

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ADALBERTO DE OLIVEIRA

brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 056.951.974-40 e portador da cédula de identidade nº 7.194.289-501/PE, residente e domiciliado(a) na Rua das Iunghas, 73, Pente dos Caninhos, nº 73, bairro de SANTO AGOSTINHO/PE, na CEP 54.580-545 cidade /.

**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: [anasantosadv1@gmail.com](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

**JUSTIÇA GRATUITA:** Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

**CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL:** Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

X. Adalberto de Oliveira  
Outorgante



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, ADALBERTO DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTÔNOMO Inscrito no CPF/MF sob o nº 056.951.014-40, e portador da cédula de identidade nº 7.194.289 - SDS/PE, residente e domiciliado(a) PRAIA DOS MILAGRES, nº 73, bairro PONTE DOS CARVALHOS, CEP 54580-545 na cidade de CABO PESADO AGOSTINHO / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

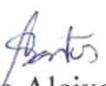
NOME: Adalberto de Oliveira



## SUBSTABELECIMENTO

**ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630,  
**Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 30.197D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por: **ADALBERTO DE OLIVEIRA**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 25 de Abril de 2019.

  
Ana Cristina Aleixo Pereira Santos

OAB/PE 28697-D





Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 19/05/2019 22:24:31  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051922243142300000044633619>  
Número do documento: 19051922243142300000044633619

Num. 45319033 - Pág. 1





Comissão de Operações

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0130004814**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/08/2018 às 09:37

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 2/8/2018 às 14:30

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 61 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
GERALDO JOSE RAMOS DA SILVA (OUTRO )  
ADALBERTO DE OLIVEIRA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

of 2

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

07/08/2018 09:10

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

**ADALBERTO DE OLIVEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANADJA MARIA DA SILVA Pai: ROSEVALDO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 08/01/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: RUA PAULO FREIRE - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 21 - CEP: 56666-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

**GERALDO JOSE RAMOS DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**GM / CELTA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categorização/Motivo: AUTOMÓVEL / MOTO / TA Objeto apreendido: N/A



**MOTOCICLETA (VEÍCULO)**, que estava em posse do(a) Sr(s): **ADALBERTO DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TWISTER** Objeto apreendido: **Não**  
Cor PRETA - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MMW6666 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **B12421552**

### Complemento / Observação

**CONPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SR. ADALBERTO DE OLIVEIRA, PARA COMUNICAR O FATO DE TER SIDO VÍTIMA EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE NO MOMENTO ELE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CEX 250 TWISTER, DE COR PRETA, DE PLACA MMW 6666, PELA RODOVIA BR 101 SUL, NO BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS, QUANDO UM AUTOMÓVEL QUE ESTAVA NA VIA IMEDIATAMENTE A SUA FRENTES CONDUZIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, FREIOU BRUSCAMENTE E O SR. ADALBERTO DE OLIVEIRA, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRIPTA NESTE BOLETIM, COLIDIU CONTRA A**

of 2

07/08/2018 09:37

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

**TRAZEIRA DO AUTOMÓVEL GM / CELTA, DE PLACA NÃO ANOTADA, VINDO A TOMBAR COM A MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU, PARA O HOSTAL DOM HELDER GÂMARA, NESTE MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO.**

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

**ADALBERTO DE OLIVEIRA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MOISÉS MARINHO DA SILVA - Matrícula: 318832-4**

**07/08/2018**





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho  
Secretaria Municipal de Saúde



## DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência S509221 que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o Sr. ADALBERTO DE OLIVEIRA CPF: 056.951.914 - 40; no dia 02 de agosto de 2018, às 14h35, na BR – 101, em frente a igreja dos mormos e do posto shell, Cabo de Santo Agostinho, vítima de acidente de trânsito, colisão moto x carro.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 09 de agosto de 2018.

Atenciosamente,

Fábio Marinho  
Coordenador Geral  
SAMU 192 Cabo  
Mat. 43.080

Fábio Marinho  
Coord. Geral SAMU 192 Cabo  
Mat 43.080

Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho  
Fone: 3524 – 6099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 37314  
Paciente : 107739  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 709  
Dt. Início : 04/08/2018 20:45  
Cid Pré-Operatório : S423  
Cid Pós-Operatório : S423

Sala : 0003 SALA 03  
ADALBERTO DE OLIVEIRA  
SUS - INTERNACAO  
403 - 03 - LT TRAUMA  
FRATURA DA DIAFISE DO UMERO  
FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Atendimento : 449163  
Carteira :  
Idade : 32 Anos

