

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 720.490.674-75 e portador da cédula de identidade nº 1.324.340, residente e domiciliado(a) na RUA ANTONIO CARPOZO DA FONTE, nº 63, bairro de IMBIRI BEIRA, na RECIFE, cidade PE.

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, 25 de Agosto de 2019

Outorgante

3190492920



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, JOSÉ MIVALDO LEAL DA CRUZ,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO,
profissão AUTÔNOMO Inscrito no CPF/MF sob o
nº 170.490.674-15, e portador da cédula de
identidade nº 1.324.340, residente e
domiciliado(a) QUA ANTONIO CARDOSO DA FONTE
, nº 63, bairro EMBIRIBÉ, RA,
CEP 51770-620 na cidade de
RECIFE / 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, 28 de Agosto de 2019.

NOME: 



**HOSPITAL METROPOLITANO SUL – DOM HÉLDER CÂMARA
SERVIÇO SOCIAL**

Cabo de Santo Agostinho, 10 de Fevereiro e 2018

DO: Serviço Social

AO: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

Encaminhamento

Prezados (as),

Venho por meio de este encaminhar caso do usuário **José Nivaldo da Cruz, 60 anos**, registro hospitalar 102359, o qual deu entrada neste hospital sobre demanda de ortopedia.

Em atendimento ao leito para preenchimento da ficha social, usuário repassou residir sozinho na **Rua José Maria dos Santos, nº01, Escada**. Relatou não ter filhos e vínculos familiares com irmão são fragilizados. Atualmente encontra-se desempregado e não está inserido em benefício sócioassistencial. Ao orientar sobre o serviço desejou encaminhamento.

Diante disto encaminhamos o caso para orientações e maiores intervenções, visto que, conforme princípio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) a Assistência Social rege-se pela *divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão*.

Colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida e esclarecimento.
Atenciosamente,

Thallita Gondim
Assistente Social
CRESS-PE 7620
HCH- Hospital Dom Helder Câmara
Thallita Gondim C. Santos
Assistente Social



Rodovia BR 101 Sul – Km 28 – Cabo de Santo Agostinho – PE CEP: 54.510-000 Fone: 81.3183-0080



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.10.010 DE BARRROS, 111, BOA VI-
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0065943-93

celpe
Grupo Neve Energia
www.celpe.com.br

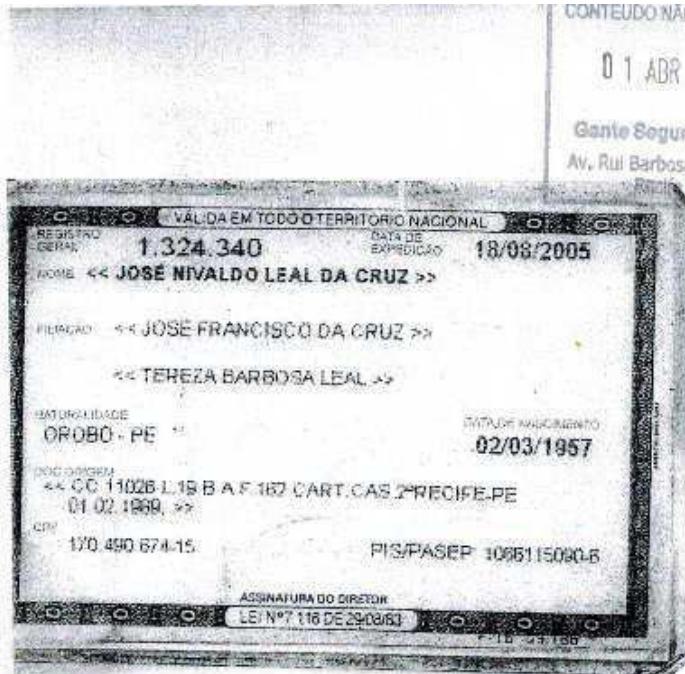
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDIA 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 01422
Ouvintes: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

DADOS DO CLIENTE	
TERESA BARBOSA DA CRUZ	
CPF: 018.399.364-01	
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA ANTONIO CARDOSO DA FONTE 63	
IMBIRI/PI/BR/RECIFE	
51710-620 RECIFE PE	
As. condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços, prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.caepc.com.br.	

