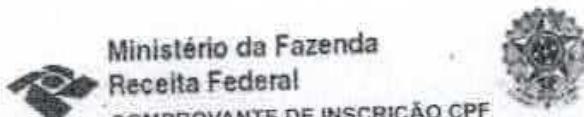




05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SI 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Número  
**610.293.784-87**

Nome  
**JOSE MAURICIO CONRADO**

Nascimento  
**07/11/1952**



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 04/06/2019 16:15:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060416151677100000045490841>  
Número do documento: 19060416151677100000045490841

Num. 46193369 - Pág. 1



## Ganhe tempo! Pague suas contas online ou nos Correspondentes Itaú.

Aproveite esta conveniência! Você não precisa ser correntista para pagar suas contas em nossos Correspondentes.

### Contas aceitas:

- ✓ Boletos Itaú e de outros bancos (a vencer ou vencidos).
- ✓ Faturas de concessionárias<sup>1</sup> como telefone, gás e outras (a vencer ou vencidas).
- ✓ Tributos municipais<sup>1</sup> com o código de barras (até a data do vencimento).



Se você é cliente Itaú, também pode pagar suas contas pela internet ou pelo app Itaú.

Consulte os demais Correspondentes no site:

[itau.com.br/pague-aqui](http://itau.com.br/pague-aqui)

No campo de busca, selecione as opções Recebimentos e pagamentos por convênios > Transacional.

1. Correspondentes Itaú podem ser alterados, sem prévio aviso.  
2. Consulte nas telas convênios com as empresas concessionárias e prefeituras de cada praça.  
Data base: Janeiro/2019

Itaú Unibanco S.A.		341-71	Vencimento	Valor do Documento
Pagador:	JOSE MAURICIO CONRAD		21/01/2019	207,21
<small>Beneficiária</small>				
<b>BANCO ITAUCARD S.A.</b>				
<small>Endereço Beneficiário/Serviço Avulso</small>				
<b>PC ALFREDO E. SOUZA ARANHA ,100 CONCEICAO-7A</b>				
<small>SAO PAULO SP 04344-902</small>				
Agência / Código Beneficiário		CPF/CNPJ - Beneficiário	HP do Documento	Nº do Número
17.192.451/0001-70		3807948502	3807948502	038/07948502-5

Recibo do Pagador

Autenticação Mecânica



Itaú Unibanco S.A.	341-71	34190.38074 94850.250005 00000.000000 4 77760000020721			
Local de Pagamento:	ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL EM QUALQUER BANCO	Vencimento:			
APÓS O VENCIMENTO PAGAVEL SOMENTE NO ITAU		21/01/2019			
Beneficiária:		CNPJ			
<b>BANCO ITAUCARD S.A.</b>		17.192.451/0001-70			
Data do Documento:	HP do Documento:	Espécie Doc.:	Acordo:	Data de Processamento:	Nº do Número:
21/12/2015	3807948502	R\$		03/01/19	038/07948502-5
Itaú do Banco:	Carteira:	Esperada:	Quantidade:	Valor:	(+) Valor do Documento:
	2267	R\$		207,21	(-) Desconto / Abatimento:
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO: Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO					
CONCEDER DESCONTO DE R\$ 10,36 PARA PAGAMENTO ATÉ 21/01/2019					
APÓS O VENCIMENTO SERÃO ACRESCIDOS AO VALOR DO DOCUMENTO:					
MULTA DE R\$ *****4,14 E JUROS MORATÓRIOS DE 2,83% POR 30 DIAS					
AO CAIXA ITAU: PARA RECEBER CONSULTAR FUNCAO 154					
NAO ESTANDO COM A FICHA DE COMPENSACAO, PAGUE EM QUALQUER AGENDA DO CORRETORA					
DE SEGUROS LTDA					
15 MAR 2010					

CPF/CNPJ - 610.293.784-87

Pagador:  
JOSE MAURICIO CONRAD  
R CAMPO DOS GUARARAPES 48  
54315-560 JD JORDAO JABOATAO DOS GU PE

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL-C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIEVE

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE Mauricio CONRADO, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 1.854.500 S001PE e CPF: 610.293.784-87 residente na Rua Campe dos Guanabares, 48, Jardim Jordão, Jaboatão dos Guararapes / PE.

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 27 de Março de 2019

Jose mauricio conrado  
Outorgante



## **DECLARAÇÃO**

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 9º de Março de 2019 .