Procedimento: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

**Equipe Médica**

CIRURGIAO 15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA  
ANESTESISTA 21920 MAIRA FALCAO PONCELL

**Descrição Cirúrgica :**

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL EM MESA CIRÚRGICA SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO POSTERO-LATERAL
5. ABERTURA POR PLANOS + ISOLAMENTO DE NERVO RADIAL
6. VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + ABERTURA DE CANAL MEDULAR
7. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
8. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO DO UMERO COM PLACA DCP 4,5 MM COM 08 FUROS + COLOCAÇÃO DE 8 PARAFUSOS CORTICais
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. APOSIÇÃO DE DRENO À VÁCUO 4,8 EM FO
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. RX CONTROLE

**Utados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

Bruno Henrique H. de Lira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 15.820/TEOT 13.110

DR(A) : BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA  
CRM : 15820

07 AGO 2018



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/08/2018 15:08

Nome Paciente:	ADALBERTO DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	30/08/1995
Sexo:	Masculino
Idade:	22
Senha:	0033
Convênio:	-
Atendimento:	-
SAME:	-

Período: 02/08/2018 15:12 - 02/08/2018 15:16

WALTER AMBROZIO DE SOUZA NETO - COREN: 535262 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELO SAMU APÓS VITIMA DE COLISÃO  
RELATA DOR EM MSE POSSIVEL FRATURA DE UMERO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): -DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: WALTER AMBROZIO DE SOUZA NETO - COREN: 535262 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 02/08/2018 15:16

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 19/05/2019 22:24:31  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905192224316000000044633621>  
Número do documento: 1905192224316000000044633621

Num. 45319035 - Pág. 2



## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Walter de Souza Registro:

Clinica: 035 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	05/08/18
Paciente	1-080 Nohem euro dable
Espécie	3ma eyda de Saba -
Adens	Sabia / Novo niver
Procedimento	Altera - celas nahe
CA:	<b>Filho</b>

Dr. Antônio Lobo Silveira  
Médico  
CRM 2402



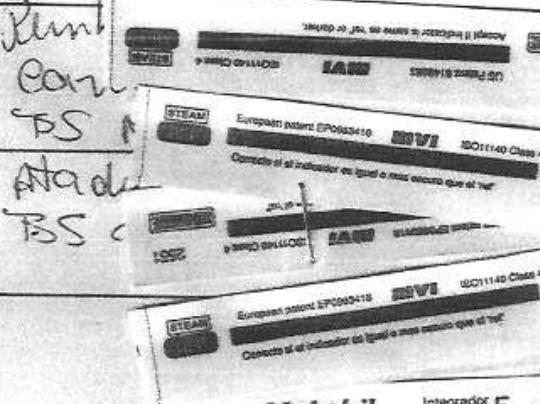
### IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

#### 1. Identificação

Nome:	<i>Adalberto de Oliveira</i>	Data:	<i>04/08/18</i>	Registro:	<i>107739</i>
Convênio:	<i>SUS</i>	Leito:		Hora:	

#### 2. Equipe médica:

Cirurgião:	<i>Dra. Bruno Lira</i>	1º auxiliar:	
Anestesista:	<i>Drs. Gabryela</i>	Instrumentador:	<i>Karina / Lívia</i>
Circulante:	<i>Rose / Sil</i>		

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
		<i>ex:01 45 Genuos implante ex-02 - erros instrumen</i>
		<i>Pint Car PS ↑ Atad TSS c</i>
		
		
		



 <b>HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA</b>	<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO</b>		 <b>GESTÃO IMIP HOSPITALAR</b>	
Nome: <u>Adalberto de Oliveira</u> Procedimento Cirúrgico: <u>Tet. laring. fisi. número e</u>		Registro: <u>107739</u> Data: <u>04/08/18</u>	Leito: Hora:	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS		
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz			
	<input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar ( ) manter ( ) Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).			
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído ( ) Aumentado <input type="checkbox"/> Registrar-se: ( ) Dor ao urinar ( ) Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros			
4. Dor	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros			
	7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros		



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

## **1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Valbertha de Oliveira Data: 04/08/18 Hora: \_\_\_\_\_ Registro: 107-739  
Convenção: SIM

## **2 - ÉQUIPE MÉDICA-**

**Anestesista:** Dr. Gabriele **Instrumentador:** Varus Bittencourt

### **3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirugía: D-CP - Anestesia: EGG + sedas Inicio: 00:40 Término: 02:30

