

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Eu Elizangela Martins de Araújo,
brasileiro, com RG 7661739 SOS,
CPF/MF 078 587 824-60, email, residente
e domiciliado à

AU. Prof. Sizi dos Delfos, 773 - Armação

PE CEP _____, por este instrumento particular de mandato, nomeia e constitui seu bastante procurador, Bel. RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, registrado na OAB/PE sob o nº 23.351-D e o Bel. JAIME MARÇAL DANTAS FILHO, brasileiro, casado, advogado, registrado na OAB/PE sob o nº 33.947, todos com escritório localizado a Rua Helena de Lemos, n. 330, Empresarial da Ilha, Scia 102, Recife/PE, a quem concede amplos poderes para, com a cláusula "ad judicia et extra" representar o outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor, assistente, réu ou em qualquer modo interessado; interpor todos os recursos em direito admitidos, inclusive perante a Superior Instância, variar de ações, requererem medidas preparatórias ou preventivas, e mais os poderes especiais, transair, desistir, firmar acordos, receber, dar quitação, confessar, retirar alvará, representar em audiência, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso, pedir a justica gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e finalmente, praticar todos os demais atos necessários para o bom e cabal desempenho do presente mandato, especialmente para MOVER ACÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITARIA, podendo ainda autorizar seus procuradores supra a requerer os benefícios da Assistência Jurídica Gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93, por último praticar todas as medidas necessárias para o bom e fiel cumprimento de presente mandato, inclusive substabelecer, bem como os poderes especiais para realizar a retirada de alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinete e afins.

Recife, _____ de _____ de _____

Elizangela Martins de Araújo
RG



DECLARAÇÃO DE POBREZA

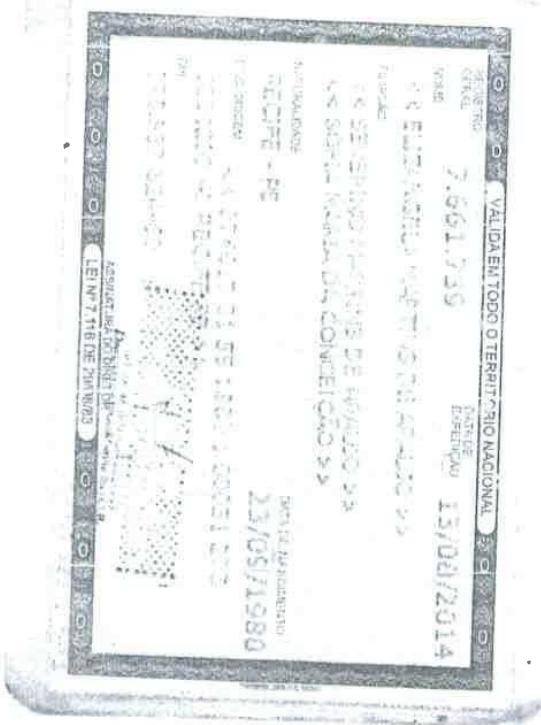
Eu, Elizangela Martins do Araújo,
brasileiro, com RG 7661739 505,
CPF/MF 078 587 824-60, residente e domiciliado à
na Avenida Rio Branco, 773 - Arreias
Recife CEP

declaro sob as penas da lei que não
tenho condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer
custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei
1.060/1950.

Recife, _____ de _____ de _____

Elizangela Martins do Araújo
RG. _____





Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 18/09/2019 17:57:32

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817573211800000050244991>

Número do documento: 19091817573211800000050244991

Num. 51044763 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **16E0321001206**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/09/2016** às **11:28**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/8/2016** às **05:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS, 1** - Bairro: **ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BARRACA DE MARQUINHOS**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ELIZANGELA MARTINS DE ARAUJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ELIZANGELA MARTINS DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SOFIA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **SEVERINO MARTINS DE ARAUJO** Data de Nascimento: **23/9/1980** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7661739/SDS/PE (RG), 07858782460 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
 Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- 986344024