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
01/04/2019	25/03/2019	000177872016
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
152,32	25/03/2019	20164944B
CLASSIFICAÇÃO	NUMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL	055630581	0003002897
RESERVADO AO FISCO		
3E92.BD0F.BD6F.3CB8.1F1E.46BE.7691.D2F3		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL





Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 15/01/2020 20:36:08

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011520360883100000055592005>

Número do documento: 20011520360883100000055592005

Num. 56510422 - Pág. 5

Invalidez: 512336
ASL: 0099682/19

Datns: 512337
0099728/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ºCIRC DIM/3ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099000710**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2019** às **13:29**

Complementa o BO Número: **19E0099000708**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E UM, 1, CIDADE NOVA** - Bairro: **CIDADE NOVA** - **ESCALA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **VIA LOCAL, PARALELA A BR 101, PRÓXIMO POSTO BR**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCOS VINICIUS GOMES (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS GOMES

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

JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZA BARBOZA DA CRUZ** Pai: **JOSÉ FRANCISCO DA CRUZ** Data de Nascimento: **2/3/1957** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1324340/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **FRENTISTA** Telefones Celulares: **- 994969606**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ESCADA, 150, RUA MARIA JOSÉ SANTOS - CEP: 0 - Bairro: CIDADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL, CENTRO**

MARCOS VINICIUS GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LURCIA DA SILVA** Pai: **XXXXXXXXXX** Data de Nascimento: **8/7/1993** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7845822/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SOLDADOR** Telefones Celulares: **- 991514236**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ESCADA, 147, CASA - CEP: 0 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCADA**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS VINICIUS GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

16/03/2019 13

MARCOS VINICIUS GOMES

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGI2763** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **MOTO**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 09 DE FEVEREIRO DE 2018, NO EXPEDIENTE DA MANHÃ, QUANDO ESTAVA PEDALANDO SUA BICICLETA, NA VIA LOCAL DA BR 101, NO MUNICÍPIO DE ESCADA, NAS PROXIMIDADES DO POSTO BR, QUANDO UMA MOTO DE MARCA HONDA / MODELO XRE 300, COR VERDE EM ALTA VELOCIDADE, ATROPELOU A MESMA, QUE AO CAIR, FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER, MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO PELA AMBUÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ESCADA, ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA NO FEMUR DA Perna ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA NA Perna DIREITA. CASO AFETO A DELEGACIA DE POLICIA DE ESCADA. PELO EXPOSTO SOLICITA PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARNEY MORAIS DE CASTRO CUNHA** - Matrícula: **3809994**



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 15/01/2020 20:36:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011520360883100000055592005>
Número do documento: 20011520360883100000055592005

16/03/2019 13:23

Num. 56510422 - Pág. 7

Resumo de Alta Hospitalar

U-3

PACIENTE: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

REGISTRO: 102359	IDADE: [status]	DATA ADMISSÃO: 09/02/2018	DATA ALTA: 21/02/2018
------------------	-----------------	------------------------------	-----------------------

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA TRANSTROCANTÉRICA FEMUR ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL DIREITA

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM PFN + FIXADOR EXTERNO COM FIO DE KIRSCHNER

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E, TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE ANDADOR (CARGA PARCIAL SOBRE O MEMBRO OPERADO)
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS



Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 08/03/2018

Não ()

AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE

05 08:06

lhego a

09:00

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Dr. Luciano L. Cunha Jr.
Médico Traumatologista
CRM-PE 75.629

(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.



Aviso de Cirurgia : 38121
Paciente : 102309
Convênio Atend.: 1
Leito : 648
Dt. Início : 04/05/2018 12:40
d Pré-Operatório : S322
d Pós-Operatório : MS40
Sala : 0005 SALA 05
JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
SUS - INTERNACAO
BL-4 C
Dt. Fim : 04/05/2018 14:00
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
DEFEITO DE CONSOLIDACAO DA FRATURA

Atendimento : 433486
Carteira :
Idade : 61 Anos

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Procedimento: 0408060352 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Procedimento: 0408060360 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIA : 15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
ANESTESISTA : 5063 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA
1º AUXILIAR : 25593 VINICIUS SILVA COUTO

Descrição Cirúrgica :

