

DATA: 24/06/18

HORA: 01 : 30

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

NOME: Mariam Ramos de Lima
IDADE: 44 anos REG: _____ SETOR: Amarela LEITO: F 04

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: Fratura de rádio distal D.

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? _____ Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros: _____

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: Consciente Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condicionamento de locomoção:

Deambula Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta

VO Aceita bem () Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta

Tala gerada em MSD

Integra () Não integra () Normocorada Hipocorada () Ictérica () Anictérica Cianótica () Acianótica Sudoréico ()
Lesões () Local: _____ Edemas () Local: _____ Acesso venoso _____

Condições de Higiene:

Satisfatória Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula Venturi () %
() Cateter Nasal ___ l/m TQT () VNI () AVM () Modo Vent. ___ FIO² ___ PIP ___ PEEP ___

8. Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: Sim () Não Visceromegalia: Sim () Não ()

9 Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias
Diurese: Presente Ausente Espontânea SVD () SVA () Cistostomia () Vol _____ ml
Aspecto _____

10. SSVV:

PA: 110x80 mm/Hg P: 63 bpm FR: _____ rpm Sat O2: 98 % T: _____ °C HGT: 107 mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem

*Marcia Vanderley
Almeida 466090*



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome:	<i>Miriam Rannos de Lucina</i>	Registro:	<i>1181901</i>
Clinica:	<i>Clínica</i>	Enfermeira:	<i>Camila</i>
Hipótese Diagnóstico:			
Hora Admissão:	PLANTÃO DIURNO		Data: <i>26/06/18</i>
Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/> VO	() SNG	() SNE () SML () SOG () Dieta zero
Padrão Respiratório	() Espenico	() Taquipnéico	() Bradispnéico () Dispnéico
Acesso Venoso	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	() Central	Local: _____
Curativo	() Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	() Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input checked="" type="checkbox"/> Presente () SVD/SVA	() Ausente	Aspecto: _____
Observações			
Técnico de Enfermagem:	<i>Ana Patrícia Silva de Moura</i> Téc. Enfermagem COREN 954415		
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome:	Enfermeira:		Registro: _____
Clinica:			Leito: _____
Hipótese Diagnóstico:			
Hora Admissão:	PLANTÃO NOTURNO		Data: _____ / _____ / _____
Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO	() SNG	() SNE () SML () SOG () Dieta zero
Padrão Respiratório	() Espenico	() Taquipnéico	() Bradispnéico () Dispnéico
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativo	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente () SVD/SVA	() Ausente	Aspecto: _____
Observações			
Técnico de Enfermagem:			
Cuidados de Enfermagem:	Horário	Responsável	



HORA	SINAIS VITais		Oxigenoterapia	GANHOS	CONTROLE	PERDAS	OUTROS
	FR (rpm)	FC (bpm)					
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
Total							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
Total							



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____
 Clínica: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____
 Hipótese Diagnóstico: _____

Hora Admissão:	PLANTÃO DIURNO		Data:
Estado Geral	() Regular	() Grave	() / /
Dieta	() VO	() SNG	() Gravíssimo
Padrão Respiratório	() Espenico	() Taquipnéico	() SNE () SML () SOG () Dieta zero
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	() Bradispnéico () Dispnéico
Curativo	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Local: _____
Diurese	() Presente () SVD/SVA	() Ausente	Aspecto: _____
Observações			
Técnico de Enfermagem: _____			

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Miriam Ribeiro de Lima Registro: 1181901
 Clínica: Clínica Enfermeira: Amorela Leito: F-04
 Hipótese Diagnóstico: _____

Hora Admissão:	PLANTÃO NOTURNO		Data:
Estado Geral	() Regular	() Grave	() / /
Dieta	() VO	() SNG	() Gravíssimo
Padrão Respiratório	() Espenico	() Taquipnéico	() SNE () SML () SOG () Dieta zero
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	() Bradispnéico () Dispnéico
Curativo	() Sim	() Não	Local: <u>MSE</u>
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente () SVD/SVA	() Ausente	Aspecto: _____
Observações	<u>Paciente tem tala gerado em MSD.</u>		
Técnico de Enfermagem: <u>Edvaldo Ferreira de Souza</u> e <u>Aginaldo</u>			
Cuidados de Enfermagem:		Horário	Responsável







UPA 24h
Aux. de Faturamento
Suyane Clementino
Mat. 3800
UPA CAXANGÁ 24h
Unidade de Pronto Atendimento
CAXANGÁ