Endereço Residencial: **AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS, 773, 3ª TRAVESSA - CEP: 55000-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/FORD/F4000** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 Placa: **KJB6996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE ESTAVA NA ESQUIUNA DA REFERIDA RUA TRABALHANDO NA BARRACA DE VERDURAS DE MARQUINHOS, QUANDO O CAMINHÃO ACIMA MENICONADO ENTROU NA RUA EM ALTA VELOCIDADE VENDO A ATROPELAR A VÍTIMA QUE FOI ARRASTADA POR ALGUNS METROS PELO



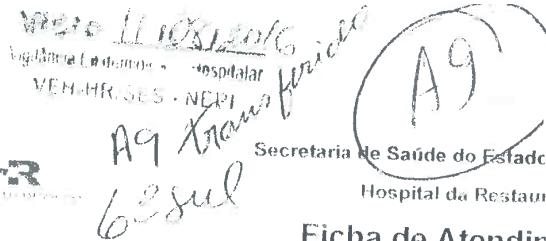
CAMINHÃO, VINDO A SER SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA PARA POLICLINICA AMAURY COUTINHO, MAS FOI LOGO REMOVIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, DANDO ENTRADA NESTE HOSPITAL POR VOLTA DA 09H35 CONFORME REGISTRO N° 683459. O MOTORISTA DO CAMINHÃO SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) neste ato policial

**ELIZANGELA MARTINS DE ARAUJO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RICARDO BARBOSA LEITE - MAT. 221.100-8**





Ficha de Atendimento

Número do Registro

603-3

Transferência

Atendimento 683841		Prontuário: 1554227
Paciente: ELISANGELA MARTINS DE ARAUJO SIC		
Nome Mãe: SOFIA MARIA DA CONCEICAO		
End: AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS		Nº 773 Bairro: ARRUDA Cidade: RECIFE PE
Nascimento: 23/09/1980		Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUL - 6A
Leito: 603-L1		Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
Data e Hora Atendimento: 10/08/2016 13:40		
Atendimento Manual:		
Cod. Paciente: 1554227 Paciente: ELISANGELA MARTINS DE ARAUJO SIC		
Data de nascimento: 23/09/1980 Idade: 35a 10m 17d Sexo: FEMININO		
Estado Civil: UNIÓ CONSEN Profissão: Acompanhante: SEM ACOMPANHANTE		
DOC ID / Data expedição <i>1</i>	Mãe: SOFIA MARIA DA CONCEICAO	Cartão SUS:
Endereço: AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS	Pai: SEVERINO MARTINS DE ARAUJO	Numero 773 Complemento:
Bairro: ARRUDA		UF: PE Telefone: 32419678
Cidade: RECIFE		
Observações:		
Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO Procedência: POLICLINICA AMAURI COUTINHO Informações do Serviço Social: 19/08/16 - Orientado a família, grants os Confirmação de nome: <i>det</i> Seguro Obrigatório de Acidentes (SOVAT) Fones: Confirmação de endereço: <i>det</i> Assistente Social Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Pùblico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 19/08/16 - <i>Detidos club h clube</i> Observação: <i>martins (inive)</i> Assistente Social		
História Clínica: <p><i>Pt encaminhado da UPA de Camim. do Sá, vítima de queda de altura com posterior arrastamento por caminhão há 5 horas. Naquele momento o paciente era intubado e estabilizado crítico. Pt com lesões intensas nas costelas.</i></p> <p><i>B) Sustento bem no ambiente sig. Ambiente. Sustento desconf. neg?</i></p> <p><i>C) Auscultar o peritonismo fisi</i></p> <p><i>D) CEG: 2+, Ativ. Anest. de M&C, Pup. Profund.</i></p> <p><i>E) Múltiplos traumas em Abd. Herói expositivo. C/ sangue na pelve e no rev. Frontal.</i></p>		
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Mão D. 2 Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por: <i>AMBULÂNCIA</i> Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		
Exame Físico: A: Geral: Via aérea está pélvica. Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: <i>10.08.16</i> B: Respiratório C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm		

(continuação)

L: MV D, diminuído em base pulm. D: 51/20.
(V: 221 Bpm).

Membros: orbita à palp. inchaços.

Aparece repercutindo dor no tórax superior pelas escápulas + mamárias.



D. Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Verbal Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Motora Escore: _____ Hora: _____
E. Exposição/Abdômen:		
Diagnóstico Inicial: <i>Pelotrauma - Fratura de MI?</i>	<i>TCC UVZ</i>	Cod. Procedimento <input type="text"/>
Conduta: <i>Solicito Rotina Radiológica de Pelotrauma (Rx de Coluna cervical; TAC torax e Abd c/ contraste; Rx de盆ve; TAC crânio/s/contraste; Rx de Fazito E; TAC da base da crânio - Solicito Reservar e tipagem de Sangue.</i>		Ass. Médico <i>João Paulino da Almeida - CRM 4131</i>

Evolução de Enfermagem:	<i>QURATIVO 08/16</i> Data: <i>08/08/16</i> Assinatura: <i>[Signature]</i>	Ass. Enfermagem <input type="text"/>
-------------------------	--	---

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica. Transferido para: _____	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 10-Aug-16

ACB 10-08-16 14:20h
Não tem despesa ou
bonito
TAC da crânio cervical
OR: occ 15, hem pares
ER: Alta ver
internado
ST



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

10/08/2016 09:29

	Nome Paciente:	ELISANGELA MARTINS DE ARAJO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Feminino
	Idade:	35
	Senha:	U0009
	Convênio:	-
	Atendimento:	

10/08/2016 09:29 - FRANCISCO AMORIM BARROS - COREN: 114379 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Doença Principal: PCT COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO HÁ CERCA DE 24H, COM RELATADO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

Observação: SENHA: 4978299

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- PERFUSAO CAPILAR: 2.00 %
- REGUA DE DOR: 4
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FRANCISCO AMORIM BARROS
Data: 10/08/2016 09:29





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Enfermaria/Leito



Registro

Objeto de manto de Almofada.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

11/08/16 TRAUMATOLOGIA
19:36h

Fratura cíndola do
dimples (fractura feccal)

No b^o andar para
atendimento cirúrgico

Aux feita

Veredino Lobo
Médico Traumatologista
CRM 11231 REG 7062

CURATIVO
Data: 12/08/16
Assinatura: Joyce

12/08/16 Treit

KID: Rictus do riso e
Grau III com palmar preencher
diretor da esquerda

AS - TCO curado

Aplicando veipu 1/6° gelo.
OU roga HOST Curado



11/08/16 m tr 150 x 100 m mmhs

17



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Paciente:

Enfermaria/Leito

Registro:

Elyanele Braga
Barros
Anselmo

EVOLUÇÃO CLÍNICA

14-08-16 Neurocirurgia *(Concelo)*

15/08/16 Fazendo coceira e urinando
muito, muita

EP: VPM

16/08/16 Fazendo farts
Fazendo xixi, xixi
xixi.

VPM.
Círculo Vermelho

17/08/16 Fazendo farts
Fazendo xixi, xixi, xixi, xixi
CD: VPM
Círculo Vermelho

17/08/16 Enfermagem 6º sul

Paciente trazido com ECO, consciente orientada,
lipsílica, afibril, memória intacta, normotensa, não
dolorida, eliminações fisiológicas, alimenta-se, aceita
dieta V.O., com AVP, com fratura em MFC, HSO, DPO
alergias, proviniente da C.A, segue em observação
e aguardando consultas médicas.

Milena Rosa Nunes
Enfermeira
COREL-PB 2014-386



Evolução Médica: Traumatologia

NOME: ELIZANGELA MARTINS

ENF: 603.3

DATA: 18/08/2016

HD: FRATURA DE TNZ ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL. SEM QUEIXAS.

AO EXAME: BEG, LOTE, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES E NORMAIS.

CONDUTA

1. AGUARDA VAGA PARA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE CONVENIO
2. DEMAIS MANTIDAS

Lucia
Dr. Luciano G. de Figueiredo
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CREMEPE - 24351

Evolução Médica: Traumatologia

NOME: ELIZANGELA MARTINS

ENF: 603.3

DATA: 19/08/2016

HD: FRATURA DE TNZ ESQ

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL. SEM QUEIXAS.

AO EXAME: BEG, LOTE, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES E NORMAIS.

