



Sena & Papariello
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Eliane Monteiro Lopes
RG 5.463.140 CPF 009.758.104-64 PROFISSÃO autônoma
ESTADOCIVIL solteira ENDEREÇO Rua Randalfo Pinto
Ferreira n°37 B Bengi Recife PE
EMAIL elianemonteiro0150@gmail.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 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, 05 de junho de 2019.
Local e Data

Eliane Monteiro Lopes
Outorgante

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





Sena & Papariello
ADVOGADOS

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Eliziane Monteiro Lopes
_____, brasileiro(a) portador do RG: 5.463.140 e
CPF: 009.758.104-64, 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, 05 de junho de 2019.

Local e Data

x Eliziane Monteiro Lopes

DECLARANTE

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

Fones: 3241.4001 / 8876.5452



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular: <i>Eliziane Monteiro Lopes</i>	
Nacionalidade: <i>brasileira</i>	Estado Civil: <i>solteira</i>
RG: <i>5.463.340</i>	CPF: <i>009.758.304-64</i> Nasc.: <i>30/04/1974</i>
Profissão: <i>autônoma</i>	
Endereço: <i>Rua Randolfo Pinto Ferreira nº 17B</i>	
Bairro: <i>Bongi</i>	CEP: <i>50751-455</i>
Município: <i>Recife</i>	Estado: <i>Pe</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, nº 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 ressarcir-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, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452

x *Eliziane Monteiro Lopes*



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, 05 de junho de 2019.

x Eliane Monte LOPES

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA -
DP13ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0103000751**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/04/2018** às
08:40

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **11/02/2017** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ACAJUTIBA, 240 - Bairro: SAN MARTIN -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ELIANE MONTEIRO LOPES (VÍTIMA)

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

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)

**ELIANE MONTEIRO LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IVONETE
MARIA DOS SANTOS Pai: IVAN MONTEIRO LOPES Data de Nascimento: 10/4/1974
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5463146/SDS/PE (RG).
00378210464 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: DO LAR
Endereço Residencial: RUA ACAJUTIBA, 240, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN
MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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



Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA SENTADA NA CALÇADA, QUANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA E CARACTERISTICAS DESCONHECIDAS, EM ALTA VELOCIDADE A ATROPELOU E SE EVADIU. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR VIZINHOS E LEVADA PARA UPA-CAXANGÁ E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE ONDE SUBMETEU-SE A CIRURGIA. A VITIMA APRESENTOU AQUI FICHA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO DA UPA Nº 1073566 E PRONTUARIO MEDICO DO HOSPITAL SANTA CASA Nº 457492 ASSINADO PELO DR. AZARIAS SALGADO, CRM 6218. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

x *Eliane Monteiro Lopes*
ELIANE MONTEIRO LOPES
(VITIMA)

B.O. registrado por: ~~MARCONI GAMA DE OLIVEIRA~~ - Matrícula: 2298415

24/04/2018 08:26



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: 15

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-Torácicas: 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 () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: 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 Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRASFERÊNCIA

Tratamento Clínico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: Hospital Santo Amaro

Médico Regulador: _____

Hora: 23:00

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e Data

Assinatura do Médico Assistente
Médico Assistente

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018



PACIENTE: Eliane Monteiro Lopes
MÉDICO:

LEITO: REG: 1093566
DATA: 04/10/17

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CHEGAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Dieta VO livre pl HAS		
2) Racefim 1g - 01 FA + SF 0.9% 100 ml IV 12/12h		
3) Clindamicina 600 mg - 1 FA + SF 0.9% 100 ml IV 8/8h		
4) Zupirone 1g - 01 Amp + AD IV 6/6h (FIXO)		
5) Trocadol 100 mg - 01 FA + SF 0.9% 100 ml IV 5/5h		
6) Cetapropeno 100 mg - 01 FA + SF 0.9% 100 ml IV 12/12h		
7) metoclopramida 10 mg - 01 FA + AD IV 5/5h		
8) Mevir PA e HGT 6/6h		
9) Captapril 25mg - 01 cp VO, de PAS > 160 e/ou PAD > 110 3/m		
10) Insulina Regular, conforme HGT:		
0 - 200 : 0 UJ 251 - 300 : 6 UJ 351 - 400 : 10 UJ		
201 - 250 : 4 UJ 301 - 350 : 8 UJ > 400 : 12 UJ		
11) SSU + OGG		
12) Ilex - 1 cp VO, de 8/8h		
<div> <div>ARUANA SEGUROS</div> <div>25 JUL 2018</div> </div>		

