

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ADALBERTO DE OLIVEIRA

brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 056 951 914-40 e portador da cédula de identidade nº 7.194289-505/PE, residente e domiciliado(a) na Praca dos Integros, 73 Pontal dos Carvalhos, nº 73 bairro de SANTO AUGUSTINHO / PE, CEP 54580-545 na cidade de _____ / _____.

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, 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 AUTOINOM 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) PRAÇA DOS MILAGRES
nº 73, bairro PONTE DOS CARVALHOS,
CEP 54580-545 na cidade de
CABO DE SANTO 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 x 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





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vista Real, Petrópolis - CEP 05050-002
CNPJ 10.033.952/0001-98 | Insc. Est. 0098463-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ODETE GOMES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO DOS MILAGRES 73

CPF 195 379 304-58

CLASSIFICAÇÃO

PONTE DOS CARVALHUS/POUNTE DO CARVALHUS
CABOTE/SANTO AGOSTINHO PE
54080-545

BI RESCENSA,
RESIDENCIAL
Monofásico

COTA CONTRATO 08047290111
MÊS/ANO 07/2018

Nº DA NOTA FISCAL 026180518
Nº DO CLIENTE 30072018
Nº DA UNIDADE 30072018

DATA DE EMISSÃO 06/08/2018
DATA DE VENCIMENTO 29/08/2018

116,61

Consumo Ativo (Vh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Iluminação Pública
ICMS Subvenção - C. DE NF 0106-00156-29/05/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
136,0000000	0,74720000	101,62
		8,74
		4,90
		0,95

TOTAL DA FATURA

116,61

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
319174000	CAT	28-08-2018	5100,00	29-08-2018	5142,00	1	1,0000		136,00

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
JUN 18	120	0,7472	89,66			
JUL 18	120	0,7472	89,66			
AGO 18	136	0,7472	101,62			
SET 18	132	0,7472	98,63			
OCT 18	172	0,7472	128,52			
NOV 18	150	0,7472	112,08			
DEZ 18	161	0,7472	120,30			
JAN 19	188	0,7472	139,47			
FEB 19	145	0,7472	108,34			
MAR 19	116	0,7472	86,67			
ABR 19	123	0,7472	91,90			
MAY 19	125	0,7472	93,40			

Resumo da fatura e informações importantes para o consumidor. A fatura é emitida mensalmente e o valor devido deve ser pago até o vencimento. O consumidor pode consultar o histórico de faturas e o consumo em tempo real no site da Celpe.

Atenção: O valor da fatura pode variar devido a alterações no consumo ou no preço da energia. O consumidor deve verificar o valor devido antes de pagar.

CONSUMO	VALOR A PAGAR	PREÇO DE VENDA	VALOR DE VENDA	VALOR DE VENDA	VALOR DE VENDA
136,00	0,7472	0,7472	0,7472	0,7472	0,7472
136,00	0,7472	0,7472	0,7472	0,7472	0,7472
136,00	0,7472	0,7472	0,7472	0,7472	0,7472

Valor de Venda do Sistema de Distribuição - R\$ 12,45

COTA CONTRATO 08047290111
MÊS/ANO 07/2018
DATA DE VENCIMENTO 06/08/2018

116,61

83850000001 8 16810000000 0 00472000000





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0130004814

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

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

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 01 - 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 (VÍTIMA)

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 no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ADALBERTO DE OLIVEIRA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANADJA MARIA DA SILVA Pai: ROSEVALDO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 20/8/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
 Residência: **RUA PAULO FREIRE - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Próximo a: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 21 - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

GERALDO JOSE RAMOS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

OM / CELTA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEIS/MERCEDES-BENZ/CELTA** Objeto apreendido: **NÃO**



MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(s) Sr(s): **ADALBERTO DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CEX250 TWISTER** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MMW8605** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **312421552**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR. ADALBERTO DE OLIVEIRA, PARA COMUNICAR O FATO DE TER SIDO VITIMA 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 8605, PELA RODOVIA BR 101 SUL, NO BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS, QUANDO UM AUTOMÓVEL QUE ESTAVA NA VIA IMEDIATAMENTE A SUA FRENTE CONDUZIDO POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, FREIOU BRUSCAMENTE E O SR. ADALBERTO DE OLIVEIRA, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA JA DESCRITA NESTE BOLETIM, COLIDIO CONTRA A

of 2

07/08/2018 09:37

oletim 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 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA, NESTE MUNICÍPIO DO CASO 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: **319832-4**

07/08/2018 09:37

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido/Não Informado

ADALBERTO DE OLIVEIRA (presente no plantão) - Sexo: Masculino/Não Informado

07 08 2018

GERALDO JOSE RAMOS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino/Não Informado

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

GM / CELTA (VEICULO) de propriedade de desconhecido, que estava em posse de (s) Sr(s) desconhecido





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
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



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 04/08/2018

Hora.....: 22:51

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 37314 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 107739 ADALBERTO DE OLIVEIRA
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 449163
Leito : 709 403 - 03 - LT TRAUMA Carteira :
Dt. Inicio : 04/08/2018 20:45 Dt. Fim : 04/08/2018 22:10 Idade : 32 Anos
Cid Pré-Operatório : S423 FRATURA DA DIAFISE DO UMERO
Cid Pós-Operatório : S423 FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Procedimento: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE 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