CONDUTA

1. TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE CONVENIO

Lucia
Dr. Luciano G. de Figueiredo
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CREMEPE - 24351



<input type="checkbox"/> Monitorização <input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopio <input checked="" type="checkbox"/> Oximetro <input checked="" type="checkbox"/> PNI <input checked="" type="checkbox"/> Sonda Vesical <input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Esret. Pre-Cordial <input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Swan-Ganz <input type="checkbox"/> Analisador Gases <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus
--	--

<input type="checkbox"/>	Encaminhado
<input checked="" type="checkbox"/>	Acordado
<input type="checkbox"/>	Sonolento
<input type="checkbox"/>	Intubado
<input type="checkbox"/>	Destino
<input type="checkbox"/>	ORBA
<input type="checkbox"/>	Apart / Ent
<input type="checkbox"/>	UTI
<input type="checkbox"/>	Externo

Interconexão	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Descrever:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Observações		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

Felix 15732
Assinatura do anestesista

July 1, 1969

600-0084



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 18/09/2019 17:57:32

Assinado eletronicamente por Rodrigo Alves Dias - 18/09/2019 17:57:32

<https://pje.tjpe.jus.br:443/pg/Processo/ConsultaDocumento>

Núm. 51044763 - Pág. 13



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Chico José dos Anjos

Enfermaria/Leito

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Cirurgia 10/08/16 às 14:40

Durante o atendimento clínico, o paciente é transferido para enfermaria e clínica.

O paciente é um homem, de 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes melito, e infarto agudo do miocárdio.

Na admissão, o paciente apresentava quadro de dispneia, tachicardia, e pressão arterial elevada.

Os exames laboratoriais mostraram níveis elevados de glicose no sangue, urina, e urinógrafo.

O tratamento consistiu na realização de uma cirurgia de angioplastia coronária, que resultou em melhora significativa das condições do paciente.

O paciente foi transferido para enfermaria e clínica.

Assinatura: Chico José dos Anjos

Assinatura: Chico José dos Anjos

Assinatura: Chico José dos Anjos

Sérgio de Oliveira
Cirurgião Aparato Digestivo
CRM - 6744



Hospital da Restauração / Neurocirurgia
Evolução de Enfermagem



Paciente :

Elessandra Martins

Data : 11/08/16

Enfermaria:

Leito :

Hipótese Diagnóstica :

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal		Total : 15 pontos.
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descobre.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Franquel :		
A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais :			
Venóclise: <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso.			
Dieta <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta			
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a dias <input type="checkbox"/> Diarréia			
Diurese <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto :			
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória: Data da Cirurgia: / / <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito			
Localização : _____ Localização : _____ Estágio : _____			
Queixas : _____ Exames : _____			
Pareceres : _____			
Observações (Diurnas / Noturnas) : <i>(ciclos) eletrocautéria da fricção</i>			
Ass. <i>Angela Maria Olegário</i> <i>Enfermeira COREN 52024 PSF/Emergência</i>			

Data : 12/08/2016

Abertura Ocular	Resposta Verbal		Total : 15 pontos.
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descobre.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Franquel :		
A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais :			
Venóclise: <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso.			
Dieta <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta			
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a dias <input type="checkbox"/> Diarréia			
Diurese <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto :			
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória: Data da Cirurgia: / / <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito			
Localização : _____ Localização : _____ Estágio : _____			
Queixas : _____ Exames : _____			
Pareceres : _____			
Observações (Diurnas / Noturnas) : <i>completar extensão da cirurgia</i>			
Diurno : <i>fricção</i> Ass. <i>(Assinatura)</i>			

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neorocirurgia

Evolução de Enfermagem



PERNAMBUCO

ESTADO DO PERNAMBUCO

Paciente: Elizangela Marinho de Araújo Data: 15/08/16
 Enfermaria: Arruda Leito: A-05 Hipótese Diagnóstica: Trauma de crânio e

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total:
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descoreb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Franquel:	Total: <u>15</u> pontos
A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente		
Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais:		
Venoclise: <input type="checkbox"/> AVP	AVC: <u>JH</u>	Sem Acesso.
Dieta:	B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).	
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input checked="" type="checkbox"/> Constipação a _____ dias	Gastostomia: <input type="checkbox"/>	Gavagem: <input type="checkbox"/> Aberta: <input type="checkbox"/>
Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário	SVA: <input type="checkbox"/>	SVD: <input type="checkbox"/> Aspecto:
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada	Úlcera de decúbito	
Observações (Diurnas / Noturnas): <u>Tela cervical em MIE</u>	Ass: <u>22/08/16</u>	