#### 4 - PRÉ-OPERATORIO:

Estado Geral:  Bom  Regular  Grave  
 Nível de Consciência:  Orientado  Consciente  Sonolento  Coma  
 Respiração:  Espontânea  Entubado  Traqueostomizado  
 Tricotomia:  Sim  Não

#### **5 - TRANS OPERATORIO:**

**Postição:** Fowler ( ) Lateral ( ) Dorsal ( ) Ventral ( ) **Ginecológica** ( )  
**Banco de Sangue** ( ) **Laboratório** ( ) **Radiologia** ( ) **Peca Cirúrgica: Sim** ( )

### **5.1 - EQUIPAMENTOS:**

### **5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_ Puncão Venosa: Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_  
 Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_ Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_  
 Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_  
 Curativo (Tipo e Local): Sim ( ) ~~Não~~ ( ) \_\_\_\_\_

## **5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

Anestesia: Anestesiado ao Pontuário

## **6 - OBSERVAÇÕES:**

Sign. Dr. Hm. Mithromeria

#### **7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado  - Narcose  Entubado  Traqueostomizado   
Encaminhado para: SRPA  S. Intensiva  ( ) LICOR  UTI  Apt<sup>o</sup>  Residência   
Data: 04/08/18 Hora: 22:00 Enfermeira: Thais Circulante: Fabiano / Sy





## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Adoberto de Oliveira      Registro: 408 93

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 107789 Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
05/08/18	<p style="text-align: center;"><del>#Sessão Social</del></p> <p>Ritual de Sessão Social com paciente no Ateliê após o encontro socio- orientador na IEWAT. Orientações tam- bém sobre psicologia</p> <p style="text-align: right;">ADM - Projeto Desafio Ceará Thalita Gondim C. Souza Assistente Social CRESS/CE 7.10</p> 





**1. Identificação**

 Leito da SRPA: 02

Nome: Adalberto ote data: 04/05/18 Hora: 21:40 Registro: 104739  
 Leito de origem: 403-03

**2. Procedimento cirúrgico**

Cirurgia: TRP: FRATURAS DE Vértebra  
 Tipo de anestesia: Bloco Geral de Pélvis + Genital  
 Equipe: DR. Bento Lira Anestesista: DR. GABRIELA

**3. Admissão**

Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave  
 Respiração: ( ) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
 Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
 Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ( ) Sim Onde: M.S.  
 Acesso Venoso Central: ( ) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
 Drenos: ( ) não ( ) sim Onde: luzes cm msc  
 Sinais vitais: PA: 133x88 mmHg FR: — p/min FC: 66 p/min SaPO2: 99%  
 Glasgow: —

**4. Monitorização**

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	142x82	130x84	154x96			
FR	—	—	—			
FC	68	77	76			
SaPO2	99%	95%	94%			
Glasgow	—	—	—			

**5. Intercorrências/observações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Alta da SRPA**

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

 Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Dra. Juliana de S. B. Cordeiro  
 MEDICA ANESTESIOLOGISTA  
 CPF:046.958.954-73  
 CRM:19368 / OBO: 223104





## HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 449152

Data e Hora: 02/08/2018 15:25

Senha da Classificação:

0033

Paciente: 107739 ADALBERTO DE OLIVEIRA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 30/08/1985 Idade: 32 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: ANADJA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: PAULO FREIRE

Bairro: PONTE DOS CARVALHOS

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JACIANEBO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 984704776

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Queixa Principal

*Paciente vítima de acidente  
traumático que deixou o  
braço com dor e  
dificuldade de usar.*

## Exame Físico

*tais como:*

*exame:*

*apreensão: fraco do lado esquerdo*

*pulse: desaceleradas em braço esquerdo*

## Hipótese Diagnóstica

*① Fratura úmero esquerdo*

## Conduta Terapêutica

*Rx Fratura úmero*

*Rx tomografia*

## Prescrição Médica

*Acta de cirurgia*

*ad tumescere*

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:  
LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 19/05/2019 22:24:31

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905192224316000000044633621>

Número do documento: 1905192224316000000044633621

Num. 45319035 - Pág. 10

# Ortopedia

Festas com Orsoni Dobre

⑥

CD Tamborim

⑦ Trompete Olhar + som de som

⑨ Orgão Olhar + som de som

⑩ Tuba Axílo Palma

~~Dr. Bruno Daltro  
Ortopedia/traumatologia  
Cidade PE 25592~~

TORAX + BARRA + CERVICIS  
ESTOVELO + OMBRO

06

02 09 11



## SINISTRO 3180477339 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADALBERTO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO ADALBERTO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 05695191440

Posição em 01-02-2019 09:30:44

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
28/11/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

