



Número: **0803666-15.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **20/02/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JULIET FERNANDES PRAXEDES (AUTOR)	GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)
BRDESCO SEGUROS S/A (RÉU)	
MUCIO AURELIO DO NASCIMENTO LUZIA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38641075	01/02/2019 16:02	Procuração 0269	Procuração
38641084	01/02/2019 16:02	Documentos Pessoais 0270	Documento de Identificação
38641260	01/02/2019 16:02	Comprovante de Residência	Documento de Identificação
38641267	01/02/2019 16:02	Boletim de Ocorrência 0273	Documento de Comprovação
38641278	01/02/2019 16:02	Declaração SAMU 0274	Documento de Comprovação
38641285	01/02/2019 16:02	Documentação Médica 1 0276	Outros documentos
38641297	01/02/2019 16:02	Documentação Médica 2 0277	Outros documentos
38641320	01/02/2019 16:02	Documentação Médica 3 0278	Outros documentos
38641331	01/02/2019 16:02	Documentação Médica 4	Outros documentos
38641354	01/02/2019 16:02	Documento do veículo 0275	Documento de Comprovação
38641368	01/02/2019 16:02	Comprovante de Sinistro Administrativo	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Juliet Fernandes Pinheiro, brasileira, natural de Ceará-Mirim/RN, solteira, menoridade, RG nº 002.731.593, CPF nº 077.598.934-64, residente e domiciliada na Avenida Epitácio Gomes nº 01, Zona Rural, Ceará-Mirim-RN.

OUTORGADOS: GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEIÇÃO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-MA sob o nº. 7.617, OAB-RN sob o nº 680 -A, OAB-CE sob o nº 24.263-A, OAB-PE sob o nº 1.298-A e OAB-PB sob o nº 19.297-A, com endereço profissional na Rua Alberto Silva, nº 1314, Lagoa Seca, Natal - RN;

PODERES: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive propor quaisquer ações, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrolar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como argüir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber alvará, cheque e dar quitação, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante e defendendo-o, na condição de reclamado bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Natal, 30/01/2019

Juliet Fernandes Pinheiro

Outorgante



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE CELIA REGINA FERNANDES PRAXEDES CPF: 024.509.794-50	DATA DE VENCIMENTO 28/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 261,76	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 21/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 018504025 Série: U	CONTA CONTRATO 000799275015 Nº DO CLIENTE 3000594887 Nº DA INSTALAÇÃO 0000184811
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PO CAPOEIRA GRANDE 1 CAPOEIRA GRANDE/AREA RURAL 59570-000 CEARÁ MIRIM RN	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br	RESERVADO AO FISCO 9F02.A358.462F.CF0D.B5BF.D192.5626.930E		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	363,00	0,68335702	248,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,50
Multa por atraso-NF 014145842 - 22/10/18			2,80
Juros por atraso-NF 014145842 - 22/10/18			3,60
Compensação DIC Anual 2018			3,07-
Compensação DMIC 11/18			1,12-
TOTAL DA FATURA			261,76

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
248,05	27,00	66,97	248,05	0,47	1,16	248,05	2,17

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Vencido	Dt Reav	Valor	
28/12/18	21/01/19	176,80	

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48081000	JAN 19	363
		DEZ 18	263
		NOV 18	206
		OUT 18	203
		SET 18	159
		AGO 18	152
		JUL 18	142
		JUN 18	172
		MAI 18	166
		ABR 18	134
		MAR 18	141
		FEV 18	0
		JAN 18	0

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	78,57	31,67	
Transmissão	11,50	4,64	
Distribuição (Cosern)	54,49	21,97	
Encargos Setoriais	15,34	6,18	
Tributos	73,51	29,64	
Perdas de Energia	14,64	5,90	
TOTAL	248,05	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
I436667	CAT	20/12/2018	27.453,00	21/01/2019	27.816,00	32	1,00000	0,00	363,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CEARÁ MIRIM	7,51	11,59	23,19	46,38
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		7,51	6,39	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 86,09					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
<p>Pague no ponto mais perto de você! maria flora modas: r central parque clube,43, estivas / posto de medicamentos renascer: r central parque clube,43, estivasLista completa em www.cosern.com.br." O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%.a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </tbody> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

CONTA CONTRATO 000799275015	MÊS/ANO 01/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 261,76	VENCIMENTO 28/01/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016020001434
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 13/06/2016 12.25.13
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 01/02/2016 04.00.00
2.3 Fato: Consumado
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: POVOADO DE CAPOEIRA GRANDE
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: CEARÁ-MIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JULIET FERNANDES PRAXEDES
3.3 Etnia: Sem Informação
3.5 Mãe: CELIA REGINA FERNANDES PRAXEDES
3.7 Sexo: FEMININO
3.9 CPF: 07759897464
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: VENDEDORA
3.15 Telefone(s): 84 999469192
3.17 Número: 01
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: SERGIO PRAXEDES
3.6 Data de Nascimento: 30/06/1990
3.8 RG: 2731593 - ITEP/RN
3.10 Passaporte:
3.12 Naturalidade: CEARA-MIRIM RN
3.14 E-Mail:
3.16 Logradouro: CAPOEIRA GRANDE
3.18 CEP:
3.20 Cidade: CEARÁ-MIRIM