H6J
12.00

Data do Atendimento: 24/06/2018 Hora: 10:44:15

No. Atendimento: 1182043

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 326483

Colaborador: MARCIOJMS

Nome: MIRIAM RAMOS DE LIMA

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 23/09/1973

Idade: 44 Anos, 9 Meses e 1 Dia

C.I.:

País ou responsáveis: SEVERINA RAMOS DE LIMA

Endereço.....: RUA ANTONIO NOGUEIRA, 85 - VARZEA/ - 50740290

Cidade.....: RECIFE Tel.: 8186465296 -

Horário do Atendimento: _____ / _____ Hs

Peso: _____ Kg

Temperatura: _____

QPD / HDA: _____

Renovação

EXAME FÍSICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Paciente foi transferido por ambulância privada
(Sócio Redilene) acompanhado por Técnico de enfermagem

Sim este é o nome da família (filha de
Filipe Mesquita
Crescer Traumatologista
CRM-PE 21360)

Próxima vez
Filipe de
Sáuia

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: _____

Micheline Galvão
Assistente Social
CREAS/PE 4829

*Destino do Paciente: ()Alta para casa ()Ecaminhamento ao Ambulatório ()Internamento

()Transferência para outra Unidade ()Óbito ()Outro: _____

*Condição de Saúde do Paciente: ()Melhorado ()Inalterado ()Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362632400000043669567>

Número do documento: 19042613362632400000043669567

Num. 44333582 - Pág. 3

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 24/06/2018 10:42

Nome Paciente:	MIRIAM RAMOS DE LIMA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Feminino
Idade:	44
Senha:	CG0053
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 24/06/2018 10:43 - 24/06/2018 10:43

RENUZA RECYLLE RAMOS DA ROCHA - COREN: 548344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Fluxograma sintoma: RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Discriminador(es): - RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: RENUZA RECYLLE RAMOS DA ROCHA - COREN: 548344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/06/2018 10:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362632400000043669567>
Número do documento: 19042613362632400000043669567

Num. 44333582 - Pág. 4

PACIENTE: Thiuan Ramos de Lima REG: _____
 DATA: 24/06/18 HORA: 01:30 SETOR: Amarelo LEITO: F04

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (✓) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente (✓) Inconsciente () Orientado (✓) Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
 Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condicionamento locomótor:

Deambula (✓) Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Alérgico () VO (✓) SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele: Tala grossada em MSD.

Inteiramente (✓) Não Integra Local (): _____ Normocorada (✓) Hipocorada () Ictérica () Anictérica (✓)

Cianótica () Acianótica (✓) Sudoréico () Hidratada (✓) Desidratado ()

Edema / Local (): _____ Acesso venoso AVP ()

6 - Condições de Higiene:

Satisfatória (✓) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório:

Eupnéico (✓) Dispnéico () Taquipnérico () Bradipnérico () Bate () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

Cateter Nasal () I/m Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO² _____ PIP _____

PEEP _____ TOT Nº _____

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (✓) Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim () não (✓)

9 - Eliminações Fisiológicas:

Vacuação: Presente (✓) Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias

Diurese: Presente (✓) Ausente () Espontânea (✓) SVD () SVA ()

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSV:

PA: 110x80 mm/Hg P: 63 bpm Sat O2: 98 % T: 36 °C

HGT: 107 mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações:

Pct aguarda ambulância p/ Transferência ao HGU, ser
gue aos cuidados da equipe de enfermagem.

*Márcia Wanderley
Enfermeira
COREN-PE 468090*

ENFERMEIRO/COREN: _____



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta() Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()
Escala de Coma de Glasgow (ECG).

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocôricas () Anisocôricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença se sangramento Externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica: S() N() Fratura Pélvis S() N()

Lesões Intra-Abdominais: S() N() Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou Outras Drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Loló() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança Perfume() Anfetamina() Êxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Imobilização Taia Gessada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar:

Infusão de Fluídos: S() N() Especificar

Oxigêniooterapia: Cateter() Venturi() GPAP()

Volume de Fluídos Infundido:

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Outras Condutas:

Entubação Orotraqueal: S() N()

Intecorrências:

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Paciente c/ lesão de teto laringe.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *Centro de Vagos*

Médico Regulador:

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

23/03/2018

Local e Data

Dra. Patrícia de Souza
Cognome: Trajano
CRM: 23456

Médico Assistente





Data do Atendimento: 23/06/2018 Hora: 18:21:49 PRONTUÁRIO: 326483
No. Atendimento: 1181901 Colaborador: LILIANEAOI
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: MIRIAM RAMOS DE LIMA Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 23/09/1973 Idade: 44 Anos, 9 Meses e 0 Dia C.I.:

País ou responsáveis: SEVERINA RAMOS DE LIMA /

Endereço.....: RUA ANTONIO NOGUEIRA, 85 - VARZEA/ - 50740290

Cidade.....: RECIFE Tel.: 8186465296 -

Hora do Atendimento: 18:136 Hs Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °

QPD / HDA: Paciente com história de atropelamento há + 1 hora, com história de sangramento em variz e grande edema da mão direita, perda de consciência de 8 minutos.
HAS / DM / Alergias /

EXAME FÍSICO: E6B, consciente, orientado, eupneico
Face: N/ erupções nos tegos, si lesões por MSD - edema em mão direita

DIAGNÓSTICO: 1) Trauma em face + MSD

18:50 18/6

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 1) Diprofeno 1g - Olämp, 2M, ag
2) ibuprofeno - Olämp, 3M, odoso 2) Solícito saido -
de etânia e mão direita e analiseção de ortopedia

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

Dra. Afine Aguiar
Médica
CRM-PF 26.285

*Destino do Paciente: ()Alta para casa ()Ecaminhamento ao Ambulatório ()Internamento

()Transferência para outra Unidade ()Óbito ()Outro: _____

*Condição de Saúde do Paciente: ()Melhorado ()Inalterado ()Piorado

Médico - Carimbo é Assinatura





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

UPA 24h
Suyane Clementino
Aux. de Faturamento
Mat. 3800
Pelo Sport Tudo!
Maria Lucinda

Data do Atendimento: 23/06/2018 Hora: 18:22:38

No. Atendimento: 1181902

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 326483

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Colaborador: LILIANEAOD

Nome: **MIRIAM RAMOS DE LIMA**

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 23/09/1973

Idade: 44 Anos, 9 Meses e 0 Dia

C.I.:

País ou responsáveis: SEVERINA RAMOS DE LIMA

Endereço.....: RUA ANTONIO NOGUEIRA, 85 - VARZEA/ - 50740290

Cidade.....: RECIFE Tel.: 8186465296 -

Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs

Peso: _____ Kg

Temperatura: _____

QPD / HDA: Paciente com lesão de crânio pelo canto há cerca de 2 horas apresentando dor seu ponto ①. Nego cefaleia. Nega visão, que perde da consciência. Nega dor cerebral. Perda sangramento nasal intenso.

EXAME FÍSICO: Dor e edema em ponto ①

Sem dor o palpári do cotovelo ②

ADM cotovelo ②: evanescido.

DIAGNÓSTICO: Contusão?

Px ponto ①: Fratura de vodo distal ①.

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Adriano Guedes

Téc. Imobilização
Ortopédica
Matriuclia:1410
Pelo Sport Tudo!

1) Ponto ① A/ perf cl

2) Trac cinto palmar ② -

3) Aguar de ressuscitação central de vida

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: ()Alta para casa ()Ecaminhamento ao Ambulatório ()Internamento

()Transferência para outra Unidade ()Óbito ()Outro: _____

*Condição de Saúde do Paciente: ()Melhorado ()Inalterado ()Piorado

Doutor Pátrio de Souza
Ortopedista - Traumatologista
CRM/PE 22458

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)
Data e hora retirada da senha: 23/06/2018 18:12

Nome Paciente:	MIRIAN RAMOS DE LIMA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Feminino
Idade:	44
Senha:	OR0034
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 23/06/2018 18:17 - 23/06/2018 18:19

ELIZANGELA MONTEIRO DA ROCHA BARBOSA - COREN: 011990 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGÊNCIA**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO NEGA SICOPÉ E ÊMESE QUANDO CAIU BATEU COM A CABEÇA E APRESETOU HEMOPTISE E DOR EM MSD
Observação: HAS -
DM -
ALERGIA -
AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA E TRAMATOLOGIA
Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO
Discriminador(es): - DOR MODERADA
Especialidade: CLINICA GERAL
Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: ELIZANGELA MONTEIRO DA ROCHA BARBOSA - COREN: 011990 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/06/2018 18:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362644400000043669580>
Número do documento: 19042613362644400000043669580

Num. 44333595 - Pág. 5



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 587529 Prontuário: 1136919 Data de Nascimento: 23/09/73 Idade: 44 ANO(S)
Nome do Paciente: **MIRIAM RAMOS DE LIMA** Sexo: Feminino
Nome da Mãe: SEVERINA RAMOS DE LIMA
CPF: 78162114491

Data: 29/08/2018

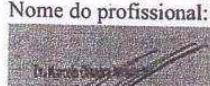
LAUDO PUNHO DIREITO AP/P

Recife, 29-08-2018 07:05

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

CHAPA: 118.222664

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY. CRM: 10755. Data e Hora: 29/08/2018 12:30:48.