Paulo Coelho





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0109001849**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/03/2019** às **11:38**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia 10/1/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: RUA DOM EXPEDITO LOPES, 01, PROXIMO DA PADARIA EXPEDITO LOPES - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O PRÓPRIO ( AUTOR ) AGENTE )  
JOSE MAURICIO CONRADO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MAURICIO CONRADO

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

JOSE MAURICIO CONRADO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE CONRADO Pai: VALDOMIRO CONRADO DE BARROS Data de Nascimento: 7/11/1952 Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1854500/SDS/PE (RG), 61029378487 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:  
- 81968971073

Endereço Residencial: RUA CAMPO DOS GUARARAPES, 48 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

O PRÓPRIO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato: -  
**05.802.4947/0001-41**  
**TRAÇÃO CORRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**

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

15 MAR 2019

HONDA 150 NXR PFL1640 (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade **do(a) Autor: JOSE MAURICIO CONRADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MAURICIO CONRADO Cidade: Boa Vista - CEP: 50.060-010 Categoría/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

RECEPTE



## Complemento / Observação

INFORMA QUE ESTAVA SAINDO DE UM ARMAZÉM CARREGANDO ARGAMASSA QUANDO TOMBOU COM O VEÍCULO E CAIU EM VIA PÚBLICA. FOI SOCORRIDO PELOS POPULARES PARA A UPA DO IBURA E DE LA TRANSFERIDO PARA O DOM HELDER, ONDE FOI TRATADA A SUA LESÃO ATRAVÉS DE PROCEDIMENTO CIRURGICO.

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

JOSE MAURICIO CONRADO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALDECLIN SANTOS DA SILVA - Matrícula: 1529480

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Conrado - Recife -



**Nome:** JOSE MAURICIO CONRADO **Nº registro:** 198142  
**Dt. Nasc.:** 07/11/52 - 66 ano (s) **Sexo:** Masculino  
**Mãe:** MARIA JOSE CONRADO **Fone:** 81984362323  
**Endereço:** R CAMPO DOS GUARARAPES, nº 48, JARDIM JORDÃO, JABOATAO DOS GUARARAPES - PE  
**Data/hora:** 10/01/2019 - 10:32 **Nº pág.:** 1/1

## GUIA DE ENCaminhamento e TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM COLISAO HA 2 HORAS APRESENTANDO FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO

### EXAME FÍSICO:

x mmHg | Temperatura: °  
HGT: mg/dL | Sat O2: % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

### CONDUTA:

ATB + ANALGÉSIA

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

RX

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** S826 - Fratura do maléolo lateral | Perônio [fíbula], envolvendo

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5595611

### Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Transporte: Ambulância Unidade

05.802.494/0001-41

Transferência Cancelada? NÃO

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA.

15 MAR 2019

Dr. Elder Carvalho  
Ortopedia  
CRM/PE 22023

Dr. ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO  
CRM: 22023

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO. CRM: 22023. Data e Hora: 10/01/2019 10:35:46.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4616



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 04/06/2019 16:15:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060416151677100000045490841>  
Número do documento: 19060416151677100000045490841

Num. 46193369 - Pág. 7

### FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 477531

Data e Hora do Atendimento: 10/01/2019 17:57

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE MAURICIO CONRADO

Prontuário: 112715

Nome da Mãe: MARIA JOSE CONRADO

Nome do Pai: VALDOMIRO CONRADO BARROS

Data do Nascimento: 07/11/1952

Idade: 66 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF: 61029378487

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: FUNDAMENTAL 1A A 4A COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: PEDREIRO

Endereço: RUA CAMPOS DOS GUARARAPES 48

JARDIM JORDAO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54320650

Fone: 988971073

### DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IBURA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 09

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 10/01/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

### SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 10/01/2019 Horas: 15:00

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente: Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e R.G: \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL: C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Solange Lyra  
Faturamento / SAME  
Em: 15 JAN 2019  
CCIH  
Hospital Dom Helder Camara





## HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 477527

Senha da Classificação:

Data e Hora: 10/01/2019 16:55

0026

Paciente: 112715 JOSE MAURICIO CONRADO

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 07/11/1952 Idade: 66 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE CONRADO

Nome do Pai: VALDOMIRO CONRADO BARROS

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: RUA CAMPOS DOS GUARARA -

48

Bairro: JARDIM JORDAO

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: MARIZAMSS

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 61029378487

Data de Emissão:

Fone: 988971072

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

61029378487

## RESUMO DE TRATAMENTO

P: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal:

Paciente refere dor no lado direito  
anterior do tórax com intensidade  
moderada, radiante, que passou  
com o uso de fármacos.

