



Número: **0846527-50.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JULIANA SILVA DE LIMA (AUTOR)	ELAINE CRISTINA LOPES DE ANDRADE (ADVOGADO) FRANCISCO DAS CHAGAS ESTEVAM DE ANDRADE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32221154	18/09/2018 11:04	<a href="#">1. Procuração Juliana</a>	Procuração
32221165	18/09/2018 11:04	<a href="#">2. Rg, CPF e compv. de residencia Juliana</a>	Documento de Identificação
32221182	18/09/2018 11:04	<a href="#">3. BOAT Juliana Silva</a>	Documento de Comprovação
32221193	18/09/2018 11:04	<a href="#">4. Boletim de Atendimento de Urgência Juliana</a>	Documento de Comprovação
32221210	18/09/2018 11:04	<a href="#">4.1 Boletim de Atendimento de Urgência continuação Juliana</a>	Documento de Comprovação
32221233	18/09/2018 11:04	<a href="#">5. Solicitação e Declaração do IML - ITEP que não realiza Exame Juliana Silva</a>	Documento de Comprovação



FRANCISCO ESTEVAM  
ADVOCACIA & CONSULTORIA

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

**OUTORGANTES:** JULIANA SILVA DE LIMA brasileira, solteira, desempregada, portadora do CPF nº 079.498.684-65, cédula de Identidade RG nº 002.686.753 - SSP/RN, residente domiciliada na Rua Professor Coutinho, 423 - Felipe Camarão - Natal/RN - CEP. 59074-368 - telefone celular (84) 99658-6255.

**OUTORGADO:** FRANCISCO DAS CHAGAS ESTEVAM DE ANDRADE e ELAINE CRISTINA LOPES DE ANDRADE, ele, brasileiro, casado, ela, brasileira, casada, ambos advogados, inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil, respectivamente, sob os números 2506 e 14221, Secção do Estado do Rio Grande do Norte, com escritório profissional situado na Av. Rio Branco, 571, "Edifício Barão do Rio Branco", sala 801, Cidade Alta, Natal - Rio Grande do Norte. CEP 59025-906.

Através do presente instrumento particular de mandato, o(s) OUTORGANTE(S) nomeia(m) e constitui(em) como seu procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber alvará e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Natal (RN), 27 de agosto de 2018.

Juliana Silva de Lima  
Outorgante

Avenida Rio Branco, 571 | Ed. Barão do Rio Branco | Sala 801  
Cidade Alta | Natal | RN | CEP 59025-906  
Tel./Fax: (84) 3222.4333 | Cel.: (84) 9383.3030 e 9112.1617  
E-mail: adv.estevam@oi.com.br | estevam@causidicus.net





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT

92269

### 1 - LOCAL E DATA

Local Rua: DOS PAICOS Bairro Rua Sept Rosado  
Cidade VALAL - RN P. Ref. NEILSONS SVRGEN  
Data 04/08/2016 Hora do acidente 23:20 Hora do registro 22:35 Dia da semana QUINTA - FEIRA

### 2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal  - Colisão Lateral  - Capotamento  - Atropelamento  
 - Colisão Posterior  - Colisão Transversal  - Choque  - Outro(s) \_\_\_\_\_

### 3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NWD - 3385 Cidade São Gonçalo do Amarante UF RN  
Marca/Mod. BMW E39 4P 1996 Cor BRANCA Ano 2004 / 2000  
Proprietário ELMA MARINA DOS SANTOS Nº de Ocupantes 01  
Condutor NIVALDO APONTE SILVIA Data de Nasc. 23/10/1962  
Endereço AV DOS CRUCIFIXOS N° 37 Fone (84) 98790-9632  
Bairro BRANCA RIO DE PAUCINOS Cidade VALAL UF RN  
CPF N° 335.953.494-53 CNH N° 02449856704 Validade 07/11/2016 Categoria "AD"  
Local de Trabalho TAXISTA Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi M24 - 4786 Cidade VALAL UF RN  
Marca/Mod. BMW 1 P/8 Cor PRETA Ano 2007 / 2008  
Proprietário JULIANA SILVA DE LIMA Nº de Ocupantes 01  
Condutor JULIANA SILVA DE LIMA Data de Nasc. 18/05/1990  
Endereço R. PROF. CONTINHO N° 423 Fone 98842-5909  
Bairro PARQUE ASSEMBLEIA Cidade VALAL UF RN  
CPF N° 079.498.684-65 CNH N° \_\_\_\_\_ Validade 1 / 1 Categoria   
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

*2010/01/01 19/08/2018 19/08/2018 19/08/2018*

### 6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

*Autenticação Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:56:57 Número/Controle: S74695679R*

## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

**SOBRE V1** - Em que Rua/Av. Transitava? Rua dos pinos

Em que sentido? Rua da esquerda x Bem Pastor Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor. Além disso: transitava normalmente na via acima citada e ao se aproximar do entroncamento q/n. mísseis falhou para seu veículo e viu outros veículos que vinham no sentido oposto e fizeram a manobra de esquerda ou seja q/n mísseis falhou, foi quando subiu de ne arte q/n sentiu o entroncamento e acertou o imóvel.