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362656700000043669598>
Número do documento: 19042613362656700000043669598

Num. 44333616 - Pág. 1

PACIENTE: Miriam Romos de Lima REG: 1181901
 DATA: 24/06/18 HORA: 08:15 SETOR: CHAMADA
 LEITO: F-04

1 - Estado Geral:

Bom () Regular Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente Inconsciente () Orientado Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
 Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condicionamento:

Deambula Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:

C/ Talo em MS D

Integra () Não integra/ Local (): _____ Normocorada Hipocorada () Ictéria () Anictéria
 Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()
 Edema / Local (): _____ Acesso venoso _____

6 - Condições de Higiene

Satisfatória Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico Dispnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

Cateter Nasal () l/m Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO² _____ PIP _____

PEEP _____ TOT Nº _____

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim() não()

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias

Diurese: Presente Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: _____ mm/Hg P: 62 bpm Sat O2: 98 % T: _____ °C

HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Paciente aguardando consultório para Enfermeiro ()
HGV, segui as ordens do leito

Ana Kella S. Fernandes
 Enfermeira
 COREN PE: 367307

ENFERMEIRO/COREN: _____





GOVERNO DE
Pernambuco
SECRETARIA DE SAÚDE

PACIENTE: Mônica Romão de Lima
MÉDICO:

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Michele Gólio
Assistente Social
CRESPPE: 12222

LEITO:

PACIENTE: Mônica Romão de Lima
MÉDICO:

Hospital Infantil

Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silveira Almeida

REG: 1181702

DATA: 24/06/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CHECAGEM

1) Dába 10 ldm	2) Infusão lítio	3) SF 0,9% 100 ml IV no 24h	4) 1c.	5) 12 18 24 06	6) Sim	7) Sim	8) S/N	9) S/S V + C/G	10) Mesquita	11) Philip Morris	12) Odontologia	13) Clínica	14) PE: 22.350	15) Verso
Diphma 5g - 01 amp + AD IV 6/63														
Amenodol 100mg - 01 amp + SF 0,9% 100 ml IV 8/8h S/N														
Anticoagulante 10 mg - 01 amp + AD IV S/N														

Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPEZ TAVARES - 26/04/2019 13:36:26

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362656700000043669598

Número do documento: 19042613362656700000043669598

Num. 44333616 - Pág. 3



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Mirian Ramos de Lima - 5454305

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA S-99995
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente:	Identificação	Idade:
Sexo: M () F ()	Profissão:	Fone:
Endereço Residencial:		Bairro:
Cidade:		

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do Cinto: S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo () Arma Branca/Tipo
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismos do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: _____
Hipótese Diagnóstica: Fratura de nádega direita.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiatórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
Distúrbio: Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesão de Face: S() N() Retratação Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100





Ministério
da Saúde
Crescer e Cuidar
E. S. S. P. C.
PE
Recife

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
LAXANGÁ

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

PACIENTE:
Máriam Renata de Lima

MÉDICO:

LEITO:

REG: 1481902
DATA: 24/06/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- 1) Diklova Líq
2) Ibutihalizado
3) SF 0,9% 100 ml IV nos 24h
4) Diprofene 45 - 01 amp + AD IV G6/63
5) Remodel 500mg - 01 amp + SF 0,9% 100ml IV 8/8h S/N
6) mitoclopramida 10mg - 01 amp + AD IV S/N
7) ISSIV + CCCG

1c
12 18 24 06
Sim
Sion

Filipe Mesquita
Oncopatologista
CNPJ: 21.225.60

Camila Amorim
CNPJ: 21.225.60





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

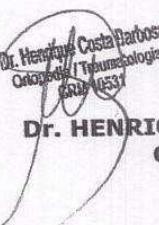
ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

MIRIAM RAMOS DE LIMA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S525

Recife, 29/06/2018


Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 10531

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362668600000043669607>
Número do documento: 19042613362668600000043669607

Num. 44333625 - Pág. 1



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 587529 Prontuário: 1136919 Data de Nascimento: 23/09/73 Idade: 44 ANO(S)
Nome do Paciente: **MIRIAM RAMOS DE LIMA** Sexo: Feminino
Nome da Mãe: SEVERINA RAMOS DE LIMA
CPF: 78162114491

LAUDO PUNHO DIREITO AP/P

Recife, 10-07-2018 07:38

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

CHAPA: 118.174283

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY. CRM: 10755. Data e Hora: 10/07/2018 12:58:13.



