

DATA: 24/06/18

HORA: 01 : 30

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

NOME: Miriam Ramos de Lima
IDADE: 44 anos REG: _____ SETOR: Amarela LEITO: F04

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: Fratura de rádio distal D.

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

1. Estado Geral:

EXAME FÍSICO

Bom () Regular Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

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

3. Condição de locomoção:

Deambula Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta

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

5. Dieta

Tala gessada em MSD.

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

10. SSVV:

PA: 100x80 mm/Hg P: 63 bpm FR: _____ rpm Sat O2: 98 % T: _____ °C HGT: 107 mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem

Camilla Almeida Lopes Tavares
466090



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Mariana Ramos de Lima Registro: 1281901
Clínica: _____ Enfermeira: Camilla Leito: FO4
Hipótese Diagnóstico: _____

Hora Admissão: _____ **PLANTÃO DIURNO** Data: 24/6/18

Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta zero
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Espenico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradispnéico <input type="checkbox"/> Dispnéico
Acesso Venoso	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativo	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVD/SVA	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____

Observações: _____

Técnico de Enfermagem: Ana Patrícia Silva de Moura
Téc. Enfermagem
COREN 964415

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

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

Hora Admissão: _____ **PLANTÃO NOTURNO** Data: ____/____/____

Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta zero
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Espenico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradispnéico <input type="checkbox"/> Dispnéico
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVD/SVA	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____

Observações: _____

Técnico de Enfermagem: _____

Cuidados de Enfermagem:	Horário	Responsável



HORA	SINAIS VITAIS				OXIGENOTERAPIA			GANHOS					CONTROLE PERDAS				OUTROS	
	FR (rpm)	FC (bpm)	Sat. O2 (%)	Temp.	Cateter O2	VENTURI	VENT. MEC	SNG/SNE	Soro/Med IV	SNG (ml)	Drenos (ml)	Diurese (ml)	Fezes (+/4+)	Vômitos (+/4+)	HGT (mg/dl)	Asp. VAS		
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	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta zero
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Espenico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradispnéico <input type="checkbox"/> Dispnéico
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVD/SVA	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____

Observações _____

Técnico de Enfermagem: _____

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Márcia Ramos de Lima Registro: 1181901
Clínica: Neoncol Enfermeira: Amarela Leito: F-04
Hipótese Diagnóstico: _____

Hora Admissão: _____ **PLANTÃO NOTURNO** Data: 23/06/18

Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta zero
Padrão Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Espenico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradispnéico <input type="checkbox"/> Dispnéico
Acesso Venoso	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local: <u>MSE</u>
Curativo	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVD/SVA	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____

Observações Paciente tem tala gessado em MSD.

Técnico de Enfermagem: Edvaldo Ferreira de Aguiar e Agmaildo
CRPENE 511122

Cuidados de Enfermagem:	Horário	Responsável



HORA	SINAIS VITAIS				OXIGENIOTERAPIA			GANIHOS						CONTROLE PERDAS					OUTROS	
	FR (rpm)	FC (bpm)	Sat. O2 (%)	Temp.	Cateter O2	VENTURI	VENT. MEC	SNG/SNE	Soro/Med IV	SNG (ml)	Drenos (ml)	Diurese (ml)	Fezes (+/4+)	Vômitos (+/4+)	HGT (mg/dl)	Asp. VAS				
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																				

110 + 20

358

MAX 80

3626

107

66





UPA 24h
UPA CAXANGA 24h
Suzane Clementino
Aux. de Faturamento
Mat. 3800

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGA

H6U
12:00



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

No. Atendimento: **1182043**

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 326483

Setor / Serviço: **CONSULTORIO MEDICO**

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.:

Pais 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: _____

Renovação

EXAME FÍSICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Paciente foi transferida por ambulância privada (Saúde Residência) e acompanhada por Técnico de enfermagem (família) # Sem custo para a família ou a private

Filipe Mesquita
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 21350

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: _____

Trabalha na Saúde de Saúde

Micheline Galvão
Assistente Social
CRESCER 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



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:	URGENCIA
Cor:	<input type="checkbox"/> 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



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

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (X) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

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

3 - Condição de locomoção:

Deambula (X) Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

_____ero () VO (X) SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:

Tala gessada em MSD.

