



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Isiane Maria da Silva  
inscrito no CPF: 096.810.684-67, vem solicitar com respaldo  
no Art. N° 1 da Instrução Normativa nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada  
em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam  
sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção  
Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da  
distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser  
inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 08 de Novembro de 2018.

“DE ACORDO”;

Isiane Maria da Silva  
Autor(a)



# Pinheiro

## Advogados

### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Joseane Maria da Silva, brasileira, solteira,  
de legal idade, inscrita no registro de identidade 8523.498,  
SDS/PE e CPF 096.810.684-67, domiciliada na Rua  
EG Barro de Ouro 1, QD-16, nº 1, Água Preta Rural,  
55550-000, Água Preta - PE.

#### **OUTORGADOS:**

**Paulo Roberto Fernandes Pinheiro**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 14.088, **Bruno Vieira Fernandes Pinheiro**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 27.264 e **Guilherme Trindade H. B. Cavalcanti**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 27.322, com Escritório na Rua Francisco Alves, 105, sala 307, Ilha do Leite, Recife - PE, onde recebem notificações e intimações.

#### **PODERES CONCEDIDOS:**

Amplos poderes, admitidos os das cláusulas "AD JUDÍCIA" e "EXTRA-JUDÍCIA", para o foro em geral em qualquer instância ou Tribunal de Justiça Federal ou do Estado de Pernambuco, bem como em todo Território Nacional, para em nome da outorgante propor ação, contestar, embargar, agravar, recorrer, firmar compromisso, reconvir, concordar, discordar, oferecer provas, desistir, transigir, fazer declaração, confessar, protestar, receber e dar quitação ingressar em qualquer juízo, receber cheque referente ao pagamento da complementação da indenização do seguro DPVAT, intimações/notificações, receber alvarás, podendo reter os honorários contratuais com percentual de 30% do valor do acordo eventualmente firmado, aceitar ou impugnar laudos, contas, habilitações, avaliações e partilhas, interpor qualquer tipo de recurso tanto nas fases administrativas, como judiciais, requerendo e acompanhando tudo quanto for de direito dos outorgantes. Enfim, os outorgados podem praticar todos e quaisquer atos conexos e consequentes a fim de agir em defesa dos direitos e interesses pessoais da outorgante, podendo inclusive substabelecer esta procuração a quem lhe prover, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bem, firme e valioso.

Recife, 21 de junho de 2013.

Joseane Maria da Silva

Rua Francisco Alves, 105, sala 307, Ilha do Leite, Recife - PE.  
Fone/Fax's.: (0xx81) 3241.7111 E-mail: fernandespinheiro@hotmail.com CNPJ 03.659.003/0001-20





3180.055767

096.810.684-67



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

096.810.684-67

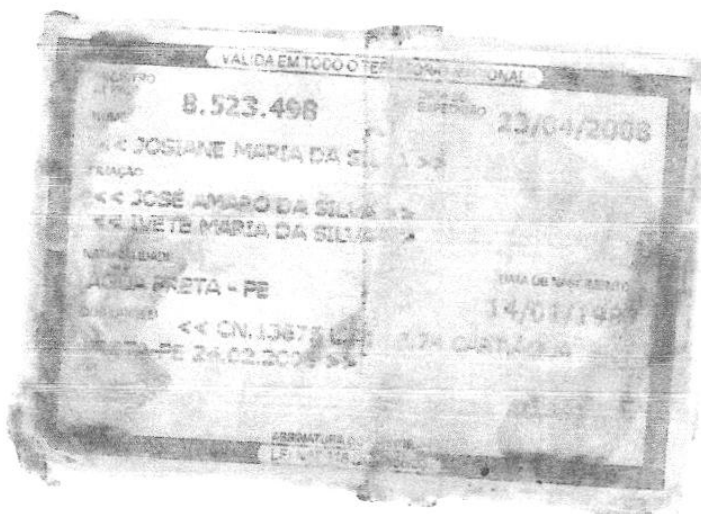
Nome

JOSIANE MARIA DA SILVA

Nascimento

14/01/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Via para Pagamento de Conta de Energia  
Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1347673795

NOTA FISCAL FAVUBEM | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 50050-502  
CNPJ: 10.895.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

**neceipe**  
Grupo Neoenegia

www.nceipe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PROTEÇÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvinte 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE</b> IVETE MARIA DA SILVA- MCID244P08		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> 22/12/2017		<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 24/11/2017		<b>CONTA CONTRATO</b> 7015047296	
<b>ENDEREÇO</b> EG BARRA DE OURO 1 - QD- 16 - RURAL/AGUA PRETA -55550-000 AGUA PRETA PE -		<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 74,54		<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 08/12/2017		<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico BI	
<b>PERÍODO CONSUMO</b> 26/10/2017 a 24/11/2017		<b>CONSUMO</b> 89					
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 16,90							
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>		<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>					



## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Josiane Maria da Silva,

DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 08 de maio de 2013.