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

Chados 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 METROPOLITANO SUI - DOM HELDER CAMARA



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: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: **PACIENTE ENCAMINHADO PELO SAMU APÓS VITMA DE COLISÃO
RELATA DOR EM MSE POSSIVEL FRATURA DE UMEMO.**

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





**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:


Roberto de Silva

Registro:**Clínica:**

025

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora	
05/08/18	Pagosa 1: Opo Naha vasa dable Ecol i/ 3am exdho de Sahn - Admest - Spay i/ Nensverembi Jernurke - Hecab - Gekaw makh CA: <u>Athe</u>
	










IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

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

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Bruno Lira 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Gabriel Instrumentador: Karina / Lúcia
Circulante: Rose / Sil

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
 		<p>ex: 01 4,5 Cermos implante ex-02 - Cermos instrum.</p>
 		<p>Rim Car BS</p>
 		<p>Atade BS</p>
		



Nome: Adalberto de Oliveira

Registro: 107739

Leito:

Procedimento Cirúrgico: Tret. lombar físt. número 6

Data: 04/08/18

Hora:

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input 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	
2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<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"/> Registrar-se: <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>80</u> <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" 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	
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>80</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<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"/>	<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: Adalberto de Oliveira Data: 04/08/18 Hora: _____ Registro: 107739
Convênio: SUS Letor: _____ Pac: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Bruno Lima Anestesista: Dr. Gabriela
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Carina Ribeiro

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Hc - cir - Início: 20:40 Término: 22:30
Anestesia: log - sedação Início: 20:00 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (x) Regular () Grave
Nível de Consciência: (x) Orientado (x) Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: (x) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral (x) Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (x) Monitor Cardíaco (x) PNI (x) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico (x) Local da Placa _____ Intensificador () Capnógrafo ()
Carro de Anestesia (x) Diprofusor () _____ Nº ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não () _____ Punção Venosa: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não () _____ Sonda Gástrica: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não () _____
Curativo (Tipo e Local): Sim (x) Não () _____

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Anestesiado ao Pronto-socorro CIRURGIA: Anestesiado ao Pronto-socorro

6 - OBSERVAÇÕES:

Segue p/ SR, sem intercorrência

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (x) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (x) S. Intensiva () LICOR () UTI () Aptº () Residência ()
Data: 04/08/18 Hora: 22:30 Enfermeira: Thaís Circulante: Leandro/Sil






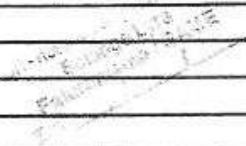
**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Adalberto de Oliveira Registro: 408-03

Clínica: _____ Enfermaria: 10789 Leito: _____

Data/Hora	
	<u># Sujeito Social</u>
05/08/18	<p>Realizo o fêcho do curso com parente no altar após o mesmo solicitar excentos do Pólice IPVA. Orientado também sobre por parte</p>
	<p style="text-align: right;">  THAÍS GANDRA C. SANTOS Assessoria Social CRÉDITO 11:0 </p>
	<p style="text-align: center;">  </p>





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 449163

Data e Hora do Atendimento: 02/08/2018 15:36

Usuário do Atendimento: GISELEMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ADALBERTO DE OLIVEIRA

Prontuário: 107739

Nome da Mãe: ANADJA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 30/08/1985

Idade: 32 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: AUTONOMO

Endereço: PAULO FREIRE

PONTE DOS CARVALHOS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54580970

Fone: 984704776

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: IACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 19

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 02/08/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 05/08/2018

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____





**HOSPITAL
DOM HELDER**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: Adalberto de Oliveira data: 04/09/19 Hora: 22:40 Registro: 107739
Leito de origem: 403-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TRP: FMTUM SG, VME
Tipo de anestesia: Bloqueio do Psoas + Geral
Equipe: DR. Bruno Lima Anestesista: DR. GABRIEL

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () JVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: MSD
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não (X) sim Onde: Sucesso em MSC
Sinais vitais: PA: 132x83 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	<u>132x83</u>	<u>130x84</u>	<u>154x96</u>			
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>			
FC	<u>68</u>	<u>77</u>	<u>76</u>			
SaPO2	<u>99%</u>	<u>95%</u>	<u>94%</u>			
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>			

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 B. Corduro
MÉDICA ANESTESIOLOGISTA
CPF: 048.554.954-73
CRM: 19368 / RBO: 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 AGOSTINHC 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
TRANSPORTISTICO QUEIXANDO-SE
DE DOR EM BRACOS E
DE DOR NA CABEÇA QUANDO
LEVANTA DO CAMA.

Exame Físico

TLR EUPNEICO.
Rx Fratura
ADOME: FASCIA INTACTA
PSE: DEFORMIDADE EM BRACOS E

Hipótese Diagnóstica

① FRATURA UNILATERAL

Conduta Terapêutica

Rx FRATURA UNILATERAL
Rx TENSÃO NORMAL.

Prescrição Médica

Ata de Cirurgia com
AO TROMBOCITOPENIA.

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:



Ortopedia

Funka com Unioni Dake

Ⓢ

CD Tuleam - L

1) Troncal Play Ⓢ 100ml 5%
2) Depressor Play Ⓢ 180ml

3) Talo Axilo Palmo. 180ml

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/traumatologia
CRM/PE 26593

Torax + Bacia + Cervical
Estovelo + outro

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