Íntegra (X) Não íntegra / Local (): _____ Normocorada (X) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (X)

Cianótica () Acianótica (X) Sudorético () Hidratada (X) Desidratado ()

Edema / Local (): _____ Acesso venoso AVP

6 - Condições de Higiene

Satisfatória (X) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

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

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

PEEP _____ TOT N° _____

8 - Sistema Digestório:

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

Doloroso à palpação: sim () não (X)

9 - Eliminações Fisiológicas:

vacuação: Presente (X) Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias

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

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

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

HGT: 107 mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Pct. aguarda ambulância p/ transferência ao HCV, ser-
que dos cuidados da equipe de enfermagem.

Márcia Wanderley
Enfermeira
COREN-PE 460090

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: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de 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

Uso álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Hábito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso Outras Drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança Perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Taia Gessada: S () N ()

Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Conduas: _____

Intecorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Falta de rede de suporte, fadiga.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: Centro Cirúrgico

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

23/06/2019
Local e Data

Dalmy Pinheiro de Sousa
Especialista - Traumatologia
Rég. nº 05 - 20458
Médico Assistente



Data do Atendimento: 23/06/2018 Hora: 18:21:49 PRONTUÁRIO: 326483
No. Atendimento: 1181901 CLINICA GERAL Colaborador: LILIANEAOD
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.:
Pais 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 el história de atropelamento há ± 1hoo, com história de sangramento em nariz e queda sobre a mão. Não perda de consciência de vômito, HAS e DM e Alergia

EXAME FÍSICO: E6B, consciente, orientada, eufórica. Face: N ressecção ao toque, sl lacrimosa. MSD: edema em mão direita

DIAGNÓSTICO: 1) Trauma em face + MSD 18-50 olho

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 1) Dipirona 1g - Olomp, IM, qdo 2) leprofeno - Olomp, IM, qdo 2) Soluto sais-X de cálcio e mão direita e avaliação de otopneúdia

Dra. Afne Aguiar Médica CRM/PE 26.285

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Ecaminamento ao Ambulatório () Internamento () Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

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

Médico - Carimbo e Assinatura



Data do Atendimento: **23/06/2018** Hora: **18:22:38** PRONTUÁRIO: 326483
No. Atendimento: **1181902** **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** Colaborador: LILIANEAOD
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.:
Pais 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 histórico de tropeçamento há cerca de 2 horas apresentando dor em punho (D). Noção de perda de consciência. Noção de perda de consciência. Noção de perda de consciência. Pelata sangramento nasal infrec.*

EXAME FÍSICO: *Dor e edema em punho (D)
Sem dor a palpção do cotovelo (D)
ADM cotovelo (D) - aumentado.*

DIAGNÓSTICO: *Contusão?
Rx punho (D): Fratura de vólvos distal (D).*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO *1/ Rx punho (D) AP/ perfil
2/ Tala cefalopalmar (D) -
3/ Aguardar vaga em central de leito*

Adriano Guedes
Téc. Imobilização
Ortopédica
Matrícula: 1410
Pelo Sport Tudo!

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Ecaminamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: _____

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

Adriano Guedes de Sousa
Ortopedia - Traumatologia
CRM/PE - 22456

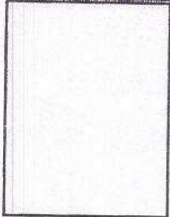
Médico - Carimbo e Assinatura



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:	URGENCIA
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO NEGA SICOPE EÊMESE 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





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 cirurgico.

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.



PACIENTE: Miriam Ramos de Lima REG: 1181901
DATA: 24/06/18 HORA: 08:15 SETOR: cmav 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 - Condição de locomoção:

Deambula Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

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

Pele:

Cl Talo em MSD
Íntegra () Não íntegra/Local (): _____ Normocorada Hipocorada () Ictéria () Anictérica
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 N° _____

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 ambulância para transferência para
HCV, seguir as ordens do eqv

Ana Kella S. Fernandes
Enfermeira
COREN-PE: 367307

ENFERMEIRO/COREN: _____

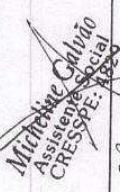




transf: por meus frangos no 2100



UPA24h
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
 CAXANGÁ



PACIENTE: *Miriam Barros de Lima*
 MÉDICO: *Miriam Barros de Lima*
 LEITO: 1185702
 REG: 1185702
 DATA: 24/06/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CHECAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Dieta VO livre		
2) Julo hidrolizado		
3) SF 0,9% 100ml IV nos 24h		1º 12 18 24 06
4) Dipirona 5g - 01 amp + AD 5x6/6h		Sim
5) Phenodal 300mg - 01 amp + SF 0,9% 100ml W8/8h S/N		Sim
6) metoclopramida 10mg - 01 amp + AD IV S/N		
7) SSV + CCG		

Filipe Mesquita
 Otorrinolaringologista
 CRM: PE: 21360

Carolina Amorim
 COREN/PE 562.206 - ENF

Verso



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Mirian Ramos de Lima - 5454305

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA S99905

Nome do Paciente: Miriam Ramos de Lima IDENTIFICAÇÃO _____ Idade: 22
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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: Acidente com história de atropelamento no cruzamento de ruas - permanecendo por 1 minuto pontado. Acidente com...