+	Nome: <u>Elaine Monteiro hoes</u> Inf.: _____ Leito.: <u>M-01</u>	
Data	Evolução Clínica: REG: <u>1073566</u>	
<u>04/10</u> <u>8h</u>	<p># Amarela # ♀, 43 anos</p> <p>HD: ① Infecção de partes moles. (MIE) ② HAS</p> <p>Em uso de: ① Rocefin 1g 12/12h ② Clindamicina 600 mg 8/18h > Do: 03/10 ③ Sintomáticos</p> <p>Paciente queixando-se de náuseas, tontura giratória e cefaleia e dor em MIE. Negro demais queixas.</p> <p>Ao exame: EB Bom, consciente, orientada, normoconada, anisotônica, aciautótica</p> <p>ACV: RCR em 2T 3NF 55, FC: 105 bpm PA: 140 x 100 mmHg</p> <p>AR: MV+ em AHT sem RA, SO₂ 99%</p> <p>ABD: Semi globoso, depressível, indolor à palpação, RHA+</p> <p>EXT: MIE edemaciado com lesões vesiculares. Demais extremidades sem edemas e bem perfundidos.</p> <p>CD: ① manteveu ATB. ② Acrescento Tylenol para melhor manejo de analgesia. ③ Foco guia de transparência.</p> <p style="text-align: right;">Juliana N. P. <i>[Assinatura]</i> Cia.</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> ARUANA SEGUROS 25 JUL 2018 </div>	



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 03/10/2017 19:37

Nome Paciente: ELIANE MONTEIRO LOPES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 10/04/1974
Sexo: Feminino
Idade: 43
Senha: CG0183
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/10/2017 19:37 - 03/10/2017 19:38

MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - COREN: 466090 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Fluxograma/sintoma:

RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Discriminador(es):

- RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Especialidade:

CLINICA GERAL

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

Acolhido(a) por: MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - COREN: 466090 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

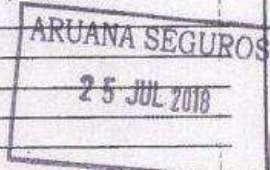
Data Impressão: 03/10/2017 19:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome:	Eliane Monteiro Lopes		Registro:
Clínica:	Enfermeira:	Leito: m-01	
Hipótese Diagnóstica:			
Hora Admissão:	PLANTÃO DIURNO		Data: 04/10/17
Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/> LVO	<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:
Curativo	<input type="checkbox"/> Sim	<input 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 type="checkbox"/> Presente () SVD/SVA	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:
Observações:			
Técnico de Enfermagem: Cristiane 45812 e Márcio			
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome:	Eliane Monteiro Lopes		Registro:
Clínica:	Enfermeira:	Leito: M01	
Hipótese Diagnóstica:			
Hora Admissão:	PLANTÃO NOTURNO		Data: 04/10/17
Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/> LVO	<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:
Curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:
Evacuações	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:
Diurese	<input checked="" type="checkbox"/> Presente () SVD/SVA	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:
Observações:			
Técnico de Enfermagem: Erika Silva + Geraldo COREN-PE 27.781 644.600			
Cuidados de Enfermagem:	Horário	Responsável	



HORA	SINAIS VITAIS					OXIGENIOTERAPIA			GANHOS		CONTROLE					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	140x100															76	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18	130x90															85	
Total																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24	130x90															96	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
16	130x90															110	
Total																	

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018



Protocolo de Encaminhamento	
TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência (X) Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA _____	
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>Éliane Monteiro Lopes</u>	Idade: <u>43 anos</u>
Sexo: M () F (X) Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: <u>Recife - PE</u>	
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: _____	
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Paciente refere trauma em MJE (O110) excluindo qualquer infecção de partes moles, em uso de Rocefin e Clindamicina desde 03/10.</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Infecção de partes moles</u>	
procurou o acolhimento esq. 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 () Lesões 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
ARUANA SEGUROS 25 JUL 2018	