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362668600000043669607>
Número do documento: 19042613362668600000043669607

Num. 44333625 - Pág. 2



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: MIRIAM RAMOS DE LIMA
DATA: 18/07/2018

LAUDO

HISTORIA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, HA 25 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DO PUNHO DIR, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSO, NO MOMENTO, AGUARDANDO CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, DESSA FORMA, AFASTADA DE SUAS FUNÇÕES LABORAIS.

S525

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433

D. Daniel
CRM - 19433



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362668600000043669607>
Número do documento: 19042613362668600000043669607

Num. 44333625 - Pág. 3



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: MIRIAM RAMOS DE LIMA
DATA: 05/09/2018

LAUDO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIR, HA 50 DIAS, SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSO, NO MOMENTO, AGUARDANDO CONSOLIDAÇÃO DA MESMA, DESSA FORMA, AFASTADA DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, PO 90 DIAS.

S525

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433

Dra. Daniel Barreto M. Nobre
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 19433



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362668600000043669607>
Número do documento: 19042613362668600000043669607

Num. 44333625 - Pág. 4

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: MIRIAM RAMOS DE LIMA

Reg.: 587529 Pront.: 1136919

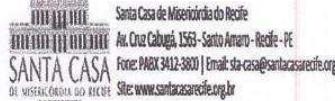
Sexo: Feminino Dt. Nasc.: 23/09/1973

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 44

Admissão: 26/06/2018 14:56

Santa Casa de Misericórdia do Recife



Av. Cruz Cabugá, 1553 - Santo Amaro - Recife - PE

Fone: (81) 3412-3830 | Email: sata.casa@santacasarerecife.org.br

Site: www.santacasarerecife.org.br

Admissão:

FRATURA EM RÁDIO DISTAL DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	26/06/2018 14:56	29/06/2018 12:04	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº DANIEL para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:26

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362668600000043669607>

Número do documento: 19042613362668600000043669607



MIRIAM

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
JUN/2018CÓDIGO MINHA OI
400590018072VENCIMENTO
11/07/2018Emissão em 25/06/2018
Período de 23/05/2018 a 23/06/2018PAGAR [R\$]
124,93

CTC CORREIOS
MIRIAM RAMOS DE LIMA
ANTONIO NOGUEIRA 85 AP 104
VARZEA
50740-290 - RECIFE - PE



00010403

7200039896

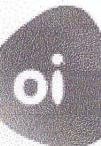
00000

000000000000

10

280618

**RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.**



Mude para a conta online.
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em oi.com.br/minhaoi.

TF-9 - V01.26 - 25.1865.BP_07290_UV_NC_008_20180627234659_P000_0000_SA02_GAD - CLASSE: V - MODELO: E - RESSA: 3 - OBI: 10403 - FOLHA: 1615

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI CONTA 100**57,34**

MÓVEL [81] 98646-5296

30,54

+ Oi Internet Pra Celular

+ Torpedo 100

0,00

TOTAL DE MENSALIDADES**87,88**

Além disso, você...

utilizou minutos a mais do plano em ligações locais

37,05

SUBTOTAL**124,93****TOTAL DA SUA FATURA****124,93**

MIRIAM RAMOS DE LIMA

CPF: 781.621.144-91

NÚMERO DO CLIENTE: 2083747863

NÚMERO DA FATURA: 975837130

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 400590018072

CÓDIGO MINHA OI
400590018072

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Jun 2018	124,93
Maio 2018	133,31
Abr 2018	87,88
Mar 2018	94,83
Fev 2018	89,86
Jan 2018	87,88

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e
evite: Cobrança da Multa de 2% + juros de 1% ao
mês pro rata dia. Suspensão do serviço: Parcial,
15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais
30 dias, Suspensão Total. Durante o período de
Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será
cobrada normalmente de acordo com os valores
contratados, pois ela continua apta a receber
chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos
de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias
após a Suspensão Total.



CLIENTE
MIRIAM RAMOS DE LIMA

FATURA DE
JUN/2018

VENCIMENTO
11/07/2018

VALOR
124,93

DÉBITO AUTOMÁTICO

400590018072

OI MÓVEL S.A.

