

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 7.324.340 residente e domiciliado(a) na
RUA ANTONIO CARDO DA FONTE
 nº 63 bairro de IMBIRIBEIRA
 CEP 57170-620 na cidade de RECIFE 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

3190442920

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, JOSE MIVALDO LEAL DA CRUZ,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO,
profissão AUTÔNOMO Inscrito no CPF/MF sob o
nº 770.490.674-15, e portador da cédula de
identidade nº 7.324.340, residente e
domiciliado(a) RUA ANTONIO CARDOSO DA FONTE
nº 63, bairro IMBIRIBEIRA,
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, 25 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 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 Gondia
Assistente Social

CRESS-PE 7620
HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Thallita Gondia 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. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 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
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

TEREZA BARBOSA DA CRUZ

CPF: 018.399.364-01

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO CARDOSO DA FONTE 83

IMBUISEIRA/RECIFE
51170-620 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.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
01/04/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
152,32DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
25/03/2019DATA DA APRESENTAÇÃO
25/03/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
055630581CONTA CONTRATO
000777872016Nº DO CLIENTE
200164944BNº DA INSTALAÇÃO
0003002887

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

3E92.BD0F.BD6F.3CB8.1F1E.46BE.7691.D2F3

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|---------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 171,00 | 0,75250324 | 128,67 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 22,73 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 048070692-24/01/19 | | | 0,92 |
| TOTAL DA FATURA | | | 152,32 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | PIS | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | COFINS | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|------------------|-----------------|--------|------------------|-----------------|--------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | 25,00 | 32,16 | 128,67 | 1,01 | 1,29 | 128,67 | 4,68 |
| % | | | | | | | 6,02 |

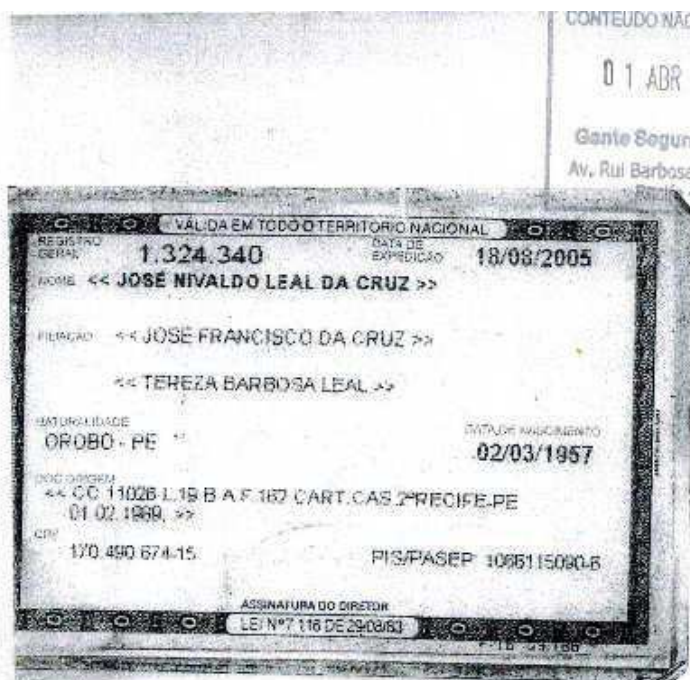
Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156020

HISTÓRICO DO CONSUMO

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | R\$ | % |
|-----------------------|---------------|------------|
| Geração de Energia | 39,67 | 30,36 |
| Transmissão | 5,91 | 4,59 |
| Distribuição (Cajue) | 27,62 | 21,47 |
| Energias Alternas | 7,71 | 5,53 |
| Tributos | 30,47 | 20,65 |
| Perdas de Energia | 8,60 | 6,75 |
| TOTAL | 128,67 | 100 |





Invalidez: 512336
AS L: 0099682/19

Dams: 512337
0099728/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

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 - Culposos (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 - ESCADA/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 (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 147, CASA - CEP: 0 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCADA**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) 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**



16/03/2019 13:23



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 KIRSCHINER

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 ()