Data: 16/08/16

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total:
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descoreb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Franquel:	Total: <u>15</u> pontos
A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente		
E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).		
Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais:		
Venoclise: <input checked="" type="checkbox"/> AVP	AVC: <u>JH</u>	Sem Acesso.
Dieta:	B - Apenas sensibilidade preservada	
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input checked="" type="checkbox"/> Constipação a _____ dias	Gastostomia: <input type="checkbox"/>	Gavagem: <input type="checkbox"/> Aberta: <input type="checkbox"/>
Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário	SVA: <input type="checkbox"/>	SVD: <input type="checkbox"/> Aspecto: <u>Endotraqueal</u>
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada	Úlcera de decúbito	
Observações (Diurnas / Noturnas): <u>Até 15/08/16</u>	Ass: <u>16/08/16</u>	

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013



**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO**

Paciente:	<i>Elizangela martins</i>	Registro:	Data: <i>18/08/16</i>	Hora:
Leito:	<i>603 - 3</i>	Idade:		
Alergia:		HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
 Padrão Cognitivo: Consciente () Sonolento () Torpor () Coma Orientado () Desorientado () Confuso
 2. Hidratação/Mucosas: Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local:
 Mucosas: Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
 3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
 4. Sono/Repouso: Concilia () Não Concilia
 5. Sistema Respiratório: Espontâneo () Venturi---% () Catéter O2 () TQT
 9. Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:
 Sistema cardiovascular: FC () Normal () Bradicardia () Taquicardia
 Acesso Venoso: Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: *15E* Funcionado em: *17/08/16*
 Trocar em:
 7. Dieta: Via Oral () SNG () SNE () Zero
 SNG () Aberta Drenagem: ml Aspecto:
 8. SGI: Abdomen: Flácido () Globoso () Tenso
 Diurese: Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD-Aspecto:
 Eliminações Intestinais: () Normais () Constipado dias () Diarréia Episódios () Êmese Episódios
 9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear Tala gessada () Gesso
 Local: *15E*
 TRM: () SIM NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
 DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
 10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local:
 () Equimose () Hematoma Local:
 Úlcera de Pressão: Localização Estágio:
 Curativo: () Simples () Especial
 Perfusion Periférica: Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
 Tubos/Drenos: () Pen Rose () Succção () Torácico Local: Drenagem: () Hemática () Hialina ml
 OBS:
 11. Cirurgia: ATB terapia:

12. OBS:
*Aguardando transferência p/hospital de
 Convenio.
 Transferida às 14h.*

OBS:

Enfermeiro Diurno:	<i>Vinicius Enfermeiro COREN 127421</i>
ACOMPANHAMENTO: CRM Lucila Fernandes ENFERMEIRA - CRM - 101 <i>127421</i>	Enfermeiro Noturno:





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO**

Paciente:	<i>Elisângela Martins de Paiva</i>	Registro:	683841	Data:	18/08/2016	Hora:	10:28
Leito:	603-03	Idade:					
Alergia:		HAS	()	DM	()		

1. Estado Emocional: Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
 Padrão Cognitivo: Consciente () Sonolento () Torpor () Coma Orientado () Desorientado () Confuso
 2. Hidratação/Mucosas: Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local:
 Mucosas: Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
 3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
 4. Sono/Reposo: () Concilia Não Concilia
 5. Sistema Respiratório: Espontâneo () Venturi ---% () Catéter O2 () TQT
 Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:
 6. Sistema cardiovascular: FC Normal () Bradicardia () Taquicardia
 Acesso Venoso: Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: MSE Punctionado em: *18/08/16*
 Trocar em:

7. Dieta: Via Oral () SNG () SNE () Zero
 NG () Aberta Drenagem: ml Aspecto:

8. SGI: Abdomen: Flácido () Globoso () Tenso
 Diurese: Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermittente () SVD Aspecto:
 Eliminações Intestinais: Normais () Constipado dias () Diarréia Episódios () Êmese Episódios