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE E FIXADOR EXTERNO
5. INCISÃO EM REGIÃO ANTERIOR DA Perna DIREITA, COM EXPOSIÇÃO DO FOCO DE FRATURA. FEITA OSTEOTOMIA EM LOCAL DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E RETIRADA TECIDOS FIBRÓTICOS, COM CRUENTIZAÇÃO DOS FRAGMENTOS, SENDO FEITA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO
6. 1PEZA COM SF
7. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON.
8. CURATIVO
9. RX CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*Bruno Henrique P. de Lira
Operário/freelance
CRM-PE 15820 / TEOF 13.110*

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



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 948572/2018.

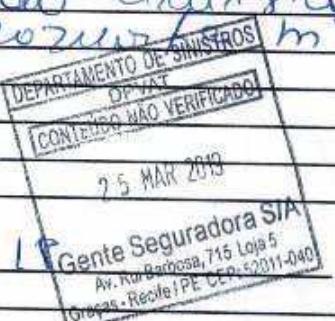
NOME: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ.

Foi atendido às 14h23 do dia 20.03.2018.

Diagnóstico provável: Fratura com deslocamento de 1º grau
do m
lito
(cervicale cervical deslocada)

Tratamento realizado: Chirurgia + Realignação cirúrgica
com fixação óssea + osteosíntese
do local e remanejamento
MAC de fer

Obs. alte elmo blu → 04/04/11



As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 04/02/11.



Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 94 8572

Nome: José Nivaldo Freal da Cruz

Foi atendido às 14:23 hs. do dia 30/03/18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motociclístico há 5 dias, cursando o trauma de ângulo mandibular (1) e corpo mandibular (1)

* Licenit a de 30 dias de repouso domicílio

Tratamento Realizado: Cirurgia realizada dia 02/04/18 por Dr Belmira, Dra Jaísa, Dra Kalyne e Dra Rosi por aceno submandibular (1) e instalação de 2 placas 20mm em ângulo ramo mandibular (1) e aceno vestibular mandibular (1) e 1 instalação de 2 placas 20mm em corpo mandibular.

Observação: (1) Retornar dia ambulatorial 30/04 (Dr Gauthi) 39 para às 14:00. sair volte hospitalar.

Cópia de: Alta BNF 04/04/18

Dra. Priscila Góes
Médico - CRM N° 000.000
Circo-Maxilo-facial
CHO-PE 374/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Públco do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Data: 09/03/18
Registro: 0018871
Atendimento:
() Geral
() Pediátrico
() Obstétrico

1. Identificação

Nome: José nivaldo da Cruz

CNS: 00716089 5005 1857

Data Nascimento: 09/03/1857 Sexo: () M () F

End. R. mochis 305 SANTOS N. 350

Bairro: Litorânea

Cidade: Criciúma

UF:

Procedência:

2. Queixa principal e História da doença atual:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 MAR 2018

3. Antecedentes Pessoais:

Cardiopatias Doenças Degenerativas Tabagismo Obesidade
 DM Distúrbios Psiquiátricos Alcoolismo Alergias
 HAS Tuberculose Outras

4. Uso de Medicamentos Sim Não

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

Hidratado Afebril Febre Temperatura: ____ °C
 Desidratado Normocorado Acanótico Anictérico
 Anasarca Hipocorado Cianose Icterícia
 Hipercorado Palidez

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

Consciente Sonolento Torporosa Comatoso
 Desorientado Orientado Semianarcose

Pupilas:

Fotoreagentes Anisocoria:
 Isocoria Miose
 Midriase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR _____ bpm

Eupnélico Dispnélico Máscara TOT Traqueostomia
O₂ suplementar _____ 1/min. Cateter Nasal Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: Sim Não Local: _____

Murmúrios Vesiculares: Presente Ausente Diminuído Local: _____

Ruídos Adventícios: Roncos Sibilos Crepitantes Local: _____

Tosse: Presente Ausente Seca Produtiva Aspecto de secreção: _____

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC _____ bpm PA: _____ x mmHg

Ritmo cardíaco: Regular Irregular Ausculta: _____

P脉: Filiforme Cheio

Uso de drogas vasoativas: Não Sim:

Acesso venoso: Periférico Central Dissecção NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: Flácido Tenso Distendido Doloroso Plano
 Globoso Ascítico

Eliminações Intestinais: Constipação Diarréia Normais Flatos

Melena Enterorragia Êmese Presente Ausente

Aspecto: _____

5.6 Sistema Genitourinário:

Diurese: Presente Ausente Exponânea SVD SVA
 Cistostomia Dispositivo Urinário

Aspecto: _____

Hemodiálise Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: Ativa Passiva

Movimentos Conservados: Sim Não

Goteira: Sim Não **Membro:** _____

Força motora: Conservada Sim Não Local: _____

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: Cooperativo Não Cooperativo Agitado Choroso
 Calmo Ansioso

5.9 Curativo

Tipo de Curativo: FO Ulcera de Pressão Outros Local: _____

Aspecto de curativo: Limpo Seco Ssido, 715 Loja 5

Aspecto exudato: Seroso Purulento Sanguinolento

Serosanguinolento Piosanguinolento

Estado Geral: Grave Regular Bom



Horário de Atendimento: 06 : 55 hs.

Enfermeiro / COREN

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ : _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

CELISTA VITIMA F. ANÔNIMA
MENTO POR MOTO. DA ONDA
TRACOAO AO SUSPEITO A
DOL CINTURA COM ROMBOS
6.2 Diagnóstico Inicial: INTENSA DOR
FRATURA EXPUESTA DE MOLTE
INTERNO DE MIO. E IXL
DEFORMIDADE E IMAGEM DE
6.3 Conduta: MOVIMENTO EM
FEMORAL (E). SEM TCE.
NEGA DOLOR DE CINTURA
BES. ABS. EQUATORIO, CONS
HISTORICO, SUSPEITO.
DL. SCL. 88. ECG IS.
PDI 100/60 FC 89 K
SISTOL 98Y.

NO FRACAS EXPUESTA TORN
MAYOR TENDIDO A
FORNE (E)?

HDH — 5359310

comprovante

Co. 03/03/19 — recd 01

Co tempo 100% recd 5000,00

Co 100% recd 5000,00

Co 5000,00

Dr. Cleio Ávila Latta
Médico
CRM-PE 25547

Co 5000,00 recd 5000,00

07:45

Dr. Cleio Ávila Latta
CRM-PE 25547



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 439201
Jusuário do Atendimento: JACICLEIDEBOS

Data e Hora do Atendimento: 05/06/2018 / 16:23
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Prontuário: 102359

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 02/03/1957

Idade: 61 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 898002952186334

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA ANTONIO CARDOSO DA FONTE 63

IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

PE CEP: 51170620

Fone: 86222163

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERMELHA

Leito: LEITO 01

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, 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, 05/06/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Melhorado

Diagnóstico:

Fractura exposta fêmur (pcte em um fraco)

Procedimento:

Fractura exposta fêmur

Alta em:

8/6/2018

Alta

melhorado

Médico e C.R.M:

Dr. Ijaciel Soárez de Oliveira

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Solange Lyra

Assinatura e R.G:



HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Moema Kalliny
Andrade
SAME/Faturamento

Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME

15 06 18

12 JUN 2018



Atendimento: 439190

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/06/2018 14:38

Paciente: 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 02/03/1957 Idade: 61 anos Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA ANTONIO CARDOSO DA --

68

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade/UF: RECIFE PE

Usuário Atendimento: JOCILENEOML

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Cartão SUS: 898002952186334

Data de Emissão:

Fone: 86222163

Data de Emissão CRN:

TRATAMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

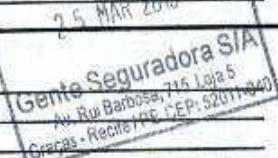
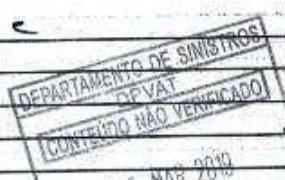
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Pacote vitiano da Coletanecto
com desvio ao esquerdo

Exame Físico

Refluxo esofágico cr. leve
Roxo () ant. 5 cm. Pm. 16
Pm. 17 cm. Rm. 16 cm. 80
Eco. 15 cm. pleno cr. 5 mmol/L
Alb. pleno cr. 5 mmol/L



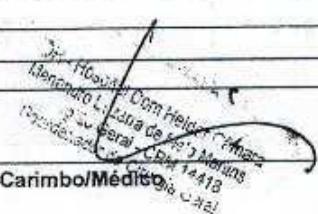
Hipótese Diagnóstico

PT

Conduta Terapêutica

1. esofagia

Prescrição Médica



EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: José Nivaldo Lins Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clinica: edyn Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Pt volta ao sítio onde
estava com febre e um facho extre-
mamente forte que
em piora.