84660000001-8 24930113208-3 37478630975-6 83713000000-8

St Setor Comercial Norte S/N - Asa Norte
Brasília - DF CEP:70139000
CNPJ: 05.423.953/0001-11
Inscrição Estadual: 07.441.356/001/93
Inscrição Municipal:



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPEZ TAVARES - 26/04/2019 13:36:26

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904261336267800000043669622>

Número do documento: 1904261336267800000043669622

Num. 44333641 - Pág. 1

SINISTRO 3180457858 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MIRIAM RAMOS DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

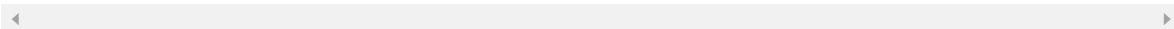
BENEFICIÁRIO MIRIAM RAMOS DE LIMA

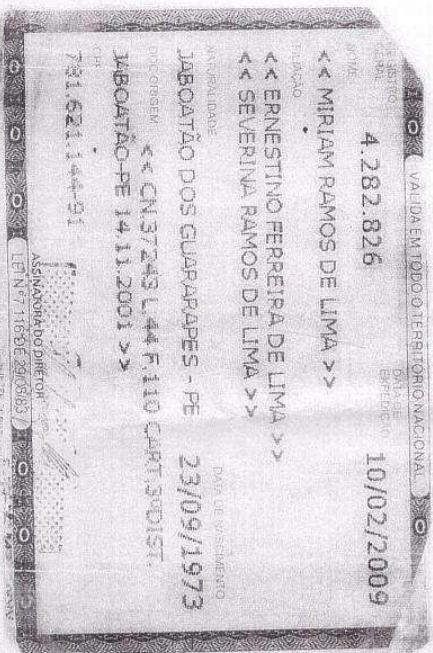
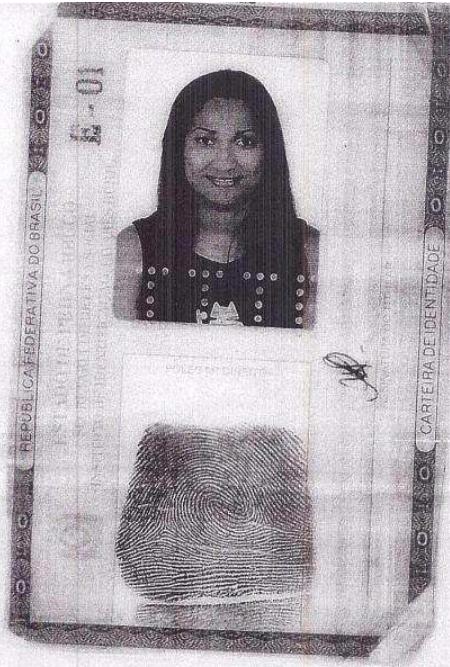
CPF/CNPJ: 78162114491

Posição em 11-01-2019 16:56:35

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
25/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





1



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:27
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362694900000043669643>
Número do documento: 19042613362694900000043669643

Num. 44333662 - Pág. 1



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **781.621.144-91**

Nome: **MIRIAM RAMOS DE LIMA**

Data de Nascimento: **23/09/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:53:14** do dia **14/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **C596.B668.058B.E716**



Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

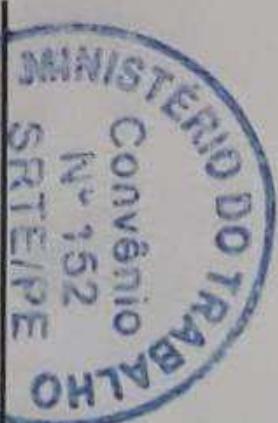


MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



2^a VIA

Número 58996 Série 00038



ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Mission Rammes da Lima

Loc. Nasc Alvadão dos Guasáres RE Data 23/09/73
Filiação Conselheira de Lima

Serviços Rammes da Lima SDS IPÉ S.E.: 10.02.09
Doc. Nº RG: 42.82826

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº

Exp. em/...../..... Estado

Obs.:

Data Emissão 09/09/13 SRTE RE

RE

Assinatura do Funcionário

mat. 329.711-4



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Heal Farmácia Med.
Scamembos Ltda
 CNPJ/MF 08.950.457.0001-79
 Rua Bras de Bonito nº 84+
 Município Recife Est. PE
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo Aux. de Crédito e Cobrança

..... CBO nº
 Data admissão 01 de outubro de 2014.