Assinatura do Condutor do V1

**SOBRE V2** - Em que Rua/Av. Transitava? R. dos pinos

Em que sentido? Além disso x esquerda as estâncias Em que faixa? esquira

Versão do condutor. Além disso: transitava normalmente na via acima citada e ao se aprox. da mísseis avabu, foi subtraído do seu avu vinha no sentido oposto e fizeram a manobra de esquerda, foi quando acertou o imóvel.

Assinatura do Condutor do V2

**SOBRE V3** - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

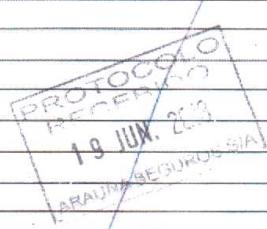
Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

**SOBRE V4** - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor



Assinatura do Condutor do V4

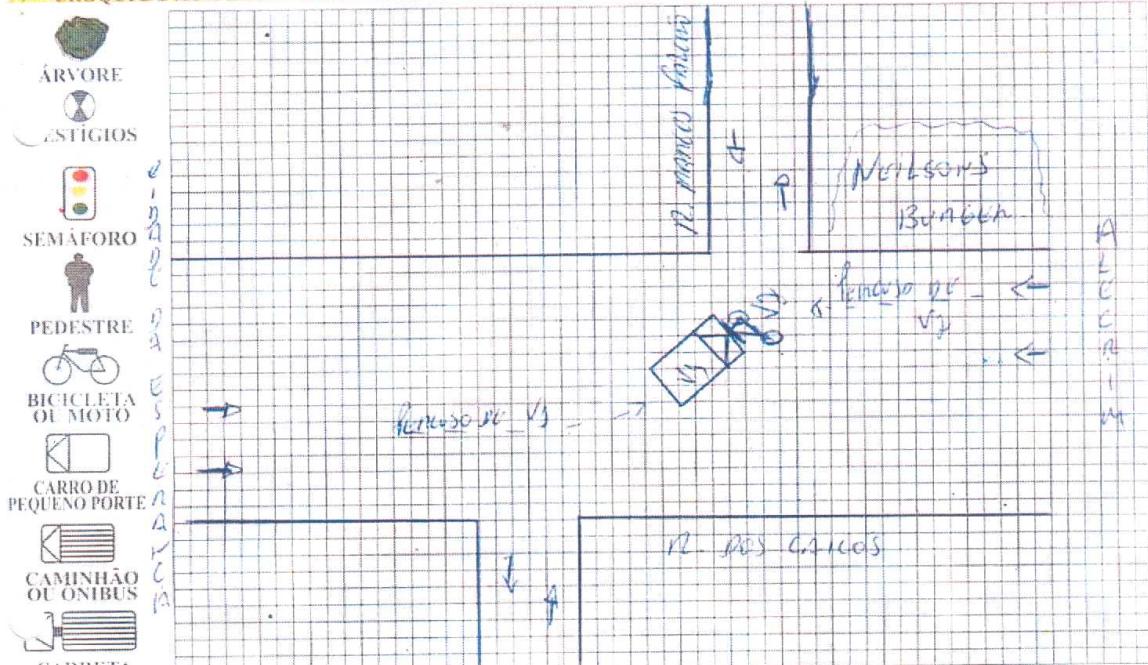
Autenticação Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:56:57 Número/Controle: S74695679R

92269

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond/ Tempo	Tipo da Pista	Carenl/ Pista	Cond/J Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bum	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Puas D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input checked="" type="checkbox"/> Entracimento	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



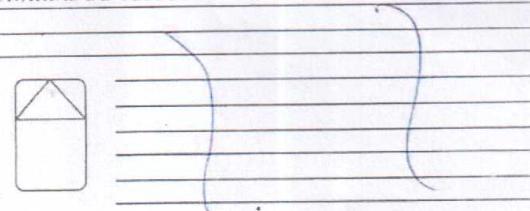
#### 4.4. MARCAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

#### ANÁLISIS DE VEHÍCULO

VARIAIS DO VEICULO 01  
Placa - CIRCUITO DIALETO, EST 10  
Porte Macacu - Rio de Janeiro.