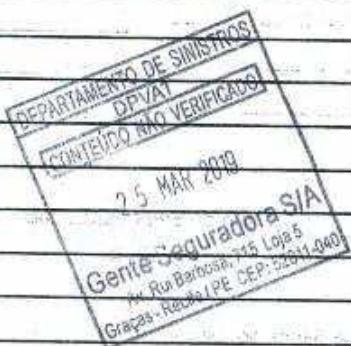
História da Doença Atual:

Pt retorna ao sítio onde
estava com febre e um facho extre-
mamente forte que
muito subentubado de febre
em forma de onda oscilante
os febrile.

- ① OGR 10001000
- ② Fono 000000
- ③ Glasgow 15

AD Fazendo
febre D.

Interrogatório Sintomatológico:



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

Página.: 0001
Data.....: 05/06/2018
Hora.....: 18:52

Wiso de Cirurgia : 36534
Paciente : 102359

Convênio Atend. : 1
Leito : 647
Dt. Início :

1 Pré-Operatório : S822

1 Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03
JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

SUS - INTERNACAO
BL-3 B
Dt. Fim : 05/06/2018 18:58

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 439201
Carteira :
Idade : 61 Anos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO : REINALDO MENDES DE CARVALHO
ANESTESISTA : GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO : FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA (PACIENTE COM FIXADOR EXTERNO EM Perna DIREITA HA 05 MESES)

CD : TRATAMENTO CIRURGICO

Descrição :

1. DHD, ANESTESIADO, RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNAS DIREITA
2. INCISÃO CIRURGICA A NIVEL DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA FRATURA
3. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLOGICO
4. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO BIPLANAR
5. SUTURA, CURATIVO

PACIENTE EM TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO PARA FRATURA DE DIAFISE DISTAL DE TIBIA , SEM SINAIS DE SOLIDAÇÃO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM : 14861

Solange Lira
Faturamento / SAME
Em: 12 JUN. 2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 15/01/2020 20:36:09
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011520360896400000055592006>
Número do documento: 20011520360896400000055592006

Num. 56510423 - Pág. 10

HOSPITAL METROPOLITANO SUL – DOM HÉLDER CÂMARA
SERVIÇO SOCIAL

Cabo de Santo Agostinho, 10 de Fevereiro e 2018

DO: Serviço Social

AO: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

Encaminhamento

Prezados (as),

Venho por meio de este encaminhar caso do usuário **José Nivaldo da Cruz, 60anos**, registro hospitalar 102359, o qual deu entrada neste hospital sobre demanda de ortopedia.

Em atendimento ao leito para preenchimento de ficha social, usuário repassou residir sozinho na **Rua José Maria dos Santos, nº01, Escada**. Relatou não ter filhos e vínculos familiares com irmão são fragilizados. Atualmente encontra-se desempregado e não está inserido em benefício sócioassistencial. Ao orientar sobre o serviço desejou encaminhamento.

Diante disto encaminhamos o caso para orientações e maiores intervenções, visto que, conforme princípio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) a Assistência Social rege-se pela *divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão*.

Colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida e esclarecimento.

Atenciosamente,

Thallita Gondim
Assistente Social

CRESS-PE 7620

Thallita Gondim

HDR- Hospital Dom Helder Câmara

Thallita Gondim C. Santos

Assistente Social

Thallita Gondim

Rodovia BR 101, KM 28 – Cabo de Santo Agostinho – PE CEP: 54.510-000 Fone: 81.3183-0080

25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Rodovia BR 101, KM 28 – Cabo de Santo Agostinho – PE CEP: 54.510-000 Fone: 81.3183-0080
Av. Rui Barbosa, 215 Lote 5
Gracás - Recife/PE
CNPJ: 00.11.5201-00

