200	8	200	8	200	8	200
9	200-225	9	225	9	225	9	225	9	225	9	225
10	225-250	10	250	10	250	10	250	10	250	10	250
11	250-275	11	275	11	275	11	275	11	275	11	275
12	275-300	12	300	12	300	12	300	12	300	12	300
13	300-325	13	325	13	325	13	325	13	325	13	325
14	325-350	14	350	14	350	14	350	14	350	14	350
15	350-375	15	375	15	375	15	375	15	375	15	375
16	375-400	16	400	16	400	16	400	16	400	16	400
17	400-425	17	425	17	425	17	425	17	425	17	425
18	425-450	18	450	18	450	18	450	18	450	18	450
19	450-475	19	475	19	475	19	475	19	475	19	475
20	475-500	20	500	20	500	20	500	20	500	20	500
21	500-525	21	525	21	525	21	525	21	525	21	525
22	525-550	22	550	22	550	22	550	22	550	22	550
23	550-575	23	575	23	575	23	575	23	575	23	575
24	575-600	24	600	24	600	24	600	24	600	24	600
25	600-625	25	625	25	625	25	625	25	625	25	625
26	625-650	26	650	26	650	26	650	26	650	26	650
27	650-675	27	675	27	675	27	675	27	675	27	675
28	675-700	28	700	28	700	28	700	28	700	28	700
29	700-725	29	725	29	725	29	725	29	725	29	725
30	725-750	30	750	30	750	30	750	30	750	30	750
31	750-775	31	775	31	775	31	775	31	775	31	775
32	775-800	32	800	32	800	32	800	32	800	32	800
33	800-825	33	825	33	825	33	825	33	825	33	825
34	825-850	34	850	34	850	34	850	34	850	34	850
35	850-875	35	875	35	875	35	875	35	875	35	875
36											

SEM	1	2	3	4
DOR	LEVE	Modrada	Intensa	Pior
0	1	2	3	4
Possivel				

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005).
03-03-gravate (necessidade de
intervenção imediata);
09 - 3 - moderado;
14 - 13 - leve
Hietelrich, TEASDALE, G. JENNIE, B.
Assessment of coma and impaired
reflexes: a practical scale. Lancet
1994, 248: 157-160
de acordo com as seguintes definições:

<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p><i>[Carimbo: Ivan Moraes de F. Junior, Cirurgia e Traumatologia, Docum. 1039, 07/103, 3/6, 7/04-00]</i></p>		<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p><i>[Carimbo: Ivan Moraes de F. Junior, Cirurgia e Traumatologia, Docum. 1039, 07/103, 3/6, 7/04-00]</i></p>	
<p>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</p>		<p>CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>	
<p>OUTROS</p>		<p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...</p>	
<p>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p>		<p>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>	
<p>EXAME FÍSICO</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>		<p>EXAME FÍSICO</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>	

DESTACAR

ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> A Revelia <input type="checkbox"/>	Transfêndo para:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
INTERNAAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:	
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:	

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Dr. João Souza de Melo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19413

ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> A Revelia <input type="checkbox"/>	Transfêndo para:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
INTERNAAMENTO NA CLÍNICA: DATA: 28/12/14 HORA: 03:01	
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:	

FUÊ ATENÇÃO À SITUAÇÃO DE ABUSO EM CASOS DE ABUSO SEXUAL, A OBRIGAÇÃO É DE NOTIFICAR O CASO À AUTORIDADE COMPETENTE, SEMPRE PROCURANDO O SERVIÇO SOCIAL E NÃO PERDER

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		Assinatura e Carimbo do Responsável	
<p><i>Dr. João Souza de Melo</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 19413</p>		Assinatura e Carimbo do Responsável	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p><i>Rx = fratura de fêmur</i></p>		<p><i>Dr. João Souza de Melo</i></p>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA		OUTROS	
<p><i>Fratura fechada de fêmur</i></p>		LABORATÓRIO	
EXAME FÍSICO			
<p><i>Edema + dor</i></p>			
ANAMNESE			
<p><i>Tratado em casa</i></p>			
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:			

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
CNES	2653923
CNES	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	FRANCINILDA DE BRITO OLIVEIRA
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	898002944035306
DATA DE NASCIMENTO	20/07/1986
SEXO	FEMININO
RAÇA/COR	PARDO
ETNIA	
Nº DO PRONTUÁRIO	1009988
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)	RUA DO CAMPO, 32, ÁREA RURAL
BAIRRO	MASSARANDUBA
MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	SÃO GONÇALO DO AMARANTE
UF	UF
RN	RN
CEP	59290-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CLÍNICA

POLITRAUMA

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PLANTONISTA

DATA DA SOLICITAÇÃO

28/12/2014 05:33

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ EMPRESA

CNAE DA EMPRESA

CBOR

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ÓRGÃO EMISSOR

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

() CNS () CPF

REVISADO

EM 14/07/15

POR

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
01/01	CSXNA S. GUELL ARVAL HOSPITAL ACUMIA MANSI M. GUELLA
02/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
03/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
04/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
05/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
06/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
07/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
08/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
09/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
10/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
11/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
12/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
13/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
14/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
15/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
16/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
17/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
18/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
19/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
20/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
21/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
22/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
23/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
24/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
25/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
26/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
27/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
28/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
29/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
30/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA
31/01	ESTNA ACUMIA MANSI M. GUELLA

NOME: Fernando de Aguiar Oliveira

LEITO: 935

DATA: 26/12/14



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

PREScrição Médica

HORÁRIO/ASSINATURA

1									
2	D. Maria								
3	Ordinário - dia 21/8/15								
4	Normal - dia 20/12/14								
5	8800								
6	Laurel Correia Neto Ortopedia e Traumatologia CRM 849								
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.