

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Eu, Elizângela Martins de Araújo
brasileira, com RG 7661739 S03
CPF/MF 078 587 824-60, email, _____ residente
e domiciliado em Av. Prof. Sizi dos Santos, 773 - Arruade
PE CEP _____, por este instrumento particular de

mandato, nomeia e constitui seu bastante procurador, Bel. RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, registrado no 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, Sala 102, Recife/PE, a quem concede amplas 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, requerer medidas preparatórias ou preventivas, e mais os poderes especiais, transigir, 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 justiça 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 AÇÃO 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 _____

Elizângela Martins de Araújo
RG _____



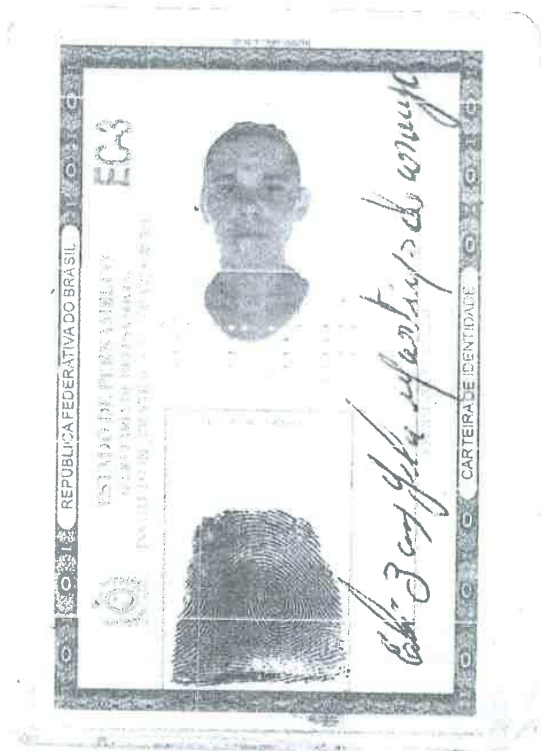
DECLARAÇÃO DE POBREZA

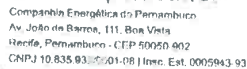
Eu, Elizangela Martins do Nascimento
brasileira
CPF/MF 078.587.824-60, com RG 7661739 505
na Av. Prof. Sze dos Anjos, 773 - Azeiteira
Recife CEP _____, residente e domiciliado à
tenho condições de arcar com custos processuais, bem como quaisquer
custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requero os benefícios da assistência judiciária Gratuita nos termos da lei
1.060/1950.

Recife, ____ de ____ de ____

Elizangela Martins do Nascimento
RG. _____









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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0321001206**

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

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 ESQUINA DA REFERIDA RUA TRABALHANDO NA BARRACA DE VERDURAS DE MARQUINHOS, QUANDO O CAMINHÃO ACIMA MENCIONADO ENTROU NA RUA EM ALTA VELOCIDADE VINDO 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 Nº 683459. O MOTORISTA DO CAMINHÃO SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO.

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

ELIZANGELA MARTINS DE ARAUJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RICARDO BARBOSA LEITE - MAT. 221.199-8**



11/08/2016
VEN. HR. SES. NERI
A9 Transferência
62 sul

A9

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 TRAUMATOLOGIA
Data e Hora Atendimento 10/08/2016 13:40

Secretaria de Saúde do Estado
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro 603-3 Transferência

683459	Data e Hora de Atendimento: 10/08/2016 09:37	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
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: UNICO CONSENTE	Profissão:	Acompanhante: SEM ACOMPANHANTE
DOC ID / Data expedição: /	Mãe: SOFIA MARIA DA CONCEICAO	
	Pai: SEVERINO MARTINS DE ARAUJO	
Endereço: AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS	Cartão SUS:	
Bairro: ARRUDA	Numero 773	
Cidade: RECIFE	Complemento:	
Corrências:	UF: PE	Telefone: 32419678
Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO		
Procedência: POLICLINICA AMAURI COUTINHO		
Informações do Serviço Social: 19/08/16 - Orientação a família, quanto ao		
Confirmação de nome: ok	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço: ok		
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. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação: mantendo (unidade)		

História Clínica:
Paciente encaminhada da UPA de Cordeiro ao Samu, vítima de queda de pequena altura com posterior amontamento por caminhada há 5 horas. Não houve de cont. após trauma.
Exame: A VA útero; coluna cervical estabilizada com collar. R+relato de dor intensa nos membros.
1) Situação com ambiente tipo 4 ambiente. Sinais de descomp. resp?
2) Ausência de comprometimento físico
3) ECG: 34, Abnorm. Ausência de MLC; Pq: 170 bpm.
4) Múltiplos hematomas no abd. dorso eretivo. El. de dor no abd. anterior em reg. Frontal D).

Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por Quê?		

Exame Físico:			
A. Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tempo
B. Respiratório			
C. Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm	

(continuação)
E. MV 3, diminuído em Base subm. D. S/R.
(V. 22.1 BWT 11.1).
Membros: dorso 2 palp. 3 repetições.
Apesar de repulso de dorso em base difusa pelas escavagões + transmissões.

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:
Exposição/Abdômen:					
Diagnóstico Inicial: Politrauma - TCC BV2				Cod. Procedimento	
Condução: Solicito Rotina Radiológica de Politrauma (Rx de Col. cervicor; TAC Tórax e Abd c/ contraste; Rx de Pelve; TAC crânio S/ contraste; Rx de Joelho E; TAC de coluna cervical - Solicito Reservas e tipagem de sangue.				Ass. Médico	
				João Paulino D'Albuquerque Junior CIRURGIÃO CRM 4131	

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
<p style="text-align: center;">CURATIVO</p> <p style="text-align: center;">Data: 11/08/16</p> <p style="text-align: center;">Assinatura: [assinatura]</p>	

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 nosocômio, 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

PRC 10-08-16 19:20h
 não teve demais em
 óbito

TAC do crânio cervical
 CT: ECC 15, sem fraturas
 e Alta por

Assinatura: [assinatura]



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

Queixa Principal:

PCT COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO HÁ CERCA DE 24H, COM RELATDO 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
- ESCLA 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



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Georgede marta de Araujo.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

1/08/16 TRAUMATOLOGIA

192368

fratura cindida do
tornozelo esquerdo (fechado)

As sonda para
tratamento uniaxial ativo

Ata feita Joana

Carolina Lobo
Anexo 1/2016
CPM 11/2016

CURATIVO
Data: 12/08/16
Joyce
Assinatura

12/08/16 Tumor
R.D. Rottum de boque e
Anexo 1/2016, pessão pessão
recesso de sobre

AD: TCO euniper
Cupulido vagon 1/6º anexo
Ob vga HOSP (bueno)



11/08/16 m 12 150 x 100 mm





Paciente:

Enfermaria/Leito

Registro:

Elyzangela Araújo

Unidade
Amarela

EVOLUÇÃO CLÍNICA

14-08-16 Neurocirurgia **Cancelado**

15/08/16 Exame com exame físico e AUA
exame, met

ED: VPM

16/08/16 Exame físico e AUA
Exame com exame físico e AUA

VPM.
Cirurgia Quirúrgica

17.08.16 Exame físico e AUA
Exame com exame físico e AUA

ED: VPM

Cirurgia Quirúrgica

17/08/16 Enfermagem 6º - nul

Paciente evolui com ECG, consciente e orientada, sem febre, afilil, memórias, normotensa, não deambulando, eliminações fisiológicas, dieta V.O., com AVP, com fratura em NFE, HASTOPNEIA, alergias, próximo da E.A., segue em observação e aguardando conduta médica.

Milena Rosa Torres
Enfermeira
COREN-PE 134.385



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


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


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



FICHA DE ANESTESIA

Data

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Nome do Paciente	Edi Damascena	Sexo	Cor	Idade	Risco
CRM	Nome do Anestesiologista	Nome do Cirurgião			
Indicação Pré-anestésica	Urgência <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				

10732 Pac Cirurgião

coluna + Apex Cordal

<p>Abdione</p> <p>Julio BAO</p> <p>(1554227)</p> <p>35 anos</p>	<p>Drogas Usadas</p> <p>Quantidade</p>
<p>Técnica Anestésica</p> <p>Angulada</p> <p>ritmo</p>	