Registro nº 133 Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 1.200,00
(Um Mil e Duzentos Reais) R\$ 1.200,00

.....
Foto, assinatura ou risco c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Insc. Estadual 18111030010-2
 1º 2º
 Data saída 13 de novembro da 2018

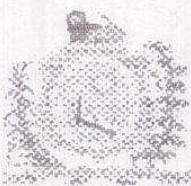
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
LÍDER COMERCIAL FARMÁCIA
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº



Z.DC.2

06/08/2018 10:06



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -
DP23ªCIRC DIM/6ªD ESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0113002230

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/08/2018 às 10:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 23/6/2018 às 17:20

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 1 - Bairro: CAVALEIRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MIRIAM RAMOS DE LIMA (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)

MIRIAM RAMOS DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA RAMOS DE LIMA** Pai: **ERNESTINO FERREIRA DE LIMA** Data de Nascimento: **23/9/1973**
Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
4282816/SDS/PE (RG), **78162114431 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ADMINISTRADOR(A)** Telefones Celulares:
- 986465296

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO NOGUEIRA, 85, RUSA ANTONIO N OGUEIRA APTO 104 NR 85 VÁRZEA - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade:
DESCONHECIDO

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Complemento / Observação**

INF QUE ESTAVA SAINDO DO MERCADO PÚBLICO DE CAVALEIRO OLHOU PARA OS LADOS NÃO VINHA VEÍCULO NENHUM QUAN DO FOI ATRAVESSAR PARA O ACOGUE VEIO UMA MOTO DA PLCA E MARCA NÃO ANOTADOS E BATEU NA VÍTIMA A MESMA CHAMOU SEU ESPÓSOS E FOI PARA A CASA DA MAE E DEPOIS SEU IRMÃO PEGOU O CARRO E LEVOU PARA UPA DA CAXANGA ONDE FOIU DIAGNÓSTICADA+ PELO DRA ALINE AGUIAR COM TRAUMA EM FAÇE MAIS NSD E FRATURA DE PUNHO DESTRAL FOI SUBMETIDA A CIRURGIA COM PLCA E PARAFUSO A MESMA PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA PROVIDÊNCIAS CÂBNIVEIS.

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

MIRIAM RAMOS DE LIMA
(VITIMA)


B.O. registrado por: EMIDIO GOMES DE AGUIAR FILHO - Matrícula: 3809820


Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362704500000043669655>
Número do documento: 19042613362704500000043669655

Num. 44333675 - Pág. 2

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular: <i>Mariam Ramon de Lema</i>	
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	Estado Civil: <i>Solteira</i>
RG: 4.282.826 Série <i>SDS/PE</i>	CPF: 781.621.144-91 Nasc.: <i>23/09/1973</i>
Profissão: <i>Administradora</i>	
Endereço: <i>Rua Antônio Nogueira, n° 85 AP-104</i>	
Bairro: <i>Várzea</i>	CEP: <i>50440-290</i>
Município: <i>Recife</i>	Estado: <i>Pernambuco</i>

CONTRATADO: ESCRITÓRIO SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS, INSCRITO NO CNPJ 19.454.173/0001-08, juntamente com a Bela. CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, advogada, solteira, inscrita na OAB/PE 32.262, Rua Sergio Gonçalves, n° 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviço, ficando desde já aceito, pelas cláusulas abaixo descritas.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula Primeira: O presente contrato tem como OBJETO a prestação de serviços pelos **CONTRATADOS** para promover em nome do **CONTRATANTE** todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho do seu mandato do contrato.

Parágrafo único: estes serviços poderão ser feitos administrativamente ou por vias judiciais, caso necessário.

DA FASE JUDICIAL

Cláusula Segunda: caso necessário A intervenção judicial para o desempenho do seu mandato do contrato, pela procuração outorgada, os **CONTRATADOS**, constituirão, em nome do contratante, profissionais especializados para tais fins. A opção do **CONTRATANTE** em propor demanda judicial é expressa por sua concordância nos termos do presente contrato.

Parágrafo único: as despesas referentes ao trâmite judicial serão, a princípio, suportadas pelos **CONTRATADOS** e não se constituem em honorários profissionais objeto deste instrumento, ficando o **CONTRATANTE**, no ato do recebimento do seguro, obrigado a resarcí-las.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Cláusula Terceira: A **CONTRATANTE** obriga-se pela veracidade e exatidão das informações prestadas aos **CONTRATADOS**, fornecendo-lhe procuração e aos seus sócios com fins específicos para agir em seu nome, além de todos os documentos pessoais e demais documentos indispensáveis que lhe forem solicitados etc. devendo pagar a importância equivalente a **30% (trinta por cento)** do proveito econômico auferido na fase judicial do presente instrumento, caso se faça necessário.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Cláusula quarta: é obrigação dos **CONTRATADOS** realizar a prestação de contas nos moldes do presente contrato.