Josiane Maria da Silva



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSIANE MARIA DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180295950  
Vítima: JOSIANE MARIA DA SILVA  
Data do Acidente: 02/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180295950**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00277/00278 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13261315



04/12/2017 08:58

Joana Maria da Silva

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
N/A  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/MÃO INFORMADO Objeto apreendido  
MÃO  
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): DESCONHECIDO, que estava em

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CEP: 62000-000 - Bairro: CENTRO - AGUA PRETA, 01, QUADRA 10, CASA 01, EUDOCIA -  
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE AGUA PRETA, 01, QUADRA 10, CASA 01, EUDOCIA -  
AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL  
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): DESCONHECIDO, que estava em

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

VEICULO: (Outros meios de transporte), que estava em posse do(s) Sr(s):  
DESCONHECIDO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSIANE MARIA DA SILVA (VITIMA)

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AGUA PRETA, 1, PROXIMO A  
PRAÇA DOS TRÊS PODERES, CENTRO - Bairro: CENTRO - AGUA PRETA, 01, QUADRA 10, CASA 01, EUDOCIA -  
AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA



ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que  
aconteceu no dia 24/12/2017 no período da Tarde

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/12/2017 às  
09:05

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0165000692

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 07ª CIRCUNSCRIÇÃO - AGUA PRETA -  
DP75-CIRC DINTERM3-DESEC



File:///C:/Users/Polícia Civil/Infopol/xm1/BOEPrev

Boletim de Ocorrência



B.O. registrado por: HUDSON RAFAEL ESPINOLA DE OLIVEIRA - Matrícula: 2736624

(VITIMA)

JOSIANE MARIA DA SILVA

*Josiane Maria da Silva*

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA NA AVENIDA PRINCIPAL DESTA CIDADE NO DIA 02 DE DEZEMBRO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS, PROXIMO A PRAÇA DOS TRÊS PODERES, QUANDO A MESMA FOI ATRAVESSAR A CALÇADA E VEIO UMA MOTOCICLETA, A QUAL NÃO SABE NEM MARCA NEM COR, PILOTADA POR DESCONHECIDO, E BATEU NA DECLINANTE QUANDO A MESMA ESTAVA JÁ PASSANDO O MEIO FIO, FOI QUANDO FICOU DESACORDADA SENDO SOCORRIDA AO HOSPITAL MUNICIPAL E EM SEGUIDA ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

Complemento / Observação







**SAMU  
192**



**SUS** Sistema Único de Saúde

**SAMU ÁGUA PRETA-PE**

Hora do Chamado: 13:47  
Chegada ao Local: 13:54  
Saída ao Local: 13:55  
Hora da Conclusão: 16:17  
Saída do Hospital: 16:22

**FICHA DE ATENDIMENTO**

Data da Solicitação: 02/12/2018  
Motivo / Solicitação: AHA H-ROXO  
Distrito: \_\_\_\_\_  
Número da Ocorrência: 5411980

☐ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ UTI ☐ Básica ☐ Helicóptero

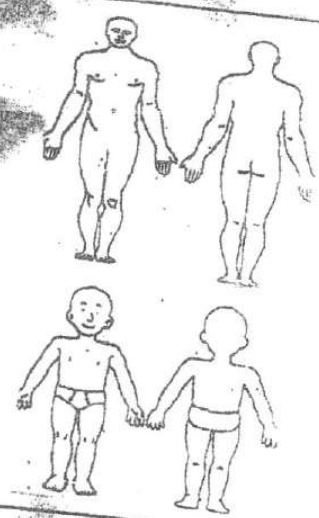
☐ Clínico ☐ Causas Externas ☐ Clínico ☐ Causas Externas ☐ EVENTOS ☐ HANGAR ☐ METROPOLITANO ☐ ÓBITO ☐ OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ TROTE /CANCELADAS ☐ REMOÇÃO-senha:

**IDENTIFICAÇÃO**

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SEXO: ☐ Masc. ☒ Fem. PROFISÃO: \_\_\_\_\_  
END: \_\_\_\_\_ IDADE: 30 ANOS.  
SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FONE: ( ) \_\_\_\_\_  
END. Ocorr.: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ FONE: ( ) \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLÊNCIA)**

<b>Acid. Automóvel</b> <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás <input type="checkbox"/> Uso do Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>Acid. Motociclista</b> <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Uso de Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>Atropelamento</b> <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Rua	<b>Atropelamento</b> <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Direção <input type="checkbox"/> Impacto Frontal <input type="checkbox"/> Impacto Lateral <input type="checkbox"/> Impacto Traseiro
<b>Acid. Trânsito</b> <input type="checkbox"/> Carro ou Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão Placa: _____	<b>Acid. Ciclista</b> <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros	<b>Intoxicação</b> <input type="checkbox"/> An. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógena <input type="checkbox"/> Outros Agente Causador	<b>Exposições</b> <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química
<b>Asfixia</b> <input type="checkbox"/> Semi-Afogamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros	<b>Queda</b> <input type="checkbox"/> Própria Altura <input type="checkbox"/> Outra Altura Aproximadamente _____ Metros	<b>Agressões</b> <input type="checkbox"/> Arma de Fogo Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Arma Branca Tipo: _____	<b>Agressões</b> <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Maus Tratos <input type="checkbox"/> Abuso Sexual



**CAUSAS CLÍNICAS**

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: \_\_\_\_\_  
HIPÓTESE DIAGNOSTICA CONHECIDA: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO CLÍNICAS**

TEMPERATURA: _____	GLICEMIA (HGT): _____	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Lesões de Face <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor <input type="checkbox"/> Obst. Das Vias Aéreas. <input type="checkbox"/> Retração Xifóide
Vias Aéreas: _____ FR: _____	Pulso: _____			



**EXAME NEUROLÓGICO**

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	NATUREZA DA
<input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Resp. Estímulo Dolar <input type="checkbox"/> Irresponsivo	<input type="checkbox"/> Déficit Motor <input type="checkbox"/> Desvio de comissura Labial <input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Lesão Intra-abdominal <input type="checkbox"/> Lesões Intra-Tóraxica <input type="checkbox"/> Presença / Sangue <input type="checkbox"/> <u>Fratura - Ossos Longos</u> <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

**ESCALA DE GLASGOW**

ABERTURA: OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA		TOTAL DE PONTOS
Abertura Ocular Espontânea	4.	Orientado	5.	Obedece Comando	6.	15
Abertura Ocular a Voz	3.	Confuso	4.	Localiza Estimulo Doloroso	5.	
Abertura Ocular a Dor	2.	Resposta inapropriada	3.	Retirada ao Estimulo Doloroso	4.	
Sem abertura Ocular	1.	Sons Ininteligíveis	2.	Flexão Anormal (Decorticação)	3.	
		Sem Resposta Verbal	1.	Extensão Anormal (Descerebração)	2.	
				Sem Resposta Motora	1.	

**CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO**

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreções <input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical <input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos <input type="checkbox"/> Reanimação Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Imobilização de Membros	<b>Ventilação Mecânica</b> Modalidade: <u>SPONT</u> Adaptação Ventilação: <input type="checkbox"/> Rem <input type="checkbox"/> Mai	Outras Condições: <u>Uso de medicação</u> <u>Intubação</u> Intubação:
<input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi	<input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Reservatório	

**USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS**

<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Anfetamina <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cola <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha	Informante: <input type="checkbox"/> A Própria Vítima <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Outros - Especificar
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor <input type="checkbox"/> Agitado / Irritado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Alteração de Marcha <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico <input type="checkbox"/> Sonolento	Refere Ingestão de Bebida Alcoólica Há _____ hs;

**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: <u>UVA</u>	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento <input type="checkbox"/> Prancha Retida <input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento
Registro do Hospital:	
Médico que Recebeu:	
Assinatura do Médico Responsável:	

**EQUIPE**

Médico Regulador:	Médico Assistente:
Enfermeira:	Socorrista:
Condutor / Piloto:	On. de Pronto/SOE:
Função do Responsável pelo Preenchimento:	ASS:
SOLICITOU APOIO DA UTI <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Obs.:	

**EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica	
Ass.:	TESTEMUNHA:



Data do Atendimento: 03/12/2017

Hora: 14:23:41

No. Atendimento: 676409

PRONTUÁRIO: 221642

Prioridade: VERDE - NÃO URGENTE

Urgência / Emergência  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Colaborador: KATIAVDS

Nome: JOSIANE MARIA DA SILVA

CNS: 702007875263388

Data de Nascimento: 14/01/1987

Idade: 30 Anos, 10 Meses e 19 Dias

Sexo: Feminino

Pais ou responsáveis: IVETE MARIA DA SILVA

C.I.:

Endereço: QUADRA 16, 1 - EUDOCIA/ - 55550000

Cidade: AGUA PRETA

Tel.: 81995772159

Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Paciente refere que foi atropelada ontem  
pelo carro na clareira entre (E).  
Sem outros sintomas neurológicos.

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

① Bursopuntura composta sup + 100 mL SF e  
② Prodemil 100 mg im.

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

PACIENTE DEU ENTRADA COM ENCAMINHAMENTO SEM SENHA PARA AVALIAÇÃO DO ORTEPEDISTA, REFERE ACIDENTE DE MOTO HA  
MAIS OU MENOS 01 DIA, QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APRESENTANDO LIMITAÇÕES DO MOVIMENTO.

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES. PA:100X60MMHG

Evolução de Enfermagem

\* Destino do paciente ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internação ( ) Alta Melhorada ( ) Alta a Pedido  
( ) Transferência para outra unidade ( ) Óbito ( ) Outro  
\* Condição do Paciente ( ) Maltratado ( ) Inalterado ( ) Piorado

Silvia Helena Cavadinha  
DE 17.340





Fernambuco

HRP

Data do Atendimento:

02/12/2017

Hora: 14:34:31

No. Atendimento: 676182

Prioridade: AMARELO - URGENCIA

Urgência / Emergência

CIRURGIA GERAL

PRONTUÁRIO: 221642

Colaborador: JESSICALPS

CNS: 702007875263388

Nome: JOSEANE MARIA DA SILVA

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 14/01/1987

Idade: 30 Anos 10 Meses e 18 Dias

C.I.:

País ou responsáveis: IVETE MARIA DA SILVA

Endereço: RUA RIBEIRAO QUADRA 2, 11 - COHAB/ - 55550000

Cidade: AGUA PRETA

Tel.:

8136618450

Hora do Atendimento: 15:00 Hs

Queixa Principal:

Trazido pelo SAMU após acidente  
No momento encontra-se bem, sem  
dor abdominal e (Risco futuro) e com  
dores no abdome com gases e

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: °C

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐

MSE ☐

MID ☐

MIE ☐

Pupilas:

Isoconicas ☐

Anisocnicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score:

Hora:

Score:

Hora:

Score:

Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relatada e Classificação de Risco:

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU QUE RELATA ATROPELAMENTO. REFERE DOR EM MIE E MSE

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

PA 130X90MMHG

Evolução de Enfermagem

Destino do paciente ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório

( ) Transferência para outra unidade ( ) Óbito ( ) Outro

Condição do Paciente ( ) Maltreatado ( ) Inalterado ( ) Piorado

Internação

Alta Melhorada

Alta a Pedido



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA ÁGUA PRETA.  
HOSPITAL MUNICIPAL CIENTISTA NELSON CHAVES

RECEITUÁRIO

Ao Ortopedista.

ENCAMINHO PACIENTE com F. JOSEANE  
da Silva, 30 ANOS com  
HISTÓRIA de Queda de MOTO há  
01 dia - foi atendida e liberada  
ONTEM. Retorna hoje na emergência  
de AGUIA com dor Intensa.  
foi medicada.  
Continua com dor em outro membro  
inferior a direita + limitação de  
movimento 3 1/2 horas.

3/12/12

DATA

Assinatura e Carimbo

CRM-PE 26060

MÉDICO

Dr. Ewerton L. Soares Silva

RUA: PROJETADA S/N ENGENHO BARRA D' OURO

CEP: 55.550-000 ÁGUA PRETA - PE (81) 98987-1541

[hospitalaguapreta@hotmail.com](mailto:hospitalaguapreta@hotmail.com)

CNPJ: 10.316.445/0001-39