<p>Monitorização</p> <p><input type="checkbox"/> BIS</p> <p><input type="checkbox"/> Cardioscópio</p> <p><input type="checkbox"/> Temperatura</p> <p><input type="checkbox"/> Oxímetro</p> <p><input type="checkbox"/> Swan-Ganz</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PNI</p> <p><input type="checkbox"/> Analisador Gases</p> <p><input type="checkbox"/> Sonda Vesical</p> <p><input type="checkbox"/> PVC</p> <p><input type="checkbox"/> Capnógrafo</p> <p><input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Elet. Pré-Cordial</p> <p><input type="checkbox"/> Linha Arterial</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p> <p><input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus</p>	<p>Encaminhado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Acordado</p> <p><input type="checkbox"/> Sonolento</p> <p><input type="checkbox"/> Intubado</p> <p>Destino</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORPA</p> <p><input type="checkbox"/> Apart / Ent</p> <p><input type="checkbox"/> UTI</p> <p><input type="checkbox"/> Externo</p>	<p>Intercorrência <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Descrever</p> <p>Observações</p> <p>Assinatura do Anestesiologista</p> <p>10732</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

COD. 0081





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Elisângela Martins Araújo

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Cirurgia 10 08 16 às 14:40

Paciente em anest. geral e cl. ab.
em litotômica

60 kg, 1,60 m, 38 anos

pr. - RCT, F. C. 2016

pr. - J. L. 2016

o abdome flácido, sem sinais de irritação
peritoneal, sem sinais de fístula, F. H. A.

CT CAVAS normal

CT abdome normal

CT torax - alveares em área distal m.
pulmão e T.P.

Gravida

Shub RX - litotômica

Artur de Fátima

Sérgio de Oliveira
Cirurgia Aparelho Digestivo
CRM - 6744





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neorocirurgia

Evolução de Enfermagem



PERNAMBUCO

Paciente: Elisângela Martins

Data: 11.8.16

Enfermaria: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)

Total: 15 pontos

IRM ☐ Sim ☒ Não

Franquel: _____

A - Perda motora e sensitiva completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dieta

☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas/Noturnas): ex. energia elétrica de tremor

Ass: _____

Angela Maria Glegano
Enfermeira
COREN 52024
PSF/Emergência

Data: 12/08/2016

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)

Total: 15 pontos

IRM ☐ Sim ☐ Não

Franquel: _____

A - Perda motora e sensitiva completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☒ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dieta

☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Íntegra ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: FX T2 Localização: Ex Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas/Noturnas): com taxa extra de 100ml de urina

Diurno: 7h30 Ass: _____

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel

COD: 0013



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

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

Número do documento: 19091817573211800000050244991



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neorocirurgia

Evolução de Enfermagem



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente: Elisângela Maria de Araújo

Data: 15/08/16

Enfermaria: Amarela Leito: A-05 Hipótese Diagnóstica: Fratura de tornozelo E

Glasgow		
Abertura Ocular <input 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.)	Resposta Verbal <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 (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos		
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não A - Perda motora e sensível 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 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"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> Aspecto: _____ Pele: <input type="checkbox"/> Inteira <input checked="" 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): <u>Alta para casa em 15/08/16</u> <u>Dia 01 Curativo</u>		
Ass: <u>[Assinatura]</u>		

Data: 16/08/16

Glasgow		
Abertura Ocular <input 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.)	Resposta Verbal <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 (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos		
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não A - Perda motora e sensível 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"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <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 <input type="checkbox"/> Aspecto: <u>em melhoras</u> Pele: <input type="checkbox"/> Inteira <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): _____ Diurno: _____		
Ass: <u>[Assinatura]</u>		

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel

COD. 0013



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

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

Número do documento: 19091817573211800000050244991



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

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

Paciente: <u>Elizângela Martins</u>	Registro:	Data: <u>18/08/16</u>	Hora:
Leito: <u>603-3</u>	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: hse Puncionado 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: hse

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

Perfusão Periférica: ☒ Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose

Fubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: Drenagem: () Hemática () Hialina ml

OBS:

11. Cirurgia: ATB terapia:

12. OBS: Aguardando transferência p/hospital de
convênio.
transferência cas jth.

OBS:

Enfermeiro Diurno:

Viviana Alves
Enfermeira
COREN 127421

ACOMPANHAMENTO - CCM

Lucila Fernandes

ENFERMEIRA - CCM - JH

Enfermeiro Noturno:





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

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

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

1. Estado Emocional: (X) Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
 Padrão Cognitivo: (X) Consciente () Sonolento () Torpor () Coma (X) Orientado () Desorientado () Confuso
 2. Hidratação/Mucosas: (X) Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local:
 Mucosas: (X) Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
 3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
 4. Sono/Repouso: () Concilia (X) Não Concilia
 5. Sistema Respiratório: (X) Espontâneo () Venturi---% () Catéter O2 () TQT
 (X) Lúpneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:
 6. Sistema cardiovascular: FC _____ (X) Normal () Bradicardia () Taquicardia
 Acesso Venoso: (X) Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: MSE Puncionado em: 14/03/16
 Trocar em:
 Dieta: (X) Via Oral () SNG () SNE () Zero
 NG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto:
 SGI: Abdomen: (X) Flácido () Globoso () Tenso
 Diurese: (X) Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto:
 Eliminações Intestinais: (X) Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios
 9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear (X) Tala gessada () Gesso
 Local: MSE
 TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
 DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
 10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local:
 () Equimose (X) Hematoma Local: Região orbital esquerda
 Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio:
 Curativo: (X) Simples () Especial
 Perfusão Periférica: (X) 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 deambular por conta das dores.
AIH p/ transferência
Elisângela Martins de Araújo
Enfermeira
18/03/2016
10:28
Adm. de enfermagem
 OBS:
Refe. não concilia sono
 Enfermeiro Noturno: Viviana Amorim
Enfermeira
COREN 127434



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

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

Número do documento: 19091817573211800000050244991



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neorocirurgia

Evolução de Enfermagem



PERNAMBUCO

Paciente: Elisângela Martins

Data: 13/08/16

Enfermaria: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow		
Abertura Ocular <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.)	Resposta Verbal <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 (decor. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos		
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 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 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 type="checkbox"/> Gavagem <input checked="" type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Aberta Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarreia Diurese <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____ Pele: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Lesionada <input type="checkbox"/> Ferida Operatória Data da Cirurgia: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____ Queixas: <u>fratura tornozelo</u> Exames: _____ Pareceres: _____ Observações (Diurnas / Noturnas): <u>Desm. 12/08/16</u> <u>Ana Amorim</u> Ass: <u>Angela M. S. Cruz</u> 268		

Data: 14/08/16

15 14/08/16

Glasgow		
Abertura Ocular <input 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.)	Resposta Verbal <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 (decor. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos		
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade 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"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Aberta Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarreia Diurese <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____ Pele: <input type="checkbox"/> Íntegra <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): <u>Ag. ex. -</u> <u>tenoz. com em</u> <u>falta no</u> <u>maio</u> Diurno: _____ Ass: <u>Angela M. S. Cruz</u>		

duzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013



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

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

Número do documento: 19091817573211800000050244991



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

NON-CONCENTRATED

Elouge M Arvix

ENF./LEITO

DIA 10/02

DI 11-08

DIA 12/08

DIA 13/08

DIA 43110

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
- D-eto l ^{na}			
- S-alco l ^{na}			
- D-p-ni	15 - ON FA + AD EV 8/6 L		
- I-enaxico	20 - ON FA + AD EV 12/12 L		
- Onixic pl	20 - ON FA + AD EV de (valle)		
- Plavix l ^{na}	ON FA AD EV 8/24 IN		
- SS VIN + CCGC			
- Tado l ^{na}			
= Omeprazol	20 mg/dia comp VO dia		

Tilabo Hospital
10 Ago 2016

CUIDADOS

ASSINATURA DO MÉDICO

eluzido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel

HORÁRIO

409/4210

HORÁRIO

HOVÁPIO

HOCH

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

100

Future Publishing Co
 13518
 13518
 13518

66



Número do documento: 19091817573211800000050244991

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Edenilson Martins
 Enf / Leito: A-09 Registro: 68 3459

DIA: 15/08		DIA: 16/08		DIA: 17/08/16		DIA: 18/08/16	
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22
09	09	09	09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	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	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	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