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****08070
7.1.5 Placa: NNZ4839
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2012
7.1.11 Cor do veículo: CINZA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO CANDIDO FIRMIANO JUNIOR
7.1.17 Nome do condutor: JONATHAN ALBERT SIQUEIRA DA SILVA
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 00382552628
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: CG 150 FAN ESI
7.1.10 Ano de Fabricação: 2011
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA D.P. P/ NOS INFORMAR ESTAVA INDO PARA CASA DE CARONA NA MOTO DE SEU NAMORADO QUANDO, DE REPENTE, UM VEÍCULO BATEU NA TRASEIRA DA MOTO E CAIU. QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU QUE A LEVOU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL E APÓS BATER RADIOGRAFIAS DO PÉ E DO JOELHO, NÃO CONSTATARAM NADA DE ANORMAL E A LIBERARAM. QUE APÓS 22 DIAS DE REPOUSO E SEM COLOCAR O PÉ NO CHÃO, SENTIU UMA DOR AO TENTAR ANDAR. COM ISTO PROCUROU O MÉDICO E APÓS BATER A RADIOGRAFIA DA PERNA, FOI CONSTATADO QUE ESTAVA FRATURADA, TENDO QUE ENGESSAR POR 2 MESES E 15 DIAS. QUE A VITIMA VINHA DE CARONA NA MOTO ACIMA CITADA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

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: 13/06/2016 12.25.13

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO
Impresso por: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO em 13/06/2016 12:25:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2016020001434



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN foi encontrado a ocorrência N° S205013 referente ao paciente **JULIETE FERNANDES PRACHEDES** 25 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN. no dia 01/02/2016 em Ceara Mirim/RN conforme ficha anexa.

Natal, 14 de junho de 2016

SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.195846-6

SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MEDICO DE URGENCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO :	S205013
DATA DA OCORRÊNCIA:	01/02/2016 03:37:02
CIDADE:	CEARA-MIRIM
BAIRRO:	
LOGRADOURO:	.
INTERESSADO:	JUNIOR
TELEFONE:	991207537
TIPO:	M22
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	M22G
NATUREZA:	COLISÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	10/06/2016 11:35:22

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
01/02/2016	03:37:02	tarm2	58682414	PCT JULIETE 25 ANOS
01/02/2016	03:37:26	regsamu01	15146924	COLIÇÃO DE MOTO/CARRO
01/02/2016	03:38:27	regsamu01	15146924	PACT COM FERIMENTO NO JOELHO.
01/02/2016	03:38:41	regsamu01	15146924	SANGRAMENTO A NIVEL DA BOCA
01/02/2016	03:39:31	regsamu01	15146924	CONCIENTE, ORIENTADA CHORANDO
01/02/2016	03:40:12	regsamu01	15146924	SOLICITANTE, NÃO SABE DAR MASI INFORMAÇÕES: EXIGE VTR RÁPIDO
01/02/2016	03:40:18	regsamu01	15146924	ACIONO VTR COD 2
01/02/2016	03:43:10	despsamu1	26853714	VIATURA USB48 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
01/02/2016	03:43:13	despsamu1	26853714	VIATURA USB48 EM ROTA
01/02/2016	03:52:32	regsamu01	15146924	** Event Priority changed from 4 to 1 at: 02/01/16 03:52:32
01/02/2016	03:52:32	regsamu01	15146924	** Tipo do evento alterado de M01 para M22(M22G) às 01/02/16 03:52:32
01/02/2016	03:52:32	regsamu01	15146924	** >>>> by: CLAUDIA MIREYA PAREDES LOPEZ DE MARINHO PAIVA on terminal: regsamu01
01/02/2016	03:52:32	regsamu01	15146924	** >>>> by: CLAUDIA MIREYA PAREDES LOPEZ DE MARINHO PAIVA on terminal: regsamu01
01/02/2016	04:09:09	despsamu1	26853714	SEGUNDO SOLICITANTE .A LOCALIDADE SE CHAMA CAPOEIRA GRANDE.
01/02/2016	04:13:40	despsamu1	26853714	VIATURA USB48 EM ROTA
01/02/2016	04:13:43	despsamu1	26853714	VIATURA USB48 CHEGOU AO LOCAL
01/02/2016	04:51:20	regsamu01	15146924	USB 48
01/02/2016	04:51:48	regsamu01	15146924	QRA JULIANDERSON FERNADES PRAXEDES
01/02/2016	04:51:55	regsamu01	15146924	27 AOS
01/02/2016	04:52:18	regsamu01	15146924	CONCIENTE, ORIENTADA, SEM CSAPASSETE
01/02/2016	04:52:32	regsamu01	15146924	COM ANMTEC DE NAUSEAS E VOMITOS
01/02/2016	04:52:42	regsamu01	15146924	DESCONHECE ALEIRGAS
01/02/2016	04:54:43	regsamu01	15146924	PACT IMOBILIZADA SEGUM PRTOCOLO
01/02/2016	04:54:58	regsamu01	15146924	PROSIGA COM QTI DE HOSP CLOVIS
01/02/2016	04:58:27	despsamu1	26853714	VIATURA USB48 INFORMOU O CÓDIGO CL
01/02/2016	04:58:27	despsamu1	26853714	VIATURA USB48 INFORMOU O CÓDIGO UG
01/02/2016	05:44:31	despsamu1	26853714	DRA SAMARA RECEBE O PACIENTE.
01/02/2016	05:44:39	despsamu1	26853714	MACA PRESA
01/02/2016	05:45:09	despsamu1	26853714	VIATURA USB48 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO

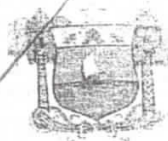
Walter Ferreira da Silva

10/06/2016

F/ Walter Cavalcante de Macedo
Cronologia
SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	JULIET FERNANDES PRAXEDES		
DATA DE ENTRADA	01/02/2016	HORA	05:31
IDADE	25	SEXO	F
CARTÃO SUS	162041308390005	ETNIA	-
CPF	-	RG	2731593 - -
NOME DA MÃE	CELIA REGINA FERNANDES PRAXEDES		
NOME DO PAI	-		
NASCIMENTO	30/06/1990	NATURALIDADE	-
TELEFONE	(84) 3228-8256	PROFISSÃO	-
RUA/AV.	PO. CAPOEIRA GRANDE	Nº	-
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	ZONA RURAL
CEP	59570-000	CIDADE	Ceará-Mirim-RN
ORIGEM	Ambulância - SAMU	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Glauber

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Vítima de colisão moto-moto. Não usava capacete. Negou uso de bebidas alcoólicas. Negou sintomas neurológicos. Apresenta escoriações em face e joelho E. Durão corte contínuo em região frontal. AP. MV(+) em AXZ, D124. Sinal: plano, flácido, indolor. Reflexo estável.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA normal
B Eupneico
C Estável
D ECB=157.
E

(Handwritten signature and stamp)
NATO...
Técnico

OUTRAS OBSERVAÇÕES

SaO₂ = 97% em a.a.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCOR FINAL
	130x90			20	88	✓	

DIAGNÓSTICO INICIAL

Politrauma.

CID

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITERIOSA DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHEI: OUÇA, NÃO APENAS ESCUTEI; SINTA NÃO APENAS TOQUE.

ESPECIALISTA 3:		HORA: _____	DATA: _____
ESPECIALISTA 2: <i>Arfropodista</i>		HORA: 07:30	DATA: 01/02/14
ESPECIALISTA 1: BMF		HORA: 05:20	DATA: 01/02/14

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> 	<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p><i>Dr. Gustavo S. de Oliveira</i> Cirurgião Geral CRM 20997 CPF 029.049.783-01</p> <p>① Injúria; Olamp TM 07:30 ② Exame de ressonância ③ Alta do consultório</p>
-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>CONUTA PRIMARIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p>	
<p>ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM</p>	<p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...</p> <p>RX Kortiok AP = est. reducao RX joelho E RX nádeas</p> <p><i>Guilherme S. Souza</i></p>
<p>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p>	<p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...</p>
<p>OUTROS</p>	<p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)...</p>

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZAR FOLHA SEPARADA

ALGORITMO P/ SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA; 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA); 3 - ABRIA VIA AÉREA; 4 - AVALIE A RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR); 5 - SE APNEIA, APlique 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLINA-VIA-VIA - MÁSCARA); 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUAL EM LACTENTE); 7 - SE PULSO NÃO FOR SENTIDO, INICIE COMPRESSOES TORCAICAS; 100MM (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA; 8 - DEA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO; 9 - RITMO CHOCÁVEL: APlique 1 CHOQUE 360 (200 P/ DEB BIFÁSICO), E REINICIE RCP; 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP (30:2); 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS; 12 - PARE RCP QUANDO O EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEÇA; 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAR-SE.

Bucco Maxilar

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE
 Paciente vítima colisão auto carro. Apresentando lesões no face e tórax. feridas rasas frontais

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- 1) Exame
- 2) Anestesia
- 3) Sutura
- 4) Curativo
- 5) Tem vacina de tétano OK (sic)

Atte do Bucco Maxilar

[Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Responsável

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL: REQUISIÇÃO DE EXAMES; FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLEM.

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)	5
Orientado. (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está e porquê; a data e etc...)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRV)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso	5
Retirada inspecífica a dor.	4
Padrão flexão à dor (Desorientação)	3
Padrão extensão a dor (Desorientação)	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
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	76-90 = 3
	50-75 = 2
	1-49 = 1
	00 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03-08=grave (necessidade de intubância imediata);
 09-3= moderado;
 14-15= leve

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado do Champion H.R. Sacco W.J. Copers, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 23(5) 624, 1989.

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____	
INTERAMAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____	SAÍDA: DATA: / / HORA: _____
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revella <input type="checkbox"/> Transferido para: _____	
ÓBITO: DATA: / / HORA: _____	
Entregue à família <input type="checkbox"/> com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Médico (Carimbo)

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____	
INTERAMAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____	SAÍDA: DATA: / / HORA: _____
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revella <input type="checkbox"/> Transferido para: _____	
ÓBITO: DATA: / / HORA: _____	
Entregue à família <input type="checkbox"/> com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE, PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p><i>Localizar, lavar, secar, aplicar pomada, usar bandagem.</i></p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
<p><i>[Signature]</i></p>	
<p>CPF: 188.304.804-45 Endereço em Taquaritinga: Rua 2708, FONE 5981 C. 1.000.000.000.000.000.000</p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
<p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)....</p>	
<p>LABORATÓRIO</p>	
<p>OUTROS</p>	
<p>ANAMNESE</p>	
<p>EXAME FÍSICO</p>	
<p>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA</p>	
<p>ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:</p>	