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ☒ Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo 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 Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

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

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 ()

Loió () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala 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 Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRASFERÊNCIA

Paciente vítima de queda da escada (segundo prontuário) e atropelamento por moto segundo a paciente. Excluiu com injeção de pontos moles em MIE. Em uso de Rocefin e clindamicina desde 03/10. Paciente estável, eufórica SatO2 99%.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e Data

Médico Assistente

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 370399
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: ELIANE MATILDO LOPES Idade: 43
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

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: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Doença de base
Arterial
hipertensão
Hipótese Diagnóstica: Infarto do miocárdio

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 () Lesões 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

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 04/10/2017 22:55

Nome Paciente:	ELAINE MONTEIRO LOPES
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	04/10/1974
Sexo:	Feminino
Idade:	43
Senha:	CG0191
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 04/10/2017 22:55 - 04/10/2017 22:55

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

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: SALA AMARELA

Fluxograma sintoma: RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Discriminador(es): - RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Especialidade: CLINICA GERAL

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

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

Data Impressão: 04/10/2017 22:55

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



PACIENTE: Eliziane Monteiro Lopes REG: _____
DATA: 04/10/17 HORA: 14:26 SETOR: Amplexa LEITO: 101

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

5 - Pele:

Íntegra () Não íntegra / Local () MIE Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()

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

Edema / Local () : _____ Acesso venoso 17SD

Tala Curada
em MIE

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

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

Cateter Nasal () l/m Venturi () % TQT () VNI () AVN () 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 () Ausente () Aspecto _____ Tempo _____ dias

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

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

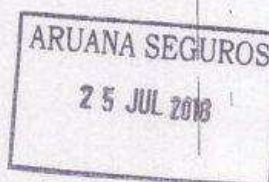
PA: 100/100 mm/Hg P: 108 bpm Sat O₂: 99 % T: _____ °C

HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Exemplo segue as ordens da equipe. Aguarda vaga em
hospital de emergência.

Vanessa Oliveira
Enfermeira
COREN-PR 17111



ENFERMEIRO/COREN: _____



PACIENTE: Elaine Monteiro Lopes REG: 1074519
DATA: 04/10/17 HORA: 22:30 SETOR: omni LEITO: 1101

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

5 - Pele:

Íntegra () Não íntegra / Local (✓): nis Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()

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

Edema / Local (): _____ Acesso venoso md

6 - Condições de Higiene

Satisfatória (✓) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

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

Cateter Nasal () ___l/m Venturi () ___% TQT () VNI () AVN () 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 (✓) Ausente () Tempo _____ dias

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

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: 130/90 mm/Hg P: 100 bpm Sat O₂: 99 % T: 36 °C

HGT: 95 mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Paciente recebeu analgésico e paracetamol
ao V. 5C nas veias.
Elaine
321304
com PG



ENFERMEIRO/COREN: _____



PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

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

5 - Pele:

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: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C
HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018

ENFERMEIRO/COREN: _____



PACIENTE: Eliane Montino Lopes REG: _____
DATA: 03/10/17 HORA: 10:49 SETOR: _____ LEITO: 1101

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

5 - Pele:

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

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

Edema / Local () : _____ Acesso venoso _____ USE

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 () Ausente () Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias

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

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: 80x90 mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: 36,5 °C

HGT: 92 mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Paciente segue sob cuidados da equipe. Aguarda vaga em
hospital de convênio.

Vanessa Oliveira
Enfermeira
COREN-PE 20140

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

ENFERMEIRO/COREN: _____



PACIENTE: Eliane Mantemso Lopes REG: 1073566
DATA: 03/10/18 HORA: 23:05 SETOR: puenteleito: 101

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

5 - Pele:

Íntegra () Não íntegra / Local ☒ muco Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()

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

Edema / Local () : _____ Acesso venoso muco

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória ☒ Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico ☒ Dispneico () 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 ☒ Ausente () Tempo _____ dias

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

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: 110 x 70 mm/Hg P: _____ bpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C

HGT: 96 mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

Seguindo em observação e os cuidados de enfermagem

ENFERMEIRO(COREN):