9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear Ala gessada () Gesso
 Local: MSE

10. TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
 DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa

10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local:
 () Equimose Hematoma Local: *Região orbital esquerda*
 Ílcera de Pressão: Localização Estágio:
 Curativo: Simples () Especial
 Perfusion Periférica: Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
 Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: Drenagem: () Hemática () Hialina ml
 OBS:

11. Cirurgia: ATB terapia:

12. OBS:

*Paciente não consegue dormir por conta dos dores.
 ATIPIQUAIS*

*Enfermeiro Noturno: *Viviane Alves Dias*
 COREN 127435*

OBS: Refere não conciliar sono





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neorocirurgia
Evolução de Enfermagem

**PERNAMBUCO**

Paciente :

Eliangela Martins

Data : 13/08/16

Enfermaria:

Leito :

Hipótese Diagnóstica :

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descoreb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Franquel :	Total : _____ pontos
A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente	B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).	C - Motricidade não funcional presente
Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros	Quais:	
Venoclise: <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH		<input type="checkbox"/> Sem Acesso.
Dieta		
<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE
<input checked="" type="checkbox"/> Via Oral	<input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> Gastrostomia
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias	<input type="checkbox"/> Diarréia	
Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD	Aspecto:	
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada		
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito	
Localização:	Localization:	Estágio:
Queixas:		
Exames:		
Pareceres:		
Observações (Diurnas / Noturnas): <i>Atividade</i>	<i>Angela M. S. Cruz</i>	
<i>Atividade</i>	Ass.: <i>Entrevista 26/8</i>	
<i>Atividade</i>		

Data : 14/08/16

Rx TNZ

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input checked="" type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descoreb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Franquel :	Total : 15 pontos
A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente	B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).	C - Motricidade não funcional presente
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros	Quais:	
Venoclise: <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> JH		<input type="checkbox"/> Sem Acesso.
Dieta		
<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE
<input type="checkbox"/> Via Oral	<input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> Gastrostomia
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias	<input type="checkbox"/> Diarréia	
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD	Aspecto:	
Pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada		
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito	
Localização:	Localization:	Estágio:
Queixas:		
Exames:		
Pareceres:		
Observações (Diurnas / Noturnas): <i>Atividade</i>	<i>J</i>	
Diurno: <i>tenho sono em</i>	Ass.: <i>J</i>	

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013

Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 18/09/2019 17:57:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817573211800000050244991>

Número do documento: 19091817573211800000050244991



PERNAMBUCO
GOVERNADOR ESTADO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E DE APLICAÇÃO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
- D- <u>fat</u> <u>fat</u>			
- <u>5</u> <u>fat</u> <u>fat</u> <u>fat</u>			
- D- <u>fat</u> <u>fat</u> - at FA + AD EV 6/8 L			
- <u>Tenoxicam</u> <u>25</u> - Cl FA + AD EV 12 (12) (cada 12)			
- <u>Omeprazol</u> <u>20</u> - Cl FA + AD EV 12 (12) (cada 12)			
- <u>Platifat</u> <u>20</u> ON FA + AD EV 8/24 LN			
- <u>SSN</u> <u>1</u> + <u>CCG</u>			
- <u>Tadac</u> <u>fat</u>			
- <u>Ornithine</u> <u>20</u> <u>mg</u> <u>amp</u> <u>VO</u> <u>10ml</u>			
TIBAO TESTIMONIAL APR 2010			

CUIDADOS

ASSINATURA DO MÉDICO

SOLICITUD DE GRÁFICA HOSPITALAR ALTO NIVEL



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 18/09/2019 17:57:32

Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 18/09/2019 17:57:32
<https://pie.tina.ius.br:443/1c/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817573211800000050244991>

Número de documento: 1809181753211800000050244891

Num. 51044763 - Pág. 20



CRÍCOES DE ENFERMAGEM E CON

Paciente : Eduardo Mariano

Enf / Leito : A-09 Registro : 68 3459

PREScrição DE ENFERMAGEM

(✓) Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)
(✓) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
(✓) Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
(✓) Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
(✓) Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
(✓) Cateterismo Intermittente (6 em 6 horas e se necessário)