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
 ORTOPEDIA

PACIENTE JULIET FERNANDES PRAXEDES
DATA DE ENTRADA 29/02/2016 **HORA** 14:16 **Nº BAA** 162901
IDADE 25 **SEXO** F **ETNIA** -
CARTÃO SUS 162041308390005 **ESTADO CIVIL** -
CPF - **RG** 2731593 - -
NOME DA MÃE CELIA REGINA FERNANDES PRAXEDES
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 30/06/1990 **NATURALIDADE** -
TELEFONE (84) 3228-8256 **PROFISSÃO** -
RUA/AV. PO. CAPOEIRA GRANDE **Nº** -
COMPLEMENTO - **BAIRRO** ZONA RURAL
CEP 59570-000 **CIDADE** Ceará-Mirim-RN
ORIGEM Família **MOTIVO** Consulta de urgência / Retorno - ortopedia
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Daida

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

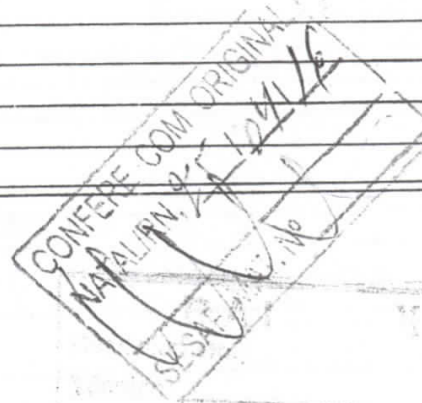
Queda em frente à casa Timóteo às 14h 29 Min

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
 B
 C
 D
 E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Como amputado



HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Franco Timóteo</i>							CID

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____

SAÍDA: DATA: / / HORA: _____

Decisão Médica A Revelia Transferido para: _____

ÓBITO: DATA: / / HORA: _____

Entregue à família com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

FIGURE A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____

SAÍDA: DATA: 29/02/16 HORA: 15:52

Decisão Médica A Revelia Transferido para: _____

ÓBITO: DATA: / / HORA: _____

Entregue à família com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM).....

LABORATÓRIO

OUTROS

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAME FÍSICO

ANAMNESE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:



60

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA



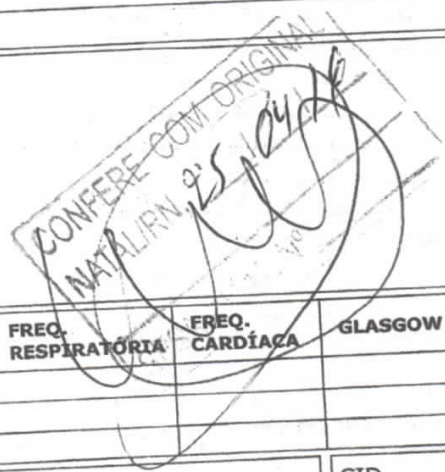
PACIENTE JULIET FERNANDES PRAXEDES
DATA DE ENTRADA 21/03/2016 **HORA** 14:24 **Nº BAA** 167174
IDADE 25 **SEXO** F **ETNIA** -
CARTÃO SUS 162041308390005 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
CPF 077.598.974-64 **RG** 2731593 - SSFP
NOME DA MÃE CELIA REGINA FERNANDES PRAXEDES
NOME DO PAI SERGIO PRAXEDES
NASCIMENTO 30/06/1990 **NATURALIDADE** Ceará-Mirim-RN
TELEFONE (84) 3228-8256 **PROFISSÃO** Comerciante
RUA/AV. PO. CAPOEIRA GRANDE **Nº** - **BAIRRO** ZONA RURAL
COMPLEMENTO - **CIDADE** Ceará-Mirim-RN
CEP 59570-000
ORIGEM Família **MOTIVO** Consulta de urgência / Retorno - ortopedia
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Daida

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
*Doença por fratura por estresse
 há 30 dias*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES
PTB



HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL *fratura por estresse* **CID**

210316

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____

INTERMAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____

SAÍDA: DATA: / / HORA: _____

Decisão Médica À Revelia Transferido para: _____

ÓBITO: DATA: / / HORA: _____

Entregue à família com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____
Médico (Carimbo) _____

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____

INTERMAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____

SAÍDA: DATA: 21/03/16 HORA: 17:00

Decisão Médica À Revelia Transferido para: _____

ÓBITO: DATA: / / HORA: _____

Entregue à família com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: _____

ANAMNESE: _____

EXAME FÍSICO: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)....
Leitura 5 M-AP

LABORATÓRIO: _____

OUTROS: _____

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
Leitura 6AP

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____
Médico (Carimbo) _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Leticia S. AMARAL
DTB

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____
Médico (Carimbo) _____



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

PACIENTE JULIET FERNANDES PRAXEDES
DATA DE ENTRADA 04/04/2016 **HORA** 15:21 **Nº BAA** 170155
IDADE 25 **SEXO** F **ETNIA** -
CARTÃO SUS 162041308390005 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
CPF 077.598.974-64 **RG** 2731593 - SSFP
NOME DA MÃE CELIA REGINA FERNANDES PRAXEDES
NOME DO PAI SERGIO PRAXEDES
NASCIMENTO 30/06/1990 **NATURALIDADE** Ceará-Mirim-RN
TELEFONE (84) 3228-8256 **PROFISSÃO** Comerciante
RUA/AV. PO. CAPOEIRA GRANDE Nº - **BAIRRO** ZONA RURAL
COMPLEMENTO - **CIDADE** Ceará-Mirim-RN
CEP 59570-000
ORIGEM Outra **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Erivaldo