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome:	GLIANE MONTEIRO LOPES		Registro:
Clinica:	Enfermeira:	Leito:	
Hipótese Diagnóstico:			
Hora Admissão:	PLANTÃO DIURNO		Data:
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:
Curativo	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:
Evacuações	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:
Diurese	<input checked="" type="checkbox"/> Presente () SVD/SVA	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:
Observações:			
Suzângela / Glíciene			
Técnico de Enfermagem:			
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome:	Glíciene Monteiro Lopes		Registro:
Clinica:	Enfermeira:	Leito:	
Hipótese Diagnóstico:			
Hora Admissão:	PLANTÃO NOTURNO		Data:
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:
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 checked="" type="checkbox"/> Presente () SVD/SVA	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:
Observações:			
Técnico de Enfermagem:			
Cuidados de Enfermagem:			
Horário		Responsável	

Glíciene Costa
Téc. de Enfermagem
CRP 508474

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018



HORA	SINAIS VITAIS				OXIGENIOTERAPIA			CONTROLE							OUTROS	
	FR (rpm)	FC (bpm)	Sat. O2 (%)	Temp.	Cateter O2	VENTURI	VENT. MEC	GANHOS		PERDAS					HGT (mg/dl)	Asp. VAS
								SNG/SNE	Soro/Med IV	SNG (ml)	Drenos (ml)	Diurese (ml)	Fezes (+/4+)	Vômitos (+/4+)		
7																
8																
9																
10																
11																
12	130x90			36,5											92	
13																
14																
15																
16																
17																
18	130x80			36,0											125	
Total																
19																
20																
21																
22																
23																
24	160x100														96	
1																
2																
3																
4																
5																
6	140x20														83	
Total																

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018



Data do Atendimento: 04/10/2017 Hora: 23:02:04

No. Atendimento: 1075048

CLINICA GERAL

PRONTUÁRIO: 138260

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Colaborador: IVANISELC

Nome: **ELIANE MONTEIRO LOPES**

Sexo: F

Data de Nascimento: 10/04/1974

Idade: 43 Anos, 5 Meses e 24 Dias

C.I.:

Pais ou responsáveis: IVONETE MARIA DOS SANTOS

Endereço: RODOLFO, 17 B - BONJI/ - 50751125

Cidade: RECIFE

Tel.:

Hora do Atendimento: / Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

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

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

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

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

Médico - Carimbo e Assinatura



+	Nome:	Enf.:	Leito.:
Data	Evolução Clínica:	REG:	
<div data-bbox="917 1568 1197 1758" data-label="Text"><p>ARUANA SEGUROS 25 JUL 2018</p></div>			



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: _____		Registro: _____	
Clínica: _____		Enfermeira: _____	
Hipótese Diagnóstico: _____		Leito: _____	
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: <u>Eleane mamede lopes</u>		Registro: _____	
Clínica: _____		Enfermeira: _____	
Hipótese Diagnóstico: _____		Leito: <u>MOI</u>	
Hora Admissão: _____		PLANTÃO NOTURNO	
Data: <u>03/08/19</u>			
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: _____
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 type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVD/SVA	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Observações: _____			
Técnico de Enfermagem: <u>Eleane + Wellington</u>			
Cuidados de Enfermagem: _____		Horário	Responsável
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____

ARUANA SEGUROS
 25 JUL 2019



HORA	SINAIS VITAIS					OXIGENIOTERAPIA			CONTROLE			OUTROS	
	FR (rpm)	FC (bpm)	Sat. O2 (%)	Temp.	Cateter O2	VENTURI	VENT. MEC	GANHOS	PERDAS			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												160	

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018



DATA: 02/10/17

HORA: 10:40h

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Ediane Monteiro Lopes
IDADE: 43 REG: _____ SETOR: Amorula LEITO: 1101

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: fratura de calcâneo (E)

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 () Midríase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta:

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

5. Pele:

Integral () Não integral () Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica () Cianótica () Acianótica () Sudoréico ()
Lesões () Local: _____ Edemas () Local: _____ Acesso venoso: USE

6. Condições de Higiene:

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

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

10. SSVV:

PA: 130x90 mm/Hg P: _____ bpm FR: _____ rpm Sat O₂: _____ % T: 36,5 °C HGT: 92 mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018