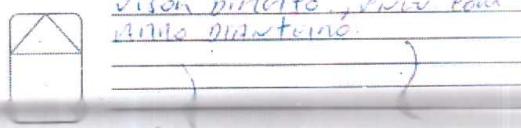


### ANÁLISE DO VEÍCULO 3

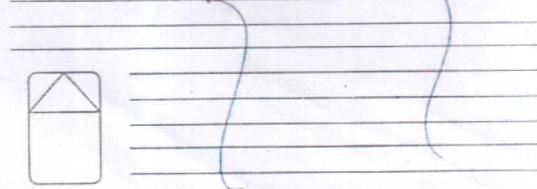


#### AVARIAS DO VEÍCULO 2

Telescópio lunar, experiência intensiva direta e extensa, notro-visão privado, priv com ampla mantendo.



#### AVARIAS DO VEÍCULO 4



Nome Completo do Agente JOSÉ REINALDO DA SILVA  
POSTO/GRAD.: PI3 PM Nº 93.261 Viatura MC-105 Subunid.: 120.7.02  
Local e Data Natal .04 de Agosto de 2016 CB. REINALDO  
MAP/113-132-0

Autenticação Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:58:57 Número/Controle: S74695679R



RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL  
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL  
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte  
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 16 de Agosto de 2016.

BOAT nº: 92269

Data: 04/08/2016

Local: Rua dos Caicós - Dix-Sept Rosado - Natal/RN

**Veículos envolvidos:**

(V-1) GM/ CELTA 4P LIFE - NND 3385  
(V-2) HONDA/ POP - MZH 4786

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o Condutor de V-2 deixou de observar o que preceituam os artigos 28 e 34; Já o condutor de V-1, o artigo 26 - I c/c 309.

*Flávio Isaias de Macedo*  
Flávio Isaias de Macedo 1º Ten. QOPM  
Mat. 194.165-8

**CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO**



Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pmrn.gov.br> na seção de consulta de boletim.

Autenticação Número do Boletim: 92269 Número da Ocorrência: 279227 Data Registro: 16/08/2016 Hora Registro: 09:56:57 Número Controle: S74695679R

\*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

germe

Acidente de Moto + Trauma de MZ 6  
HMG / RSCS  
04/08/2016 22:17

A193

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
CIRURGIA GERAL

ATO DECLARATÓRIO

PACIENTE JULIANA SILVA DE LIMA  
DATA DE 04/08/2016 HORA 22:17 N° BAA 196252  
ENTRADA  
IDADE 24 SEXO - ETNIA -  
CARTÃO SUS - ESTADO Solteiro(a)  
CIVIL  
CPF - RG ---  
NOME DA MÃE -  
NOME DO PAI -  
NASCIMENTO 01/04/1992 NATURALIDADE  
TELEFONE (84) 8129-2676 PROFISSÃO Vendedor - Varejo  
RUA/AV. - Nº -  
COMPLEMENTO - BAIRRO FELIPE CAMARÃO  
CEP - CIDADE Natal-RN  
ORIGEM Ambulância - SAMU MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Carro  
ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Celeide

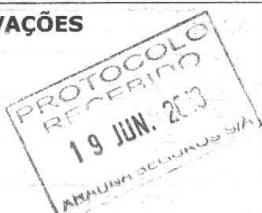
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

paciente vítima de trauma por colisão moto - carro a cerca de 40 metros. Nega perda de consciência, náuseas, vômitos, cefaleia ou cintiloscopia. Refere dor de forte intensidade e deformidade in MTE. Nega queixas tóxicas e abdомinais.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Tcas outras pernas, sem cervicalgias.  
B MVD com AHT.  
C H/D estonado.  
D Consciente e Orientada (E E G15).  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES



HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
04/08/2016 22:17	120x90			20	66	15	

DIAGNÓSTICO INICIAL

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 99613-4442

CID

## EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): *Meyer*

M (MEDICAÇÃO EM USO): \_\_\_\_\_

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

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): \_\_\_\_\_

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

V (PASSADO VACINAL): \_\_\_\_\_

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

- RX de tórax AP
- RX de abdome AP
- RX de coxa esquerda AP/Flap
- RX de pé (E) AP/obliqua

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICA

Dr. Francisco de Moraes L. Júnior  
Cirurgião Geral  
CRM - 6723

OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*(B) Diana 1000-058097 EV 22:30*

Dr. Francisco de Moraes L. Júnior  
Cirurgião Geral  
CRM - 6723

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

*22:30 Cirurgia 60833**França 10/09/16**fermar**As 10 dias Meyer*

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>ORTOPEDISTA</i>	HORA: <i>22:30</i>	DATA: <i>04/09/16</i>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

## MÉDICO (CARIMBO)

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, contribua para a melhoria da assistência no HMWG.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: ..... 00000000000000000000000000000000

\* CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PROPOSTOS DO HOSPITAL. REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETIM.