Exame Físico:

Balanço corporal

Tensão arterial regular  
frequente cardíaca regular  
e respiratória à palpação de

ipótese Diagnóstico: Infarto agudo de miocárdio

Fratura de costela (8)

Conduta Terapêutica:

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTD

Prescrição Médica:

(1) Infarto

15 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 907 III, C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

Carimbo/Médico:

Dra. Maria S. L. Almeida Araújo  
CRMPE 22.115-3  
04/06/2019 16:55

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:  
LEITO DO PACIENTE:

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/01/2019 16:39



Nome Paciente: JOSE MAURICIO CONRADO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 07/11/1952  
Sexo: Masculino  
Idade: 66  
Senha: 0026  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Periodo: 10/01/2019 16:45 - 10/01/2019 16:49

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PCT PROVENIENTE DA UPA DO IBURA. SENHA: 5595611. COM RELATO DE DOR EM  
MALEOLO DIREITO, APOS QUEDA DE MOTO. HA + OU - 6 HORAS. ( SIC ).

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):  
- DOR LEVE (1-3/10)  
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- PAD: 90.00 MMHG  
- PAS: 160.00 MMHG

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/01/2019 16:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 04/06/2019 16:15:16  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060416151677100000045490841>  
Número do documento: 19060416151677100000045490841

Num. 46193369 - Pág. 10

## HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Fábio Henrique Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: 112717  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - (X) Não  
Clínica: Ouro Enfermaria: Int Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração:

2 dias fadiga constante com febre baixa

História da Doença Atual:

Resfriado com febre alta  
desde ontem - 2 dias  
dores em fígado (11)

Interrogatório Sintomatológico:

fadiga dores apetite baixo

05.807.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, nr 175, sl 902 BL E

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: José Souza Registro:

Clinica: Onco Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	<u>10/11/19</u>
	<u>17:00</u>
	<u>#Aurunc</u>
	<u>Paupér adentro de casa</u>
	<u>com febre e sono de</u>
	<u>paciente óptimo.</u>
	<u>Ox. 94%</u>
	<u>TTO corpo</u>
	<u>M</u>
	<u>Ura-Metabol. de Nivelado Ativo</u>
	<u>Mulka CRNEPE 25/13</u>
	<u>CRNEPE 25/13</u>
	<u>8/11/19</u>
	<u>#am</u>
	<u>66%</u>
	<u>Sem Agravos</u>
	<u>Resumo anexo</u>
	<u>66% anamnese</u>
	<u>Medicamento</u>
	<u>Pt 12074</u>
	<u>05.802.494/0001-41</u>
	<u>TRACÃO CORRETORA</u>
	<u>DE SEGUROS LTDA</u>
	<u>15 MAR 2019</u>
	<u>Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. L</u>
	<u>C. Boa Vista - CEP: 50.060-010</u>
	<u>REC/IFF-PF</u>
	<u>Banco Itaú Conta</u>

Eduardo B. Gadelha  
Ergonofagista  
Anísia / Marília-SP  
CRM-14889



**HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA**  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001  
Data.....: 11/01/2019  
Hora....: 15:22

Aviso de Cirurgia : 39605  
Paciente : 112715  
Convênio Atend.: 1  
Leito : 622  
Dt. Início : 11/01/2019 15:00 Dt. Fim : 11/01/2019 15:21  
Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

**Ficha de Cirurgia Descritiva**  
Sala : 0001 SALA 01  
JOSE MAURICIO CONRADO  
SUS - INTERNACAO  
LEITO 09

Atendimento : 477531  
Carteira :  
Idade : 66 Anos

**Procedimentos**  
Procedimento: 0408050578 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**  
CIRURGIAO 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO  
ANESTESISTA 8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

**Descrição Cirúrgica :**

FRATURA MALEOLO LATERAL TORNOZELO DIREITO  
CIRURGIA PROPOSTA: OSTEOSINTSE COM PLACA 3,5  
CIRURGIAO: MARCELO MACHADO  
ANESTESISTA: TEREZA