Tala Curada



Diagnósticos de Enfermagem	Evidenciado por:	Intervenções de Enfermagem
1. Eliminação Urinária Prejudicada	() Disúria () Incontinência () Urgência Urinária	() Descrever Características da Diurese () Estimar a ingestão hídrica () Medir Diurese Outros: _____
2. Risco de Infecção	Evidenciado por: () Febre Rompida (ex. excreto venoso) () Imunossupressão () Doença Crônica () Aumento da exposição a patógenos	() Registrar Temperatura 6h e 18h () Monitorar Sinais Flogísticos () Trocar AVP a cada 72 horas Outros: _____
3. Dor Aguda	Evidenciado por: () Gêmitos/Choro/Inutilidade () Expressão Facial () Relato Verbal de Dor	() Descrever Características da Dor () Manter em Posição Confortável () Registrar Alterações do Tônus Muscular Outros: _____
4. Risco de Quedas	Evidenciado por: () Ausência de Grades de Proteção () Mobilidade Física Prejudicada	() Avaliar Grades de Proteção () Orientar aos Responsáveis Outros: _____
5. Integridade do Pele Prejudicada	Evidenciado por: () Rompimento da Superfície da Pele () Distribuição de Camadas de Pele () Edema	() Manter Pele Hidratada () Realizar Curativos () Alertar para Sinais de Infecção () Descrever Características do Edema () Registrar presença de Infecção Outros: _____
6. Mobilidade Física Prejudicada	Evidenciado por: () Amplitude Limitada dos Movimentos () Movimentos Descontrolados	() Mudar o Decúbito () Manter Pele Hidratada Outros: _____
7. Padrão Respiratório Ineficaz	Evidenciado por: () Ventilação-Minuto Diminuída () Uso da Musculatura Acessória	() Avaliar Permeabilidade das Vias Aéreas () Manter para Fatores Contribuintes e/ou Causadores () Monitorar a FR Outros: _____
8. Risco de sangramento	Evidenciado por: () Distúrbios Gastrointestinais () Ferimentos Secundários ao Trabalho () Punção Hepática Prejudicada () Trauma	() Monitorar Nível de Consciência () Realizar Curativos Compressivos () Observar Perfusão Periférica Outros: _____
9. Dábito Cardíaco Diminuído	Evidenciado por: () Alterações no ECG () Arritmias () Taquicardia () Síndromes Coronárias	() Monitorar a FC e regularidade do Pulso () Realizar Manobras de SBV () Posicionar adequadamente no Leito () Observar sinais de angina Outros: _____
10. Disfagia Prejudicada	Evidenciado por: () Enxofre () Engasgo () Dificuldade de Deglutar () Refluxo Nasal	() Avaliar Necessidade de Dieta por Sonda () Elevar Decúbito a 45° () Avaliar Avaliação da Dieta Outros: _____
11. Instabilidade e Pressão Arterial: Diminuído	Evidenciado por: () Hipotensão () Vertigem () Síncope () Parosmia	() Medir pressão arterial a cada _____ h () Manter decúbito no leito a _____ graus () Outros: _____
12. Glicemia Prejudicada: Diminuído	Evidenciado por: () Sudorese () Alteração do Nível de Consciência	() Medir e registrar HGT a cada _____ h () Avaliar / observar nível de consciência Outros: _____
ITU: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO	FR: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	SBV: SUPORTE BÁSICO DE VIDA
FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA	ECG: ELETROCARDIOGRAMA	AVP: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

TEC. DE ENFERMAGEM COREN:

Vanessa Oliveira
COREN-PE 278340

ENFERMEIRO / COREN:



Relatório Médico de Alta

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1553 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta.casa@santacasa.org.br
Site: www.santacasa.org.br

Nome: ELIANE MONTEIRO LOPES

Reg.: 457492

Pront.: 1062792

Sexo: Feminino

Dt. Nasc.: 10/04/1974

Idade: 43

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 05/10/2017 09:20

Alta: 11/10/2017 10:57

Admissão:

FRATURA EM CALCÂNEO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S92.0 FRATURA DO CALCÂNEO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SAO FRANCISCO	05/10/2017 09:20	11/10/2017 10:57	6 dia(s)

Orientação:

OBSERVAÇÕES:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218



Data do Atendimento: **01/10/2017** Hora: **20:01:20** PRONTUÁRIO: 97605
No. Atendimento: **1073566** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: FABIOLAMF
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: **ELIANE MONTEIRO LOPES**