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Queda por escorregar da cadeira para trás.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES
Queda sobre o pé esquerdo. Sem dor.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL: *fratura por compressão* **CID**

4-4-16 17:46

DESTACAR

Entregue à família	<input type="checkbox"/>	com Atestado	<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"/>	Transferido para:			
SAIDA:	DATA:	/	/	HORA:			
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA:	/	/	HORA:			
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:						

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Médico (Carimbo)

[Handwritten signature and stamp]
 Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica
 Brasília - DF

Entregue à família	<input type="checkbox"/>	com Atestado	<input type="checkbox"/>	S.V.O.	<input type="checkbox"/>	I.T.E.P.	<input type="checkbox"/>
ÓBITO:	DATA:	/	/	HORA:			
Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/>	A Revelia	<input type="checkbox"/>	Transferido para:			
SAIDA:	DATA:	04/09/16		HORA:	18:15h		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA:	/	/	HORA:			
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:						

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

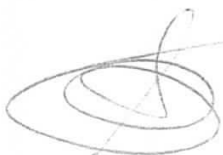
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
<i>[Handwritten signature and stamp]</i>	<i>[Handwritten signature and stamp]</i>
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	LIBERAR COMO
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)....	Ac. Renal e H-ALC
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAME FÍSICO	
ANAMNESE	
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
LABORATÓRIO	
OUTROS	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

Rison B.

Retorno na

09/04/16

14.00h



Dr. Marco Carneiro Cabral
Ortopedista e Traumatologista
CRM 30.523

Assinatura e Carimbo do Responsável

SISES CLÍNICAS

ENFERMAGEM

...SEMPRE INICIE COMPRESSÃO...
 ...SE APNEIA...
 ...10. RTM...

...DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE...
 ...UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL...
 ...REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETIM...

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abre os olhos espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 1, se não 2)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso.	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está o porquê, a data e etc...)	4
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	3
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	2
Sons ininteligíveis. (Gemeando sem articular palavras.)	1
Isento.	0
Melhor resposta motora (MRM)	6
bedeco a ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Calor estímulo doloroso	4
Frado inespecífica a dor	3
frão disto a dor (Desorientação)	2
Vão extensor a dor (Descreção)	1
resposta motora.	0

"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 RESPIRATORIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	75-90 = 3
	50-75 = 2
	1-49 = 1
	0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco WJ Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1990.

Assinatura e Carimbo do Responsável

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2008)

03-08=grave (necessidade de intubação imediata);
09-13= moderado;
14-15= leve

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

" A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos:

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

HM:WG / PSCS
25/04/2016 13.32

A079
Ortopedia
Sistema Amazing

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

JULIET FERNANDES PRAXEDES

DATA DE ENTRADA 25/04/2016 **HORA** 13:39 **Nº BAA** 174716

IDADE 25 **SEXO** F **ETNIA** -

CARTÃO SUS 162041308390005 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)

CPF 077.598.974-64 **RG** 2731593 - SSFP

NOME DA MÃE CELIA REGINA FERNANDES PRAXEDES

NOME DO PAI SERGIO PRAXEDES

NASCIMENTO 30/06/1990 **NATURALIDADE** Ceará-Mirim-RN

TELEFONE (84) 3228-8256 **PROFISSÃO** Comerciante

RUA/AV. PO. CAPOEIRA GRANDE Nº - **BAIRRO** ZONA RURAL

COMPLEMENTO - **CIDADE** Ceará-Mirim-RN

CEP 59570-000

ORIGEM Família **MOTIVO** Consulta de urgência / Retorno - ortopedia

ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Lucia

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Acidentes com pedras no ar

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES
Como nota -

25/04/16 14:45

[Signature]

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL *FURTO PELOS OROS* **CID**

PARECERES

ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		

MÉDICO (Carimbo)

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

<p>CONDUZA PRIMÁRIA: (MEDIÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p> <p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ...</p> <p>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p>OUTROS</p> <p>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	<p>EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>A (ALERGIAS): _____</p> <p>M (MEDIÇÃO EM USO): _____</p> <p>P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____</p> <p>L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): _____</p> <p>A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____</p> <p>V (PASSADO VACINAL): _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CASE O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES DE LABORATÓRIO, SE NECESSÁRIO, O USUÁRIO DEVE IMPRESSOR PROPRIOS DO HOSPITAL, REQUISICIONANDO EXAMES FOLHA DE PRESUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO É A AVALIAÇÃO DO PACIENTE DE FORMA SUCESSIVA, AVALIANDO AS ÁREAS DO CORPO HUMANO QUE SÃO MAIS VULNERÁVEIS, COMO O CÉREBRO, O TÓRAX, O ABDÔMEN E O MEMBROS INFERIORES.

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****
Rx Perna e M-PM.

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
Prescr 6590
Prescr 6590 - 1/5

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: 25/04/16 HORA: 14.53h

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P.

Entregue à família com Atestado S.V.O.

Médico (Carimbo)

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P.