**Descrição**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. GARROTEAMENTO DE MID
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
5. ACESSO POSTERO LATERAL AO TORNOZELO
6. REDUÇÃO ANATOMICA DA FRATURA
7. PLACA 3,5 SEMI-TUBULAR E APOSIÇÃO DE 4 PARAFUSOS CORTICAIS + 02 ESPONJOSOS  
VERIFICADA PINÇA ARTICULAR COM REDUÇÃO ADEQUADA
8. LIMPEZA COM SF0,9%
9. SUTURA
10. CURATIVO
11. RETIRADA DE GARROTE
12. TALA BOTA MID
13. BOA PERFUSÃO DISTAL
14. BOA PERCUSÃO DISTAL

JH - Hospital Dom Helder Camara  
Solange Lira  
Fatima Maria SAME  
Em: 15 JAN 2019

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO  
CRM : 16548

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Igor Maurício Conrado Data: 11/03/19 Hora: 14:15 Registro: 112715  
 Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dra. Marcella M. Anestesiata: Dra. Terezinha  
 Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Laura Tezel

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: TC. Platína + TNT B Início: 14:15 Término: 15:40.  
 Anestesia: Ralgan + Sedasos Início: 14:25 Término: \_\_\_\_\_

**4 - PRE-OPERATORIO:**

Estado Geral:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Bom	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Regular	( <input type="checkbox"/> ) Grave
Nível de Consciência:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Orientado	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Consciente	( <input type="checkbox"/> ) Sonolento
Respiração:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea	( <input type="checkbox"/> ) Entubado	( <input type="checkbox"/> ) Traqueostomizado
Tricotomia:	( <input type="checkbox"/> ) Sim	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	

Chegou no CC em uso de: \_\_\_\_\_

**5 - TRANS-OPERATORIO:**

Posição: Fowler ( <input type="checkbox"/> )	Lateral ( <input type="checkbox"/> )	Dorsal ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Ventral ( <input type="checkbox"/> )	Ginecológica ( <input type="checkbox"/> )
Banco de Sangue ( <input type="checkbox"/> )		Laboratório ( <input type="checkbox"/> )	Radiologia ( <input type="checkbox"/> )	Peça Cirúrgica: Sim ( <input type="checkbox"/> ) _____

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Monitor Cardíaco ( <input checked="" type="checkbox"/> )	PNI ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Bomba CEC ( <input type="checkbox"/> )	Aspirador ( <input type="checkbox"/> )
Colchão Térmico ( <input type="checkbox"/> )	Bisturi Ultrassônico ( <input type="checkbox"/> )	Artroscópio ( <input type="checkbox"/> )	Microscópio ( <input type="checkbox"/> )	Capnôgrafo ( <input type="checkbox"/> )
Bisturi Elétrico ( <input type="checkbox"/> )	Local da Placa _____			
Carro de Anestesia ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Dipropofor ( <input type="checkbox"/> )	Intensificador ( <input type="checkbox"/> )		
Ap. Video ( <input type="checkbox"/> )	Bomba de Infusão ( <input type="checkbox"/> )		Nº ( ) _____	
Oxigênio ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Inicio _____ Término _____			
Protóxido ( <input type="checkbox"/> )	Inicio _____ Término _____			
Gás Carbônico ( <input type="checkbox"/> )	Inicio _____ Término _____			
Outros: _____				

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cânula Orotrequeal: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) _____	Punção Venosa: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) _____
Sonda Vesical de Demora: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) _____	Sonda Gástrica: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) _____
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) _____	
Curativo (Tipo e Local): Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) <u>F.O.</u>	

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: Médicamentos usados 05.802.454/0001-43  
em anexo no prontuário de seguros ltda  
do pt TRAÇÃO CORRETORA  
15 MAR 2011

**6 - OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

Rua das Águas, nº 175, sl 902 bl 10  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
garoto das 14:35 ao 15:10.

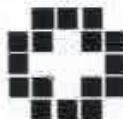
**7 - PÓS-OPERATORIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Narcose ( <input type="checkbox"/> )	Entubado ( <input type="checkbox"/> )	Traqueostomizado ( <input type="checkbox"/> )
Encaminhado para: SRPA ( <input checked="" type="checkbox"/> )	S. InternaçãoA ( <input type="checkbox"/> )	UCOR ( <input type="checkbox"/> )	UTI ( <input type="checkbox"/> ) Aptº ( <input type="checkbox"/> ) Residência ( <input type="checkbox"/> )

Data: 11/03/19 Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeira: Rapaela Circulante: Roxe

CÓD. 38607





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



1. Identificação

Nome:	<i>Ex Mauricio Lacerda</i>	Data:	<i>11/01/19</i>	Hora:	<i>15:30</i>	Registro:	<i>1127115</i>
Leito de origem:	<i>403 - 04</i>						