ANAMNESE

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A VÍTIMA 2- PECA AJUDA A OUTRA PESSOA 3- QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL E PEÇA UM DESFIBRILADOR/DEA, 3- ABARA, 4- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5- SE APÍNIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOCAL, 6- AVALE PULSO CARO/DEO, 7- DIA FEMURAL (BRANQUIAL) EM LACERTE), 7- AUSENTE, INÍCIE COMPRESSÃO TORÁCICA, 100/MIN (PROPORÇÃO 30/2 ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8- DEA DISPONÍVEL, AVALE O RITMO 9- INTIMO CHOCAR, ANEL DE CHOQUE (170L PI DEA BIFUSCOL E REINICIE 10- RITMO NÃO CHOCAR, 11- AVALE O RITMO 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPO) 13- COLOCAR A VÍTIMA SE MELHOR, 13- COLOCAR A VÍTIMA SE MELHOR, 14- PORTAR ANARCADA A SUMINISTRO, 15- COLOCAR A VÍTIMA SE MELHOR, 15- COLOCAR A VÍTIMA SE MELHOR, 16- PORTAR RCP (30/2), 11- AVALE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPO

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida. se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado: (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, vila, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso: (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma decortinação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retríada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-220 = 4 >220 = 3 6-99 = 2 1-50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 76-89 = 3 50-57 = 2 1-49 = 1 00 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata)

09-33 moderado:

14-15=leve

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

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

\*\* Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>35.40 h → Pct d/s</p> <p>CD tremel voay/aud +</p> <p>100 ml sfo. 9% s. leito,</p> <p>oçore</p> <p>end</p>	<p>6.00</p>
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE: <i>DRZAPEDZJ</i>	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
*Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Médico (Carimbo)	
<p>Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação</p> <p>→</p>	
DESTACAR	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clávis Sarinho

## BOLETIM OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Diagnóstico pré-operatório: *Ex. Fornar* (C)

Indicação terapêutica: **Urgência (X)** Eletiva ( )

## INTERVENÇÃO

Data: 05/08/16 Início: Término: Duração:

Operador: Paulo | Data: 2023-05-22 | CRM/CRO: CRM/CRO

18 Auxílios CRM/CRO:

---

28 Auszüge:  CBM/CBO:

---

**Instrumentador:**

Apótesista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

① Poco a o 9712. 503 Amst. 96

⑦ Present Position 7/10

(7) *Years for transfer policy* (8)

11) Constitu-

Dr. Leonardo da S. C. Ferreira  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 65314 - CRM 65314

Coleta de material ansemo patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAIS?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAIS?

**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

Evolução  
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR	
06/03/16	Sor	aviso nro.
	Agua	nir.
08/03/16	Agua	nir.
09/03/16	Agua	nir.
10/03/16	Agua	nir.
11/03/16	Agua	nir.
12/03/16	Agua	nir.
13/03/16	Agua	nir.
14/03/16	Agua	nir.
15/03/16	Agua	nir.
16/03/16	Agua	nir.
17/03/16	Agua	nir.
18/03/16	Agua	nir.
19/03/16	Agua	nir.
20/03/16	Agua	nir.
21/03/16	Agua	nir.
22/03/16	Agua	nir.
23/03/16	Agua	nir.
24/03/16	Agua	nir.
25/03/16	Agua	nir.
26/03/16	Agua	nir.
27/03/16	Agua	nir.
28/03/16	Agua	nir.
29/03/16	Agua	nir.
30/03/16	Agua	nir.
31/03/16	Agua	nir.

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FRANCISCO DAS CHAGAS ESTEVAM DE ANDRADE  
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=18091811020912400000031140054  
Número do documento: 18091811020912400000031140054

Num. 32221193 - Pág. 6





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HÓSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRONTUÁRIO DE INTERNACÃO - 1125308



PACIENTE	JULIANA SILVA DE LIMA		
CARTÃO SUS	705001047869255		
IDADE	26	SEXO	ETNIA
			Pardo
ESTADO CIVIL	Nº 1125308		
	Solteiro(a)		
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA DA SILVA		
NOME DO PAI	GRACIANO SANTOS DE LIMA		
RUA/AV.	Rua Professor Coutinho		
COMPLEMENTO	Nº 423		
CEP	BAIRRO		
	Felipe Camarão		
	CIDADE		
	Natal-RN		
ESPECIALIDADE	Ortopedia	UNIDADE	Observação 2
USUÁRIO	Celeide	LEITO	902

ADMISSÃO 05/08/2016 03:31 ALTA 31/08/16 ÓBITO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DIAS DE PERMANÊNCIA \_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL Fisi. fisiol.