Entregue à família com Atestado S.V.O.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

1	Abertura de Escala de Coma Glasgow
2	Abertura de Escala de Coma Glasgow
3	Abertura de Escala de Coma Glasgow
4	Abertura de Escala de Coma Glasgow
5	Abertura de Escala de Coma Glasgow
6	Abertura de Escala de Coma Glasgow
7	Abertura de Escala de Coma Glasgow
8	Abertura de Escala de Coma Glasgow
9	Abertura de Escala de Coma Glasgow
10	Abertura de Escala de Coma Glasgow
11	Abertura de Escala de Coma Glasgow
12	Abertura de Escala de Coma Glasgow
13	Abertura de Escala de Coma Glasgow
14	Abertura de Escala de Coma Glasgow
15	Abertura de Escala de Coma Glasgow
16	Abertura de Escala de Coma Glasgow
17	Abertura de Escala de Coma Glasgow
18	Abertura de Escala de Coma Glasgow
19	Abertura de Escala de Coma Glasgow
20	Abertura de Escala de Coma Glasgow
21	Abertura de Escala de Coma Glasgow
22	Abertura de Escala de Coma Glasgow
23	Abertura de Escala de Coma Glasgow
24	Abertura de Escala de Coma Glasgow
25	Abertura de Escala de Coma Glasgow
26	Abertura de Escala de Coma Glasgow
27	Abertura de Escala de Coma Glasgow
28	Abertura de Escala de Coma Glasgow
29	Abertura de Escala de Coma Glasgow
30	Abertura de Escala de Coma Glasgow
31	Abertura de Escala de Coma Glasgow
32	Abertura de Escala de Coma Glasgow
33	Abertura de Escala de Coma Glasgow
34	Abertura de Escala de Coma Glasgow
35	Abertura de Escala de Coma Glasgow
36	Abertura de Escala de Coma Glasgow
37	Abertura de Escala de Coma Glasgow
38	Abertura de Escala de Coma Glasgow
39	Abertura de Escala de Coma Glasgow
40	Abertura de Escala de Coma Glasgow
41	Abertura de Escala de Coma Glasgow
42	Abertura de Escala de Coma Glasgow
43	Abertura de Escala de Coma Glasgow
44	Abertura de Escala de Coma Glasgow
45	Abertura de Escala de Coma Glasgow
46	Abertura de Escala de Coma Glasgow
47	Abertura de Escala de Coma Glasgow
48	Abertura de Escala de Coma Glasgow
49	Abertura de Escala de Coma Glasgow
50	Abertura de Escala de Coma Glasgow

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR PONTUAÇÃO	00 = 0
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	14-15 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	16-20 = 2
RESPIRATÓRIA	21-24 = 3
RESPIRATÓRIA	25-30 = 4
RESPIRATÓRIA	31-35 = 5
RESPIRATÓRIA	36-40 = 6
RESPIRATÓRIA	41-45 = 7
RESPIRATÓRIA	46-50 = 8
RESPIRATÓRIA	51-55 = 9
RESPIRATÓRIA	56-60 = 10
RESPIRATÓRIA	61-65 = 11
RESPIRATÓRIA	66-70 = 12
RESPIRATÓRIA	71-75 = 13
RESPIRATÓRIA	76-80 = 14
RESPIRATÓRIA	81-85 = 15
RESPIRATÓRIA	86-90 = 16
RESPIRATÓRIA	91-95 = 17
RESPIRATÓRIA	96-100 = 18
RESPIRATÓRIA	101-105 = 19
RESPIRATÓRIA	106-110 = 20
RESPIRATÓRIA	111-115 = 21
RESPIRATÓRIA	116-120 = 22
RESPIRATÓRIA	121-125 = 23
RESPIRATÓRIA	126-130 = 24
RESPIRATÓRIA	131-135 = 25
RESPIRATÓRIA	136-140 = 26
RESPIRATÓRIA	141-145 = 27
RESPIRATÓRIA	146-150 = 28
RESPIRATÓRIA	151-155 = 29
RESPIRATÓRIA	156-160 = 30
RESPIRATÓRIA	161-165 = 31
RESPIRATÓRIA	166-170 = 32
RESPIRATÓRIA	171-175 = 33
RESPIRATÓRIA	176-180 = 34
RESPIRATÓRIA	181-185 = 35
RESPIRATÓRIA	186-190 = 36
RESPIRATÓRIA	191-195 = 37
RESPIRATÓRIA	196-200 = 38
RESPIRATÓRIA	201-205 = 39
RESPIRATÓRIA	206-210 = 40
RESPIRATÓRIA	211-215 = 41
RESPIRATÓRIA	216-220 = 42
RESPIRATÓRIA	221-225 = 43
RESPIRATÓRIA	226-230 = 44
RESPIRATÓRIA	231-235 = 45
RESPIRATÓRIA	236-240 = 46
RESPIRATÓRIA	241-245 = 47
RESPIRATÓRIA	246-250 = 48
RESPIRATÓRIA	251-255 = 49
RESPIRATÓRIA	256-260 = 50

“Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: American College of Surgeons, ATOT, WJ. Coopers, et al. A Review of the Trauma Score. J. Trauma 29(5): 624, 1998.

SEM	LEVE	Moderada	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

“A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com o exame. A escala Qualitative Assesses of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2:81-84.

Referência: TEASALE G. JENNET. B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2:81-84.

03 - 08-grave (incapacidade de indivíduos mediana); 00 - 3- moderado; 14-15-leve CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005).