Rua Sergio Gonçalves, n° 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



Cláusula quinta: a partir da entrega da documentação, os **CONTRATADOS** serão responsáveis pela sua guarda e utilização devida.

DO RECEBIMENTO

Cláusula sexta: Os **CONTRATADOS** estão autorizados a praticar todo e qualquer ato que julgue necessário para um bom resultado. Poderá, portanto, receber, passar recibos, endossar cheques, depositar os cheques em sua conta corrente, dar quitação dos valores por si recebidos.

Cláusula sétima: Os **CONTRATADOS** estão autorizados a promover a abertura de conta corrente e poupança para recebimento do seguro DPVAT nas instituições bancárias credenciadas em nome da **CONTRATANTE**.

Cláusula oitava: Não há prazo determinado para o término do procedimento.

Cláusula nona: Os comprovantes, cópias e documentos serão mantidos nos arquivos dos **CONTRATADOS** por 12 (doze) meses após o fim do processo. Após esse período, os **CONTRATADOS** estão autorizados a dar o encaminhamento devido aos documentos relativos aos serviços prestados à **CONTRATANTE**.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Cláusula décima: A **CONTRATADA** se compromete a prestar toda e qualquer informação que a **CONTRATANTE** julgue necessária sobre a prestação de seus serviços. Tanto na fase administrativa como na judicial, se necessária.

Cláusula décima primeira: A **CONTRATANTE** pagará aos **CONTRATADOS 30% (trinta por cento)**, do proveito econômico que for auferido, a título de remuneração pelos serviços prestados.

Cláusula décima segunda: A **CONTRATANTE** aceita e autoriza os **CONTRATADOS** a proceder os descontos de seus honorários em percentual acima descrito e demais despesas administrativas como cartório, sedex, eventuais consultas médicas, serviços despachante, perícias, etc; tudo que envolva o fiel cumprimento deste mandado, tais como a do parágrafo único da Cláusula Segunda, entre outras, no ato de prestação de contas e repasse da importância recebida, que deverá ser feito através de débito, saque ou transferência em conta que houver o recebimento do seguro DPVAT.

DA RESCISÃO

Cláusula décima terceira: Em havendo desistência, distrato, revogação do presente instrumento ou prática de qualquer ato violador destes termos, reputar-se-á vencido e exigível o total da remuneração dos serviços contratados, bem como as despesas descritas na Cláusula Décima Segunda, constituindo o presente contrato em título executivo extrajudicial, nos termos do Código de Processo Civil.

DO FORO

Cláusula décima quarta: Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Recife/Pernambuco.

Recife, 07 de janeiro de 2019.

CONTRATANTE

SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS
CNPJ 19.454.173/0001-08

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
OAB-PE 32.262

Testemunha

Testemunha

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362712900000043669664>
Número do documento: 19042613362712900000043669664

Num. 44333684 - Pág. 2



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Miriam Ramos de Lima

RG 4282.826 CPF 781.621.144-91 PROFISSÃO Administradora
ESTADOCIVIL Solteira ENDEREÇO Rua Antônio Moquevia
N-85 JP-104 / Várzea / Recife / PE Cep: 50740-290

EMAIL MIRIANRAMOS3@HOTMAIL.COM

OUTORGADOS: DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO, inscrita na OAB/PE sob o nº 29.143, CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, OAB PE – 32.262 todos com endereço profissional na Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE CEP:53240-540

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "*ad judicia*", para defender os interesses e direitos do outorgante, e mações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, estaduais e Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir renunciar e assinar, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, representar em audiência ou judicialmente, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procuração "*ad negotia*", a fim de requerer e fazer levantamento de valores creditados em favor do outorgante, através de alvará judicial, RPV ou Precatório, junto às instituições financeiras (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referência aos depósitos judiciais que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, ou seja, 30% (trinta por cento) do proveito econômico, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, enfim requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados.

Recife, 07 de Janeiro de 2019

Local e Data

Outorgante

Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE CEP:53240-540
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362712900000043669664>
Número do documento: 19042613362712900000043669664

Num. 44333684 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, William Ramos de Lima, brasileiro(a) portador do RG: 4.282.826 e CPF: 781.621.144-91, DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e 1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 04 de janeiro de 2019

Local e Data

DECLARANTE

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 26/04/2019 13:36:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042613362712900000043669664>
Número do documento: 19042613362712900000043669664

Num. 44333684 - Pág. 4