REVISADO  
EM 03/09/16  
POR Katia

Natgl. / /

Dr. Leonardo dos S. Correia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Coluna  
F. 10314 - CRM 4547

Assinatura do médico responsável - CRM

Jude 1

05/08/2016 03:33



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLEÓS MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARANAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 58 ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

MATRÍCULA

DATA

HORA

31/08/2016

17:26

DADOS DO PACIENTE

ACIENTE

JULIANA SILVA DE LIMA

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

08/05/1990

IDADE

26

RELIGIÃO

MASCULINO

FEMININO

RAÇA/COR

PARDA

ESCOLARIDADE

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

PROFISSÃO

AUTÔNOMA

TELEFONE

98129 2676

NOME DA MÃE

MARIA DE FATIMA DA SILVA

NOME DO PAI

CPF

RG

ORG EXP

UF

CARTÃO DO SUS

ENDEREÇO

RUA SÃO MATIAS 432

BAIRRO

FELIPE CAMARAO

MUNICÍPIO

NATAL

COMPLEMENTO

UF

CEP

59 000

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

OBS NÃO APRESENTOU R.G.

PARENTESCO

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCaminhamento

( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

QUEIXAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

SSVV: \_\_\_\_\_

FC: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

SO2: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_

GLICEMIA: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA



PRIORIDADE

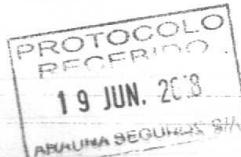
( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) LARANJA ( ) VERMELHO

- ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
  - URGÊNCIA
  - ORTOPEDIA
  - CONSULTA MÉDICA
  - BUCOMAXILO
  - PEQUENA CIRURGIA
  - ACIDENTE DE TRABALHO
  - VIOLENCIA DOMÉSTICA
  - QUEDA
  - OUTROS

	Esportista	4
Abertura Ocular	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incomprensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONFERE COM ORIGINAL

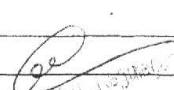
*Heilberto*  
207.593/8

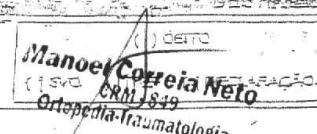
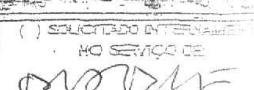
EXAMES COMPLEMENTARES					
<input checked="" type="checkbox"/> LABORATORIAL	<input type="checkbox"/> RADIOLOGICO	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> OUTROS

CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR					
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA PSQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA ORTOPÉDICA	<input type="checkbox"/> PEDIATRIA/NEO		
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> OUTROS		

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA		ABERTURA DE HÓRÁRIO / CHECAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM					

  
 (RE) NARCOLOGIA  
 NIR / ATUAL  
 AUTORIZADO

<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> DEÍTO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERNAÇÃO NO SERVIÇO DE
 <b>Manoel Correia Neto</b> CRM 1849 Ortopedia-Traumatologia 			



Hospital

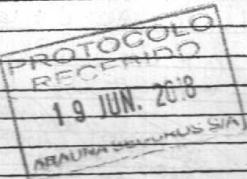
Nome do paciente		Nº prontuário	
Jefferson Siqueira de Siqueira			
Data operação	05/06/10	Ent.	Leito
Operador	Rogerio Santos	1º auxiliar	CRUOS MAGO PAMEL
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Thok	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura griffé ferro e osteomínia com fraca e parafusos		
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DDH SOB-BLOQUEIO LOCAL
2. ASSEPSIA, ANTI-SEPSIA, APOSIÇÃO DOS CAMPOS ESTÉREIS.
3. INCISÃO LATERAL + DISSECÇÃO POR PLANOS
4. REDUÇÃO DA FRATURA
5. FIXAÇÃO COM PLACA 4,5 MM + PARAFUSOS
6. LAVAGEM COM SF 0,9%
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO ESTÉRIL