SINAIS VITais	HORÁRIO
Freqüência Cardíaca	(10) 16 22
Freqüência Respiratória	10 16 22
Temperatura	10 16 22
Pressão Arterial	(10) 16 22
ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE EMERGÊNCIA	ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE EMERGÊNCIA

卷之三

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
2866	Alex M. S.			
85	100	90		
78	80	101		
76	80	20		
129 x 93	130 x 30	130 x 740		
155 x 80				

33464

PREScrições de ENFERMAGEM e CONTROLE DE APlicação

Paciente : Elizangela Enf / Leito : _____ Registro : _____

DIA : 10/08 DIA : 11-08-16 DIA : 12-08-16 DIA : 13-08-16 DIA : 14-08-16

PREScrição de ENFERMAGEM

- () Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)
- () Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
- () Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
- () Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
- () Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
- () Cateterismo Intermittente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

Angela M. S. Cruz

COREN : PE-262

SINAIS VITais

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
(10) +	80	71	72	80
16				
22	77	83	78	
(10) +	78	79	80	79
16				
22	79	80	78	
10	35.	41	35.	
16				
22	130X80	140X80	130X90	150X100
16				
22	130X90	140X90	130X90	150X100

Assinatura do Auxiliar / Técnico de Enfermagem

Elizangela
COREN : PE-262

Angela
COREN : PE-262

Bruno
COREN : PE-262

Carolina
COREN : PE-262

Flávia
COREN : PE-262

Isabel
COREN : PE-262

Juliana
COREN : PE-262

Letícia
COREN : PE-262

Thiago
COREN : PE-262



Registro de Enfermagem

Paciente:

Plantão Diurno Data: 10/08/16	Plantão Diurno Data: 10/08/16	Plantão Diurno Data: 10/08/16	Leito: Pac. GCR Consi Avulta Onicite do SSSWista Av. P/ V Av. Jardim Av. dos Mossoró Av. São Francisco
Pac. GCR Consi Avulta Onicite do SSSWista Av. P/ V Av. Jardim Av. dos Mossoró Av. São Francisco	Pac. GCR Consi Avulta Onicite do SSSWista Av. P/ V Av. Jardim Av. dos Mossoró Av. São Francisco	Pac. GCR Consi Avulta Onicite do SSSWista Av. P/ V Av. Jardim Av. dos Mossoró Av. São Francisco	Pac. GCR Consi Avulta Onicite do SSSWista Av. P/ V Av. Jardim Av. dos Mossoró Av. São Francisco
Ass. Tec/Aux: <u>Wiliam</u>	Ass. Tec/Aux: <u>Wiliam</u>	Ass. Tec/Aux: <u>Wiliam</u>	Ass. Tec/Aux: <u>Wiliam</u>
Ass. Tec/Aux: <u>Wiliam</u>	Ass. Tec/Aux: <u>Wiliam</u>	Ass. Tec/Aux: <u>Wiliam</u>	Ass. Tec/Aux: <u>Wiliam</u>



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: ELIZANGELA MARTINS DE ARAUJO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA CITADA ESTEVE INTERNADA EM NOSSO SERVICO, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA CITADA NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (TRINTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S 82.5 / S82.6

DATA DE INTERNAMENTO: 19/08/2016

DATA DO PROCEDIMENTO: 26/08/2016

DATA DE ALTA: 28/08/2016

CONSULTA DE RETORNO: 09/09/2016 ÀS 07H
MÉDICO ASSISTENTE: DR ODILMAR BARBOSA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 28/08/2016.

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel: (81) 3482-9888 • www.hmpe.com.br



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 18/09/2019 17:57:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817573211800000050244991>
Número do documento: 19091817573211800000050244991

Num. 51044763 - Pág. 24

SINISTRO 3160625183 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIZANGELA MARTINS DE ARAUJO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA
S/A

BENEFICIÁRIO ELIZANGELA MARTINS DE ARAUJO
CPF/CNPJ: 07858782460

Posição em 09-12-2016 13:19:23

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.712,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
12/12/2016	R\$ 3.712,50	R\$ 0,00	R\$ 3.712,50



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 18/09/2019 17:57:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817573211800000050244991>
Número do documento: 19091817573211800000050244991

Num. 51044763 - Pág. 25