Hipótese Diagnóstica: Fratura de tórax distal

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: 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 () Arritmico () 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



PACIENTE: *Miriam Ramos de Lima*

MÉDICO:

LEITO:

REG.: *1181902*

DATA: *24/06/19*

transf. por meios próprios p/ Caxangá

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1) <i>Bixa 10 Lina</i>					
2) <i>Albeticidias-de</i>					
3) <i>SF 0,9%. 100 ml IV aos 24h</i>				<i>1^o</i>	
4) <i>Dibiprma 1g - 01 amp + AD IV 6/6h</i>				<i>12</i>	<i>18</i>
5) <i>Acetosal 500mg - 01 amp + SF 0,9%. 100ml W 8/8h S/N</i>				<i>S/N</i>	<i>24</i>
6) <i>Metoclopramida 10mg - 01 amp + AD IV 8/N</i>				<i>S/N</i>	<i>06</i>
7) <i>SSIV + CCG</i>					

Filipe Mesquita
Oncologista
CRM: PE: 21360





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
Otorrinolaringologia / Traumatologia
CRM: 10531

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





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 cirurgico.

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.





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

Dr. Daniel Barreto de Matos Nobre
Cristóvão
CRM - 19433





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 HISTORIA DE FRATURA DO RADIO DISTAL DIR, HA 50 DIAS, SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO 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
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 19433

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433



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 **Alta:** 29/06/2018 12:04



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





MIRIAM

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

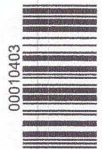
FATURA DE
JUN/2018
CÓDIGO MINHA OI
400590018072

VENCIMENTO
11/07/2018
Emissão em 25/06/2018
Período de 23/05/2018 a 23/06/2018

PAGAR (R\$)
124,93



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



7200039896 00000 00000000000 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.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI CONTA 100	57,34
MÓVEL [81] 98646-5296 + Oi Internet Pra Celular	30,54
+ Torpedo 100	0,00
TOTAL DE MENSALIDADES	87,88
Alem disso, você... utilizou minutos a mais do plano em ligações locais	37,05
SUBTOTAL	124,93
TOTAL DA SUA FATURA	124,93

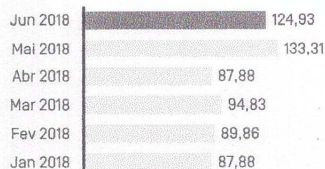
MIRIAM RAMOS DE LIMA
CPF: 781.621.144-91
NÚMERO DO CLIENTE: 2083747863
NÚMERO DA FATURA: 975837130
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 400590018072

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



Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de 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	FATURA DE	VENCIMENTO	VALOR
MIRIAM RAMOS DE LIMA	JUN/2018	11/07/2018	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: 70719900
CNPJ: 06.423.983/0001-11
Inscrição Estadual: 07.441.356/001/93
Inscrição Municipal:



TP3 - VOL.35 - 26_068_BF-BP-CT2PFD_VY_MC_006_201802724606_PROD_0000_SADA_GAD - CLASSE - Y - MODELO - E - REGRA - 3 - DB1-10403 - FOLHA: 1515