2206

Alcides F. Oliveira

Enfermeiro

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

☒ Afiação 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 Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS
Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial
ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	85	100	90		
16					
22	78	80			
10			79		
16					
22	50	20			
10					
16					
22		37-10			
10	129 x 93	130 x 30	130 x 20		
16	110 x 80				
22		130 x 10			
	<div> <div>129 x 93</div> <div>110 x 80</div> <div>130 x 30</div> <div>130 x 20</div> <div>130 x 10</div> </div>				
	<div> <div>129 x 93</div> <div>110 x 80</div> <div>130 x 30</div> <div>130 x 20</div> <div>130 x 10</div> </div>				

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Elizângela
Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: 10/8 DIA: 11-08-2018 DIA: 12-08-18 DIA: 13-08 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 Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)	

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

Angela M. S. Cruz
Enfermeira
COREN-PE 148.262

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10-16-22	80	71	72	80	80
16					
22	78	77	83	88	78
10-16-22	18	19	20	20	19
16					
22	20	20	20	20	28
10					
16					
22					
10-16-22	130x80	140x80	130x90	130x90	150x100
16					
22					

Angela M. S. Cruz
Enfermeira
COREN-PE 148.262

Angela M. S. Cruz
Enfermeira
COREN-PE 148.262

Angela M. S. Cruz
Enfermeira
COREN-PE 148.262

Angela M. S. Cruz
Enfermeira
COREN-PE 148.262

Registro de Enfermagem

Paciente:

Leito:

Plantão Diurno Data:	Plantão Diurno Data:	Plantão Diurno Data:	Plantão Diurno Data:
<p>10/08/16</p> <p>Prat. EGR com</p> <p>avista oriente</p> <p>do SSU West</p> <p>avista AUP</p> <p>debrayee</p> <p>Em decho</p> <p>Morad</p> <p>30402</p>	<p>10/08/16</p> <p>Prat. EGR com</p> <p>te. orientado</p> <p>do SSU West</p> <p>avista AUP</p> <p>debrayee</p> <p>Em decho</p> <p>Morad</p> <p>30402</p>	<p>10/08/16</p> <p>Prat. EGR com</p> <p>avista oriente</p> <p>do SSU West</p> <p>avista AUP</p> <p>debrayee</p> <p>Em decho</p> <p>Morad</p> <p>30402</p>	<p>10/08/16</p> <p>Prat. EGR com</p> <p>avista oriente</p> <p>do SSU West</p> <p>avista AUP</p> <p>debrayee</p> <p>Em decho</p> <p>Morad</p> <p>30402</p>
Ass. Tec./Aux:	Ass. Tec./Aux: ON: Olo C	Ass. Tec./Aux:	Ass. Tec./Aux: Kelly Barros
Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno
<p>10/08/16</p> <p>Prat. EGR</p> <p>consciente</p> <p>avista oriente</p> <p>do SSU West</p> <p>avista AUP</p> <p>debrayee</p> <p>Em decho</p> <p>Morad</p> <p>30402</p>	<p>11/08/16</p> <p>Prat. EGR</p> <p>consciente</p> <p>avista oriente</p> <p>do SSU West</p> <p>avista AUP</p> <p>debrayee</p> <p>Em decho</p> <p>Morad</p> <p>30402</p>	<p>11/08/16</p> <p>Prat. EGR</p> <p>consciente</p> <p>avista oriente</p> <p>do SSU West</p> <p>avista AUP</p> <p>debrayee</p> <p>Em decho</p> <p>Morad</p> <p>30402</p>	<p>11/08/16</p> <p>Prat. EGR</p> <p>consciente</p> <p>avista oriente</p> <p>do SSU West</p> <p>avista AUP</p> <p>debrayee</p> <p>Em decho</p> <p>Morad</p> <p>30402</p>
Ass. Tec./Aux:	Ass. Tec./Aux: ON: Olo C	Ass. Tec./Aux:	Ass. Tec./Aux: Kelly Barros

Cod. 0172

ECNQUE ENFERMAGEM

COREN 627.555 PE



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: ELIZANGELA MARTINS DE ARAUJO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA CITADA ESTEVE INTERNADA EM NOSSO SERVIÇO, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, 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



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