4- ANALISE RESPIRATÓRIA NER, OUVIR, SENTIR; 5- SE APRETA, APARECE 2 VENTILADORES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA); 6- ANALISE TUBO CARÓTIDO, OU FEMURAL (BRANQUIAL, EM LACTENTE); 7- SE PU
10 - RÍTIMO NÃO CHOQUEVEL, REMINISCE RCP PA 2; 11 - ANALISE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS; 12 - PARTE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVA; 13 - COLÓQUE A EM POSIÇÃO DE RECUBERAR.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDIÇÕES E PROCEDIMENTOS)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)....

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAME FÍSICO

ANAMNESE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

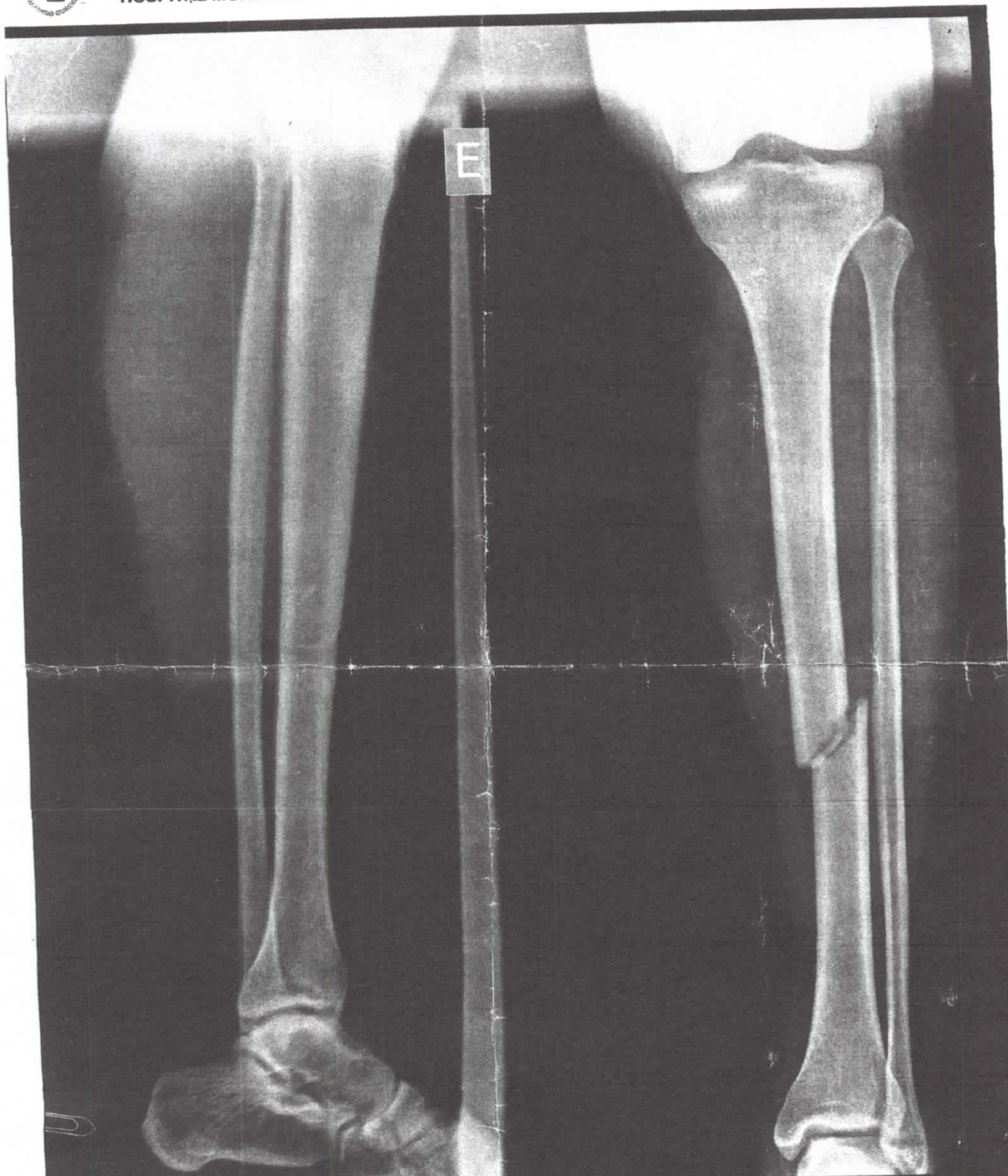
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

*CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL; REGRISTRO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETIM.



Id Paciente: 161334
Paciente: JULIETE FERNANDES PRAXEDES
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