Rogerio Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 1266 - SBOT 1341



Francisco Estevam de Andrade  
2015/06/19

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Desclercos Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Name	Eelisono Elio de Lemos				
Data	05/09/2004	Pressão arterial 130x80	P脉搏 80	Respiração	Temperatura
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia
	Urina				
Ap. respiratório	S/ alter			Asma	Bronquite
Ap. circulatório	S/ alter			Eletrocardiograma	
Ap. digestivo	Dentes		Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental	Lote		Ataracicos	Corticoides	Alergia <i>hasta</i> Hipotensores
Diagnóstico pre-operatório	Exame feito (E)			Estado físico	Risco
Anestesias anteriores					
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito
Agente Anestésicos	O <sub>2</sub>			Respiração (R) e pressão arterial (P)	
Liquidam					
Oper.	260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10				
Anest.					
O. Resp.					
P. Peso					
<b>SÍMBOLOS</b> <i>E</i>					
<b>ANOTAÇÕES</b>					
<b>POSIÇÃO</b> Agentes <i>Desacetilamb 0,5g, Rometedileno 0,05g, Descongestionante nasal, Ipratropium 0,03g</i> Técnica <i>A + B, BSA 1,5ml, LYL, C (AG 276cc, Liposol (4), lempreda)</i> Operação <i>HT celiopatia de f + de bêncer (E)</i> Cirurgiões <i>Rego Leme, Sogato, + Celso Moraes</i> Anestesistas <i>Francisco das Chagas Estevam de Andrade, Medico Anestesiologista, M.A. 6129</i> Observações <i>Francisco das Chagas Estevam de Andrade, Medico Anestesiologista, M.A. 6129</i> Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					
Perda sanguínea					



HOSPITAL REGIONAL DE OLÉLIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

<input type="checkbox"/> Hemoconcentrado _____ Unid.		<input type="checkbox"/> Plasma _____ Unid.		<input type="checkbox"/> Plaquetas _____ Unid.	
<input type="checkbox"/> Albumina _____ Unid.		<input type="checkbox"/> Expansor plasmático _____ Unid.			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS					
Levofloxacina 200	h: 1000	Paracetamol 800	h: 1020		
Actinolax 30mg	h: 1005	Acetaminofeno 500g	h: 1025		
Oxirrone 2g	h: 1030				

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
19 JUN. 2018  
ALUMINA BEGUINHO S/A

<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico: _____ ml		<input type="checkbox"/> Soro Ringer Simples: _____ ml		Quantidade total de volume administrado: _____	
<input type="checkbox"/> Soro Glicosado: _____ ml		<input type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato: _____ ml			

HIDRATAÇÃO VENOSA

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Peça:	<input type="checkbox"/> Peça para sepultamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Swab para cultura:		Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( limpo ( c/exsudato ( Contaminada ( Aparelho gessado ( Bandagens ( Talas ( Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Medições de pressão arterial e pulmonar realizadas*

Ass: *Aline C.* Coren: *160312*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( Consciente ( Inconsciente ( Narcose ( Coma ( Vigil ( Agitado  
Respiratório: ( intubado ( Extubado ( Cânula de Guedel ( O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( Oclusivo ( Compressivo ( Bolsa de colostomia ( Outro:  
Diurese: ( Espontânea ( Normal ( Hematúria ( Irrigação Vesical ( Oligúrico Destino após a cirurgia: *PRO*

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Horas: *10:40* Data: *05/06/16* Nível de consciência: () Acordado ( Sonolento () Narcose () Orientado  
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O<sub>2</sub> () O<sub>2</sub> Ambiente Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Venóclise: () Não () Sim Tipo: *AVP* Local: *URPA* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical Drenos: () Succção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Específico: Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos Rádio: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC  
Relate:

SINAIS VITAIS

Horas	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	80				98%	100
30'	78				98%	100
60'	87				100%	100
Alta	87				100%	

Líquidos administrados na URPA:

CONFIRA COM ORIGEM

*Medelberdo*  
Sobr. 2015038

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml

Soro Fisiológico: *1000* ml

Ringer: \_\_\_\_\_ ml

Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno d'água
Recebido da SO				
Desprezado				
URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paciente admitido na SRA - te mantém aéreas + dreno de bexiga. Segue aos cuidados dos enfermeiros encaminhados para a URPA com o monitoramento*

Ass: *Aline C.* Coren: *160312*



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Juliano Silveira de Lima Idade: 26 D/N: 08/05/1990  
 Pront: 145.102 Município: Natal Procedência:  Interno  Externo  
 Data da cirurgia: 05/09/10 Hora Admissão: 08:20 Sala: 1 Hora Saída:  Peso: 67kg  
 Alergias:  Não  Sim Comorbilidades:  HAS  DM  Outras \_\_\_\_\_  
 Uso de medicações:  Não  Sim Jejum:  Não  Sim  
 SSVV Admissão: PA:  mmHg Pulso:  bpm Fl:  rpm FC:  bpm SpO<sub>2</sub>:  % T:  °C

Enfermeiro(a): Tatiane Instrumentado (a): Pronto Circulante: um milha de líquido

Cirurgia: Intervenção Estética de Fins de Estética Especialidade: Ortopédica Sala: 01  
 Hora Início: 09:30 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
 1º Cirurgião: Dr. Pedro Magno Aux: DR. Pedro Magno Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT: 1 Bloqueio  Raquidiana Ag. nº QZ Peridural  c/cateter  s/cateter  
 Ag. nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: 09:00 Início: 09:00 Garrote:  Smarch  Pneumático Início:  Término:   
 Anestesiologista: DR. J. J. J.