Leito da SRPA: *Q3*

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia:	<i>TCRUR. Fratura Femoral ①</i>
Tipo de anestesia:	<i>Racemicametomidate + Sevoflax</i>
Equipe:	<i>Dr. Marcelo Mendonça</i>
Anestesista:	<i>De Tereza</i>

3. Admissão

Estado geral: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Bom ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Torporoso ( <input type="checkbox"/> ) Grave
Respiração: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( <input type="checkbox"/> ) Assistida não invasiva ( <input type="checkbox"/> ) Entubado ( <input type="checkbox"/> ) Traqueostomizado
Sonda: ( <input type="checkbox"/> ) SVD ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE
Acesso Venoso Periférico: ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim Onde: <i>MS 15</i>
Acesso Venoso Central: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Onde: _____
Drenos: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) não ( <input type="checkbox"/> ) sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: <i>16 x 87</i> mmHg FR: _____ p/min FC: <i>54</i> p/min SaPO2: <i>94%</i>
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<i>94x65</i>	<i>84x62</i>	<i>94x73</i>	<i>124x86</i>	<i>127x76</i>	
FR	—	—	—	—	—	
FC	<i>62</i>	<i>61</i>	<i>68</i>	<i>64</i>	<i>61</i>	
SaPO2	<i>98-1</i>	<i>96</i>	<i>99-1</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	
Glasgow	—	—	—	—	—	

5. Intercorrências/observações:

*05.802.494/0001-41*  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

*15 MAR 2019*

6. Alta da SRPA

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: *21/01/19* Horário: *18:00* Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

*Tereza C. Silva*  
Anestesiologista  
CRM-8010

CÓD. 38398



Nome: <u>José Maunilio eomndo</u>		Registro: <u>112715</u>	Leito:
Procedimento cirúrgico: <u>POE + EO - linus frat + NZ</u>		Data: <u>11/01/19</u>	Hora:
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade ( )	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler		
	<input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de _____ / ____ h		
2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hidrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: ( ) Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros		
	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros		
	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>241 / 241</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação		
	<input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____ / ____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por _____ h <input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ / ____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento ( ) Local: ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severo	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter reposição no leito em posição: _____		
	<input type="checkbox"/> Manter elevado: _____		
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )			

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

CÓD. 38605

15 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

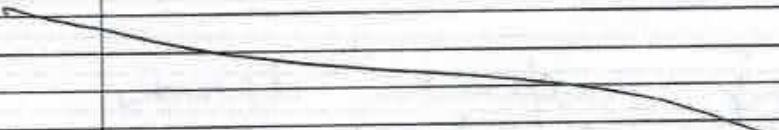
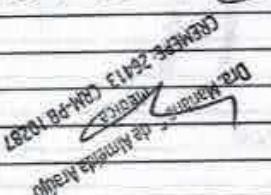




## EVOLUÇÃO CLÍNICA

**Name:** \_\_\_\_\_ **Registro:** \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
	
<p>21.19 <del>Monum</del>      Descrição do      Gw just ele TNE(E)      fo seu e leva      auto onto</p>	
	
<p>05.802.494/0001-      TRACAO CORRETORA      DE SEGUIMENTOS LTDA      15 MAR 2019      Rua da Aurora, nº 173, 51902-010      BORBOREMA - CEP: 50.060-010      RECIFE - PE</p>	



Exame Físico:

Pesca Lote 001  
Tives certo coágulo em fregole  
des de Almoxarife  
S/ segundos ativo choro

Antecedentes Pessoais:

Hipertensão

Medicações em Uso

Lige

Antecedentes Familiares:

MS

Frot. de Maluolo

CATERALC TN 80

Hipótese Diagnóstica Principal:

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Piano Terapêutico:

+ Nutrição  
+ Tratamento

Cabo de Santo Agostinho,

10.1.15

Dra. Mariana S. de Oliveira Araújo  
Assistente Administrativa e Carambo  
Mestrado em Enfermagem  
DREPE-2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE

8.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 MAR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



### IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

#### 1. Identificação

Nome:	<u>José Maurício Gonçalves</u>	Data:	<u>11/03/19</u>	Registro:	<u>112715</u>
Convênio:	<u>SUS</u>	Leito:	<u>14:15</u>		

#### 2. Equipe médica:

Cirurgião:	<u>DMC Manoel Machado</u>	1º auxiliar:			
Anestesista:	<u>DMF Teluza</u>	Instrumentador:	<u>Isaura / Izabel</u>		
Circulante:	<u>Roxa</u>				