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

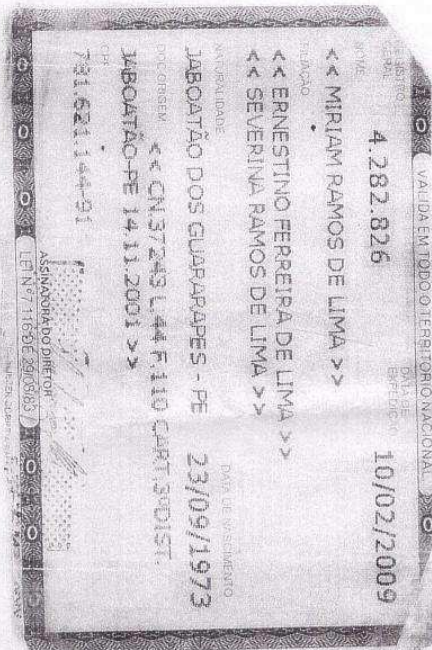
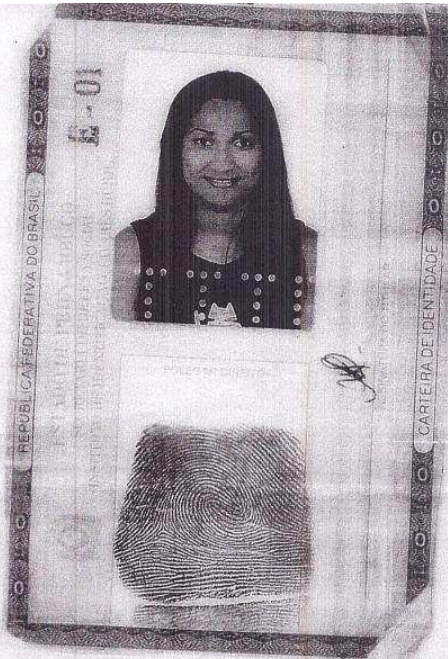
CPF/CNPJ: 78162114491

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







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**

Digito 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

2ª VIA

Número 58996 Série 00038

ASSINATURA DO PORTADOR



MINISTERIO DO TRABALHO
Convênio
Nº 152
SRTE/PE



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Milislawn Ramnes da Lima*

Loc. Nasc *Yalobataba do Guaxarapes PE* Data *23/09/73*

Filiação *Ornielstano J. Ferreira de Lima*

Serviço Ramnes da Lima

Doc. Nº *RE 928826 SDS PE D.E. 10.02.09*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.: SRTE *PE*

Data Emissão *09/09/13* SRTE *PE*

Assinatura do Funcionário

mat. 329.714-2



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Ideal Fátima Medi-
amentos Ltda

CNPJ/MF 08 950 457 0001-79

Rua Barão de Bonito Nº 84

Município Recife Est. PE

Esp. do estabelecimento

Cargo Aux de Crédito e Administração

..... 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/mês

.....

.....

08 950 457 0001-79 Ass. do empregador ou a rogo c/test

181201033310-2 Insc. Estadual

1º 2º
Data saída 13 de Novembro de 2018

.....

LIDER COMERCIO E VAREJO LTDA ME Ass. do empregador ou a rogo c/test

1º 2º

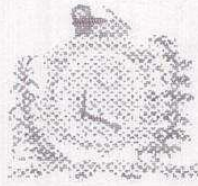
Com. Dispensa CD nº

.....



Z/z

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/6ªDESEC

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 - Culposos (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
MAGALHAES, 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:
4282826/SDS/PE (RG). 78162114491 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3°. GRAU
COMPLETO Profissão: ADMINISTRADOR(A) Telefones Celulares:
- 986465296**

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO NOGUEIRA, 85, RUA ANTONIO N OQUEIRA 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 AÇOUGUE VEIO UMA MOTO DA PLCA E MARCA NÃO ANOTADOS E BATEU NA VÍTIMA A MESMA CHAMOU SEU ESPÓSO 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 DESTAL FOI SUBMETIDA A CIRURGIA COM PLCA E PARAFUSO A MESMA PROCUROU ESTÁ DELEGACIA PARA PROVIDÊNCIAS CABNIVEIS.

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

MIRIAM RAMOS DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ENIDIO GOMES DE AGUIAR FILHO - Matrícula: 3899820



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular: <i>Miriam Ramos de Lima</i>	
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	Estado Civil: <i>Solteira</i>
RG: <i>4.282.826</i> <i>DS/PE</i>	CPF: <i>781.621.144-91</i> Nasc.: <i>23/09/1973</i>
Profissão: <i>Administradora</i>	
Endereço: <i>Rua Antonio Noqueira n° 85 AP-104</i>	
Bairro: <i>Vênzea</i>	CEP: <i>50740-290</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 ressarcí-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



SP

Sena & Papariello
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Miriam Ramos de Lima

RG 4282.826 CPF 781.621.144-91 PROFISSÃO Administradora

ESTADOCIVIL Solteira ENDEREÇO Rua Antonio Noqueira

Nº 85 JP-104 / Varzea / 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 judicium*”, para defender os interesses e direitos do outorgante, e ações 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 referencia 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

[Assinatura]

Outorgante

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



SP

Sena & Papariello
ADVOGADOS

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Miriam 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, 07 de janeiro de 2019

Local e Data


DECLARANTE

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