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Clanótica	Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrusor
Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfigmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>86</u>	<u>87</u>		Bpm
Pulso	<u>66</u>	<u>88</u>		Bpm
Oximetria	<u>96</u>	<u>100</u>		%
Capnografia				%
PA	<u>100/50</u>	<u>102/60</u>		mmHg

ACESSO VENOSO	
Punção Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	
Punção Venosa Central	
Dissecção venosa	
Local: <u>MSE e NSD</u>	
Cateter: <u>Jelco</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Lateral	TÓRAX	Fletidos
Lítotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal
Local: <u>MED</u>		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>MJC</u>	Solução: <u>sterile water</u>	Local: <u></u>

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u>Cortical</u>	
Placa - tipo: <u>10x10 + 11 parafusos</u>		
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica: <u>15x15x15</u>	Quant. Material:	
Val.: <u></u>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES LUCENA

4 - CNES

551511618

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JULIANA SILVA DE LIMA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

145202

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7015001047869255

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/05/90

9 - SEXO

Masc.  Fem. 

10 - RECAUDOR

JARDU

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

8000 91811292617

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ELVIS KLETON

14 - TELEFONE DE CONTATO

8000 91811292617

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)

RUA PROF. COUTINHO, 323, FÉMPE CAMARÃO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NATAL

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

TRIN5901745167

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Alvnti de ft de hótu con t 27 duc  
 de ft de hótu i hau plus da hó  
 Hoy. Waphe do smal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anam

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

7x + Drafh livo

ft de hótu

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

19 JUN. 2008

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DE REGISTRO DO CONSELHO)

ARAHUCA SECURANDO S/A

CONFERE COM ORIGINAL

hedelber

20/06/08



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <b>JULIA DA SILVA 70 LIMA</b>				6 - N° DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		MASCULINO	FEMININO
						1	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)							
MUNICÍPIO	14 - BAIRRO		15 - UF		16 - CEP		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	ESTADO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
<p>Pistosso excesso de sono</p> <p>(e)</p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<p>TTT Cervicais.</p>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	<p>Sintomas dolorosos + x</p>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<p>Protocolo Recebido 19 JUN. 2018 MOMUMA DE GUINHOS SIA</p>			

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>2700011000</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>02002</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>VR6</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADO <i>06108146</i>
29 - DT SOLICITAÇÃO <i>06/08/16</i>	30 - CRM/CPF <i>Dr. Leonardo J. Ortapedicista Cirurgião de Ortopedia e Traumatologia TEOF</i>	31 - ASSINATURA/VERGEMBO (Nº REG. CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		41 - CID PRINCIPAL		
		42 - CID SECUNDÁRIO		
		43 - ( )	44 - ( ) GRAVE	45 - ( ) GRAVÍSSIMA

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF AUTORIZADO 47 - DT AUTORIZ. 48 - CNS / CPF	50 - NOME DO PROFISSIONAL/PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO 51 - DT AUTORIZ. 52 -	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	CONFERE COM ORIGIN b1d901c3-2a

247

 <p><b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b>          Secretaria de Estado da Saúde Pública          Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel          Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</b>	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Juliana Silva de Lima</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>08-05-1990</i>	9 - SEXO <i>(2) 24</i>	MASCULINO      1      FEMININO      2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria de Fátima da Silva</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>481292676</i>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <i>R. São Mateus 423</i>	13 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	14 - BAIRRO <i>F. Cemariz</i>	15 - UF <i>RN</i>
<b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fracass. droga/droga fêmeas expulsoas.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Anestesia acima</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>R8 + Exame para</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fração fêmea.</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>...</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>PROTOCOLO RECORRIDO</i> <i>19 JUN. 2018</i> <i>AMANHÃ DE MANHÃ</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Manoel Vilela da Silva CRM 4612</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>26/08/18</i>		
	30 - CNS / CPF		
	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>			
32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURODORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( )	44 - ( ) GRAVE      45 - ( ) GRAVÍSSIMA
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	52		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	<i>CONFERE COM ORIGEM:</i> <i>helenberro</i> <i>207.838</i>	

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.