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
LAP		
EVAPORTE		
PUNHO DE JOES		
BAS. MMJ T		
MOTOR		
CABEÇA 3,5 (PROSTATO).		
PANETA BI SURGI		
SMARTC.		
05.802.494/0001-41		
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
15 MAR 2019		
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BLC Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE		



PACIENTE:	José Maurício Corrêa			DATA:	11/03/19
CIRURGIÃO:	Dra. Marcella Machado			RG:	112715
ANESTESISTA:	Dr. Fábio			AUXILIAR:	Raquel
CIRURGIA:	TCC. Erradicação de TNZ			ANESTESIA:	
ESTRUMENTADOR:	Adriana / Fabrício			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Thais
CIRCULANTE:	Roxane			COREN:	
ENFERMEIRA:	Rafaela			HORARIO INICIAL:	14:45
				HORARIO FINAL:	15:10
Descrição Material Usado em Sala				Descrição Material Usado em Sala	
<b>AGULHAS</b>					
13X4,5	25X7	25X8	40X12		
/	/	/	/		
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27		
<b>ATADURAS</b>					
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM		
/	/	/	/		
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM			
<b>CANULAS</b>					
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5		
/	/	/	/		
TRAQUEOST 9,0					
<b>CATETER</b>					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16		
/	/	/	/		
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18		
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24			
<b>LIMPADORES</b>					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400		
<b>CURATIVOS</b>					
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX		
<b>EQUIPOS</b>					
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO		
<b>EXTENSORES</b>					
20CM	40CM	60CM	120CM		
/	/	/	/		
<b>LAMINAS</b>					
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20		
/	/	/	/		
STURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6			
<b>LUVAS</b>					
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5		
/	/	/	/		
<b>SERINGAS</b>					
1ML	3ML	5ML	10ML		
/	/	/	/		
20ML	60ML	60ML CATETER			
<b>AVENTAL CIRURGICO</b>					
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO			
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS		
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN		
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA		
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO		
		/	TRACAO CORRETORA		
		/	DE SEGUROS LTD		

15 MAR 2019

CÓD. 38407

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE



## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

**FUND. MARTINIANO FERNANDES**  
Registro: 112715  
Nome: JOSE MAURICIO CONRADO  
Mãe: MARIA JOSE CONRADO  
End.: RUA CAMPOS DOS GUARARAPES  
Enferm.: LEITO 09

Atendimento: 477531

Leito: 622

Dt.Cad: 10/01/2019  
Dt. Nasc: 07/11/1952  
Bairro: JARDIM JORDAO  
Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES  
CNS:

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado
- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- Não
- Sim \_\_\_\_\_

- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
- Não
  - Sim e há equipamento disponível
- Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?
- Não
  - Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos:
- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **Não**
  - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h**
  - Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **Não**
  - Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim **RX**
- Não se aplica

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

**Ho. enem. Fnat. INE**

- Nome do procedimento realizado **Ho. enem. Fnat. INE**
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim** 05.802.494/0001-41
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A** TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **N/A** Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim** RECIFE-PE

**XW**  
Enfermeira  
RECIFE-PE

**05.802.494/0001-41**

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA.

15 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl.902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15.000



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 04/06/2019 16:15:17  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060416151695400000045490846>  
Número do documento: 19060416151695400000045490846

Num. 46193374 - Pág. 8

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	
9. Êmese ( ) Náusea ( )	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal ( ) Diminuída ( ) Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ___/___ h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada 15/15 min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: ( ) Taquicardia; ( ) Palidez cutânea; ( ) Pulso irregular; ( ) Pele fria; ( ) Perda da Consciência Outros	
12. Risco de Infecção (✓)	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: AVP <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações ✓ dor; ✓ calor; ✓ rubor; ✓ edema. <input type="checkbox"/> Outros	
G - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC: Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso Enteral	HGT - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

 Rafael Henrique Enfermeiro CORESP 6345.127		Raquel Godoy D.C.Lima Tec. Enfermagem COREMEPE 975.550	
ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



**SINISTRO 3190202598 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA JOSE MAURICIO CONRADO**

**COBERTURA** invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** JOSE MAURICIO CONRADO

CPF/CNPJ: 61029378487

**Posição em 04-05-2019 08:08:40**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 04/06/2019 16:15:17  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060416151695400000045490846>  
Número do documento: 19060416151695400000045490846

Num. 46193374 - Pág. 10