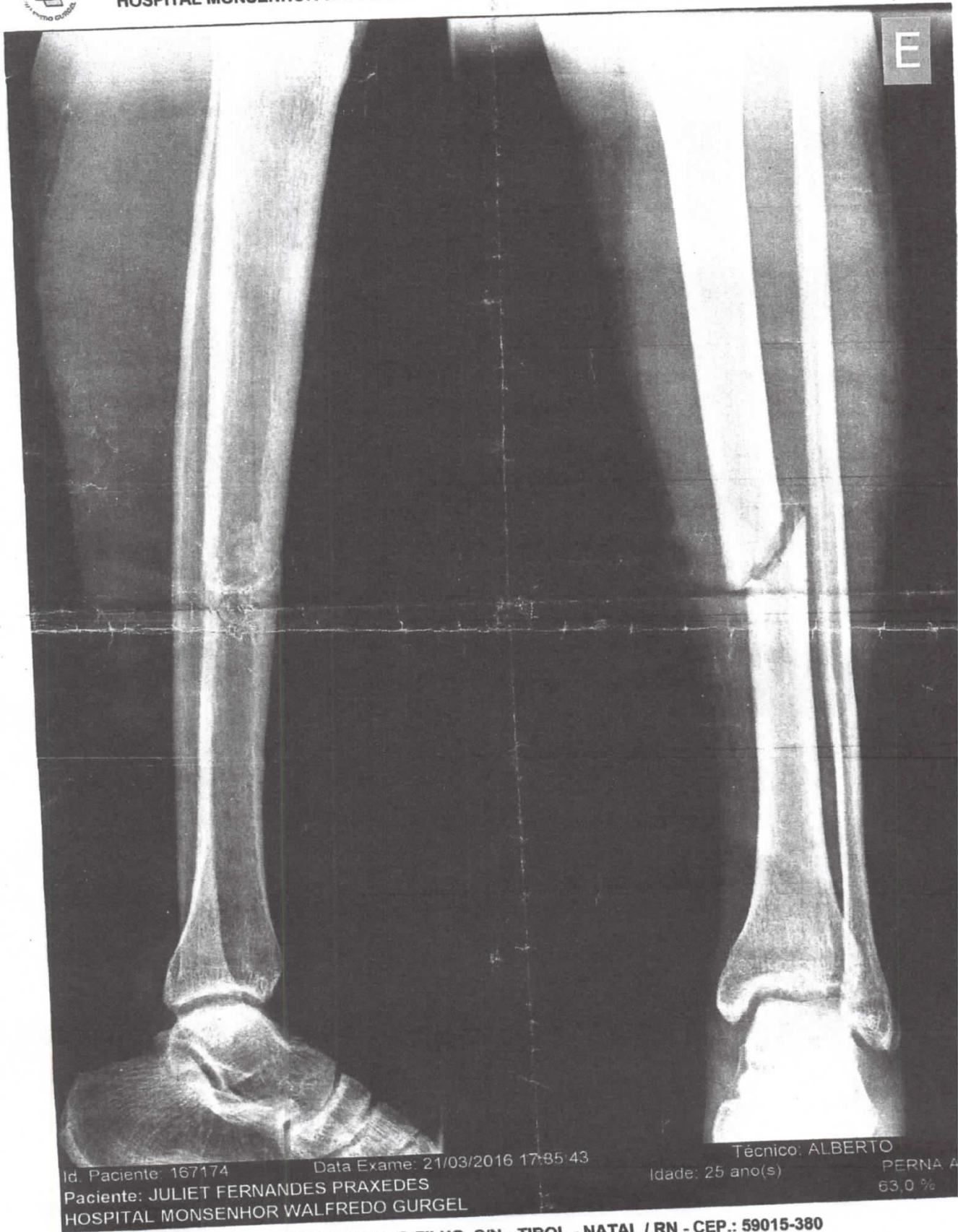
Data Exame: 22/02/2016 14.10.47

Técnico: IVANILDO
Idade: 25 ano(s)
PERNA AP
54.1 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREGDOGURGEL.RN.GOV.BR



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO



Id. Paciente: 167174 Data Exame: 21/03/2016 17:55:43
Paciente: JULIET FERNANDES PRAXEDES
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: ALBERTO
Idade: 25 ano(s) PERNA A
63,0 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 9 629/0097 Nº 012390232193
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00382552628 R.N.TM.C. ***** EXERCÍCIO 2015

FRANCISCO CANDIDO FERMINHO JUNIOR

CPF / CNPJ _____ PLACA _____

060.840.984-06 Nº24839

PLACA ANT / UF _____ CHASSI _____

Nº24839/70 9G2KCL670CR408070

ESPECÍFICO TIPO _____ COMBUSTÍVEL _____

ANOS FAB. 2011 ANO MOD. 2012

ANOS FAB. 2011 ANO MOD. 2012

COV/149 CILINDRADAS PARTICULAR CDMZA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS

R\$ 0,00 25/09/2015 1º PAGO

FALTA L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

002855 3x R\$ ***** 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) _____ IOF (R\$) _____ DATA DE PAGAMENTO _____

*** TAXAS DETRAN: DACTO *** HIGIA DPVAT: PAGO

ALTEM. PTD. EM FAVOR DE: 45 441.789/0001-54

ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTD A

MOTOR: KCL167C408070

CONTRAN

DENATRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 012390232193 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 RENAVAM 00382552628 CPF / CNPJ 060.840.984-06 EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 25/09/2015

ANOS FAB. 2011 ANO MOD. 2012 PLACA Nº24839

COV/149 CILINDRADAS PARTICULAR CDMZA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS

R\$ 0,00 25/09/2015 1º PAGO

FALTA L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

002855 3x R\$ ***** 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) _____ IOF (R\$) _____ DATA DE PAGAMENTO _____

*** TAXAS DETRAN: DACTO *** HIGIA DPVAT: PAGO

ALTEM. PTD. EM FAVOR DE: 45 441.789/0001-54

ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTD A

MOTOR: KCL167C408070

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.246.600/0001-04

www.seguradoralider.com.br

SET / 2015

SINISTRO 3180347019 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JULIET FERNANDES PRAXEDES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência
S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO JULIET FERNANDES PRAXEDES

CPF/CNPJ: 07759897464

Posição em 30-01-2019 09:49:34

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência Ver Carta

08/08/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
28/07/2018	Aviso de Sinistro	