## PRESCRIÇÃO MÉDICA- TRAUMATOLOGIA

IE1TO02

PACIENTE: JULIANA SILVA DE LIMA

DATA:07.09.2016 IDADE:

		SND	
1	DIETA LIVRE	500	500
2	SF 0,9% 1000ML EV AS 24HS	06	18
3	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12HS	12	
4	CLEXANE 40MG - 1AMP SC 1X/DIA	06	14
5	KEFAZOL 1G 1AMP + ABD EV 8/8HS	06	12
6	DIPRONA 1G - 1AMP + ABD EV 6/6HS	06	18
7	CURATIVO	06	18
8	PLASIL 1AMP + ABD EV 12/12HS	06	18
9			
10			
11			
12			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DISCUSSION

200

1. **CEM** AND **CONVENIENCIES** OBS.

AFFECTUS / VENIA / VENIA / AFFECTUS

卷之三

TBOCABA SIM ( ) NÃO ( )

SOLICITO RADIOGRAFIA: \_\_\_\_\_



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

Clinica Cirúrgica (  )

Clinica Medica (  )

Clinica Pediátrica (  )

Enfermaria nº:

Leito nº:

Prontuário: 145202

Data: 31/08/16 Hora: 18:50 Categoria: GIH: \_\_\_\_\_

Nome: JULIANA SILVA DE LIMA Idade: 26 D.N.: 08/05/19

Estado Civil: SOLTEIRA Profissão: AUTONÔMA

Endereço: Rua PROF. COUTINHO, 323,

Fone:

Local de Trabalho:

Fone:

Filiação: MARIA DE FÁTIMA DA SILVA E GRACIANO SANTOS DE WATT

Responsável: ELVIS KLETON

Fone:

Endereço:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Data de Admissão:

Alta: (  ) / /

Óbito: (  ) / /

### História Clínica

Ini 01/01/16 de Relatório

com # 27 dias 29.

grávida

CONFERIDO COM ORIGINAL  
Hedelberto  
3075838

golpeado

exa por mês

CONFERIDO

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
19 JUN. 2018  
AMMUNA SEGURUS S/A



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTES DE VEÍCULOS - DEAV  
Av. Ayrton Senna, 4002 Neópolis - Natal/RN, (84) 3232-2533

**GUIA DE REQUISIÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO**

Guia nº 020 /2018

Natal/RN, 20/04 /2018

Ao Senhor  
Diretor do Instituto de Medicina Legal  
IML / ITEP - RN  
NESTA

Senhor(a) Diretor(a):

Requisitamos a Vossa Senhoria a realização de Exame de Corpo de Delito:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cadavérico com fotografia esquema | <input type="checkbox"/> Necropapiloscópico                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lesão Corporal         | <input type="checkbox"/> Ato Libidinoso diverso da conjunção carnal |
| <input type="checkbox"/> Complementar                      | <input type="checkbox"/> Dosagem alcoólica                          |
| <input type="checkbox"/> Embriaguez                        | <input type="checkbox"/> Perícia em Ossada                          |
| <input type="checkbox"/> Conjunção carnal                  | <input type="checkbox"/> Toxicológico                               |
| <input type="checkbox"/> Avaliação Psicológica             | <input type="checkbox"/> Outros                                     |

Nome: Juliana Silva de Lima NIC: \_\_\_\_\_

Estado civil: Solteira Profissão: DO lar

Filiação: Graciano Silva de Lima e  
Maria de Fátima da Silva

Data de Nascimento: 08/05/1990 Naturalidade: Natal / RN

Endereço: Rua Profº Lautinho, 423 - F. Comarca  
Natal / RN - 59074-368

Documento: 002.686.753 SSP/RN CPF: 079.498.684-65

Local da ocorrência: Rua do caicó - vila Públca / Natal / RN

Histórico: Solicitação de Perícia conforme processo  
nº 0820822-12.2018.8.20.5004, oriundo da 12º  
Juizado Especial Cível da Comarca de Natal.

Informação prestadas por: Juliana Silva de Lima.

Anexos: Sentença

Remeter laudo para a: DEAV.

*Assinatura*  
Alzira Veiga de Medeiros

Delegada de Polícia Civil  
Titular - DEAV



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Juliana silva de Lima** CPF da Vítima **079.498.684-65** Data do Acidente **04-08-2016**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**Natal/RN, 19 de Junho de 2018**

Local e Data

**Juliana Silva de Lima**

DALI.001 V001/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PROPOSTO RECEBIDO  
19 JUN. 2013  
ARAUNA SEGUROS S/A**