Data de Nascimento: 10/04/1974

Idade: 43 Anos, 5 Meses e 21 Dias

Pais ou responsáveis: IVONETE MARIA DOS SANTOS

Endereço: RODOLFO, 17 D - BONJW - 50950110

Cidade: RECIFE

Tel.: 81

9880442092 5 JUL 2018

Hora do Atendimento: / Hs

Sexo: F
C.I.: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UPA CAXANGÁ
RAIO X
TIPO: PERNA + TNR
HORA: 20:01
Assinatura: *[assinatura]*

QPD / HDA: Paciente com histórico de trauma
do joelho, apresentando dor no MIO

EXAME FÍSICO: Dor a inspeção + dor ao toque
distal do TIBIO / TUBEROSIDADE
ADM diminuída N: 80 mmHg

DIAGNÓSTICO: 1) Luxação lateral do joelho
2) Luxação lateral do joelho com lesão ligamentar
3) Rotura do ligamento cruzado anterior

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: 1) Analgésico
2) Repouso
3) Imobilização com tala

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 1) Exame físico
2) Exame de imagem
3) Exame de imagem

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: 4) Encaminhado via ambulância

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado 1) 170x120 mmHg

Assinatura: *[assinatura]* Médico - Carimbo e Assinatura
Edna C.A. Gomes
CRM-PE 22416



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 01/10/2017 19:24

Nome Paciente: ELIANE MONTEIRO LOPES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 10/04/1974
Sexo: Feminino
Idade: 43
Senha: OR0052
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 01/10/2017 19:56 - 01/10/2017 19:57

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

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: DOR EM MIE APÓS TRAUMA

Observação: REFERE HAS
NEGA DM E ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

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

Data Impressão: 01/10/2017 19:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Data do Atendimento: 03/10/2017 Hora: 19:53:03
No. Atendimento: 1074519 CLINICA GERAL
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO PRONTUÁRIO: 97605
Colaborador: FABIOLAMF

Nome: ELIANE MONTEIRO LOPES Sexo: F
Data de Nascimento: 10/04/1974 Idade: 43 Anos, 5 Meses e 23 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: IVONETE MARIA DOS SANTOS
Endereço: RODOLFO, 17 D - BONJI - 50950110
Cidade: RECIFE Tel.: 81 988044209
Hora do Atendimento: 22 / 45 Hs Peso: Kg Temperatura:

QPD / HDA: Paciente apresentando vesículas, dor, lesões
vesiculosas + diátese em MIE.

Presença de diátese em MIE
EXAME FÍSICO: com lesões vesiculosas em MIE

H/O: ⑤ Infecção de partes moles

DIAGNÓSTICO: CD. ⑤ Infecção ATB
ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO
Victor Hugo da Luz
CRM 19.191

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:
*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

**Hospital Ingrid
Maria Lucinda**
FUNDADO MURIEL DE SILOS ALMEIDA

REG: 1693566
DATA: 03/10/19

LEITO:

GOVERNO DE
Pernambuco

PACIENTE: Glauce Monteiro Lopez

MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CHEGAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Dor no joelho	✓ SVD	✓ SVD
2) Dipirona 1g - 01 amp + AD 2V 6/6h	✓ SVD	✓ SVD
3) Tramadol 100mg - 01 amp + SFO 97.100ml IV S/N	✓ SVD	✓ SVD
4) Ceftriaxona 1000mg - 01 amp + SFO 97.100ml IV S/N	✓ SVD	✓ SVD
5) Metoclopramida 10mg - 01 amp + AD IV S/N	✓ SVD	✓ SVD
6) SSVN + CCG Co	✓ SVD	✓ SVD
7) Dor no joelho - 03 FA + SFO 97.100ml IV S/N	✓ SVD	✓ SVD
8) Dor no joelho - 03 FA + SFO 97.100ml IV S/N	✓ SVD	✓ SVD

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2019

Victor Hugo M. da Luz
Médico
CRM 12.191

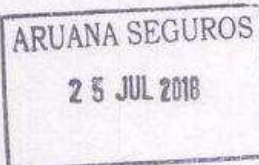
DECLARAÇÃO

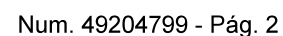
Declaramos para os devidos fins, que a paciente **ELIANE MONTEIRO LOPES**, prontuário nº 106.2792, admitida neste hospital em 05/10/2017 com diagnóstico de Fratura de Calcâneo Esquerdo, sendo submetida a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 11/10/2017.

Recife, 06 de Novembro de 2017.

Roberta G. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CAMIFE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro







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: **ELIANE MONTEIRO LOPES**
Nº Registro: 457492 Nº Protuário: 1062792 Sexo: Feminino Idade: 43 ano (s)
Data: 10/10/2017 / 11:17 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 05/10/2017 09:20 Data da alta: 11/10/2017 13:50
Intervalo: 6

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura de Calcâneo Esquerdo CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Esquerdo + Osteotomia CÓDIGO: 0408050535 / 0408060190

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

ARUANA SEGUROS

25 JUL 2018

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 04 dias, resultando em Fratura de Calcâneo Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 17/10/2017 08:56:16.

Dr. Azarias Salgado
CRM: 6218
17/10/2017

Dr. Azarias Salgado
CRM: 6218
17/10/2017





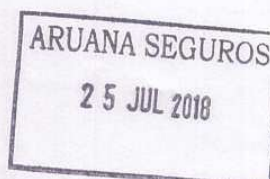
Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ELIANE MONTEIRO LOPES**
Nº Registro: 457492 Nº Protuário: 1062792 Sexo: Feminino Idade: 43 ano (s)
Data: 10/10/2017 / 11:17 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 05/10/2017 09:20 Data da alta: 11/10/2017 13:50
Intervalo: 6

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Calcâneo Esquerdo CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 17/10/2017 08:56:16.

Azarias Salgado
Osteodonta Transversária
CRM 6218

Azarias Salgado
Osteodonta Transversária
CRM 6218





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: **ELIANE MONTEIRO LOPES**

Nº Registro: 457492 Nº Protuário: 1062792 Sexo: Feminino Idade: 43 ano (s)
Data: 10/10/2017 / 11:17 Convênio: SUS - AMB

Intervalo: 6

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 10/10/2017-11:17

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Calcâneo Esquerdo

Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Calcâneo Esquerdo

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Esquerdo + Osteotomia

Cirurgião: Dr. Azarias Salgado

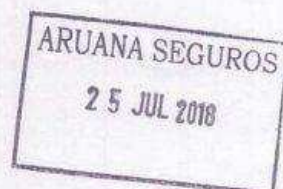
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão lateral do pé;
4. Abordagem por planos;
5. Dissecção por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado exploração articular a partir de osteotomia (abertura de janela óssea), realizado redução do foco da fratura com aposição de 01 parafuso esponjoso. Verificado boa aposição dos implantes;
6. Limpeza com SF 0,9%;
7. Sutura por planos;
8. Curativo;
9. Tala gessada tipo bota;
10. RX de controle;

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 17/10/2017 08:57:33.

Dr. Azarias Salgado
Assinado digitalmente
17/10/2017



SINISTRO 3180342618 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIANE MONTEIRO LOPES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ELIANE MONTEIRO LOPES**CPF/CNPJ:** 00975810464**Posição em 05-06-2019 09:10:18**

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
31/08/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,0









CAIXA



CTC RECIFE PE PL1
ELIANE MONTEIRO LOPES
R RANDOLFO PINTO FERREIRA 17 B
BONGI
50751-455 RECIFE - PE



7211307021 98470 21000005118 30 180219
Vencimento: 01/01/2001 Postagem: 18/02/2019 Emissão: 18/02/2019



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
 Converse e discuta no trabalho pertencem a acidentes pela desatenção.
 Leia e refleta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os meios, pulseiras, gravações e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.
 Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 81897 Série 00074



Eliziane Maria Tavares Lopes
 ASSINATURA DO PORTADOR



Nome Eliane Monteiro Lopes
Loc. Nasc. Recife Est. PE Data 10/04/74
Filiação João Monteiro Lopes e
Dionete Maria dos Santos
Doc. Nº RG 5463140 SSX/PE

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 19/03/02 DRT 86/

Assinatura do Funcionário

Nome

Doc.

Nome.....

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.

Doc.



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