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE

05 08:00

chegada

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.
Ortopedia Traumatologia
09/02/2018 25:50h



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



Aviso de Cirurgia: 38121
Paciente: 102359
Convênio Atend: 1
Leito: 848
Dt. Início: 04/05/2018 12:40
d Pré-Operatório: S822
d Pós-Operatório: M840

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: 433488

Carteira:
Idade: 61 Anos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Procedimento: 0403080352

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

CIRURGIAO
ANESTESISTA
1º AUXILIAR

15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA
25593 VINICIUS SILVA COUTO

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO 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. IPEZA COM SF
7. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON.
8. CURATIVO
9. RX CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



DR(A) BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CRM 15820

BRUNO HENRIQUE P. de Lira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 15.820 / TCOR 12.110

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 948572/2018.

NOME: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ.

Foi atendido às 14h23 do dia 20.03.2018.

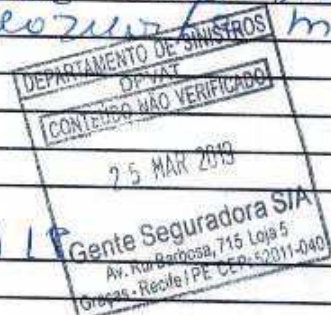
Diagnóstico provável: fratura comluxação de quadril -
hda mltifocal

(acidente motorizado)

Tratamento realizado: chirurgia + Realização cirurgia
de fixação cirúrgica + 15 dias de
hospitalização

TAC de per

Obs. alta em 04/04/18



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 04/02/19.



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: Jose Nivaldo Beal da Cruz

Foi atendido às 14.23 hs. do dia 30 / 03 / 18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de aci-
dente motorciclístico há + 50 dias,
causando el trauma de angulo
mandibular @ e corpo mandibular
①

* Mecanismo de 30 dias de repouso
domiciliar

Tratamento Realizado: Quirurgia realizada dia
02/04/18 por Dr Belmino, Dra Jaiosa,
Dra Kalene e Dra Rosa por aceno subman-
dibular @ e instalação de 2 placas 2.0mm
em angulo/somo mandibular @ e aceno
vestibular mandibular @ e instalação
de 2 placas 2.0 mm em corpo mandibular

Observação: ①

Retornar em ambulatório BNF (Dr Pauli)
39 para às 14:00 após alta hospitalar.

Cópia de: Alta BNF 04/04/18

Dra Priscila Sarmiento
Médico - CRM Nº 100000
BUCC-Maxilo-facial
CRO-PE 3784/2018

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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Data: 09/03/2018
Registro: 20188871
Atendimento:
() Geral
() Pediátrico
() Obstétrico

1. Identificação

Nome: José Nivaldo da Cruz 62 anos
CNS: 90716089 50251857 Data Nascimento: 09/03/1957 Sexo: () M () F
End: R. Maria José Santos N:350
Bairro: Santa Eulália Cidade: Candeias UF:
Procedência:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2018

2. Queixa principal e História da doença atual:

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 ☐ Febril Temperatura: _____ °C
☐ Desidratado ☐ Normocorado ☐ Acianótico ☐ Anictérico
☐ Anasarca ☐ Hipocorado ☐ Cianose ☐ Icterícia
☐ Hipercoreado ☐ Palidez

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Semirincoso

Pupilas:

☐ Fotorreagentes ☐ Anisocoria:
☐ Isocoria ☐ Miose
☐ Midriase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR _____ ipm

☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
O₂ suplementar _____ l/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

Murmúrios Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local: _____

Ruídos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes Local: _____

Tosse: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva Aspecto de secreção: _____

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg

Ritmo cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta: _____

Pulsos: ☐ 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 Geniturinário:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ 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 ☐ Choro

☐ Calmo ☐ Ansioso

5.9 Curativo

Tipo de Curativo: ☐ FO ☐ Úlcera de Pressão Local: _____

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Contingente

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento

☐ Seroso hemolítico ☐ 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:

CICLISTA ÚLTIMA DE ATENDIMENTO
MORTO POR MORTE. DA ENTÃO
TRAZIDO DA AMBULÂNCIA E
DOU INTERNA EM MEMBROS
6.2 Diagnóstico Inicial: INTERIOR PARA

FRATURA EXPOSTA DE MÃO
INTERNO DE MÃO E DO
DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DE

6.3 Conduta:

MOVIMENTO EM A
FEMORAL (E). SEM TCE.
NEGA DOR DE CONTINUA
PES. ADA EVANTICO, COLADA
HIDRATADO, HIPOTENSO.
DA ACU. 8P. ECG 15.
DA 100/60 ML 89 ML
SATOL 98Y.
MO. FRATURA EXPOSTA. TOL
FRATURA FEMORAL (E)?



HDH. — 535931C.

em 2018.

② 51/91 — nome ②

③ transição total 51/91 ②

③ transição total 51/91 ②
inabilitação HIE.

④ 51/91 nome 51/91

Dr. Diego Alves Leite
Médico
CRM-PE 25541

⑤ 51/91 nome 51/91 ②
07:45

Dr. Diego Alves Leite
Médico
CRM-PE 25541

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 439201

Data e Hora do Atendimento: 05/06/2018 16:23

Usuário do Atendimento: JACICLEIDEBOS

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, 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, 05/06/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

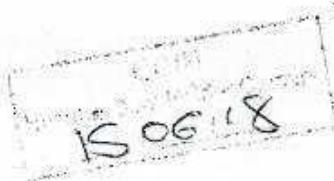
Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 439190

Senha da Classificação:

0038

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: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: RUA ANTONIO CARDOSO DA -- 68 Bairro: IMBIRIBEIRA
Cidade/UF: RECIFE PE Usuário Atendimento: JOCILENEOML
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 86222163
artão SUS: 898002952186334 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Doença crônica da Colômbia
com sintomas de vomito

Exame Físico

Doença crônica da Colômbia
com sintomas de vomito
com sintomas de vomito
com sintomas de vomito

Hipótese Diagnóstico

RS

Conduta Terapêutica

A antipirético

Prescrição Médica

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphanie Lins Barros - 15/01/2020 20:36:09

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011520360896400000055592006

Número do documento: 20011520360896400000055592006

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Apse Nivalde Lora Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Ortopedia Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Perda de sensibilidade
aproximadamente 10 dias
em pé da perna.

História da Doença Atual:

Perda de sensibilidade
aproximadamente 10 dias
em pé da perna
devido a uma lesão
na perna D. onde estava posicionado
os fixadores.

① 062 1000/1010

② 1000/1010

③ 1000/1010

HD Faturar em
Tibia D.

Interrogatório Sintomatológica:



D. Bruno Dakro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 26693



Ficha de Cirurgia Descritiva

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Indicação de Cirurgia : 36534 | Sala : 0003 | SALA 03 |
| Paciente : 102359 | JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ | Atendimento : 439201 |
| Convênio Atend. : 1 | SUS - INTERNACAO | Carteira : |
| Leito : 647 | BL-3 B | Idade : 61 Anos |
| Dt. Início : | Dt. Fim : 05/06/2018 18:58 | |
| 1 Pré-Operatório : S822 | FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA | |
| 1 Pós-Operatório : | | |

Procedimentos

| | |
|--------------------------|---|
| Procedimento: 0408050500 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL) |
| Convênio: 001 | SUS - INTERNACAO |
| Anestesia: 05 | RAQUI ANESTESIA |

Equipe Médica

| | | |
|-------------|-------|-----------------------------------|
| CIRURGIÃO | 14861 | REINALDO MENDES DE CARVALHO |
| ANESTESISTA | 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 PERNA DIREITA
2. INCISÃO CIRURGICA A NIVEL DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA FRATURA
3. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO
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 CONSOLIDAÇÃO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

Solange Lyra
Faturamento / SAME
12 JUN 2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





**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
HCH- Hospital Dom Helder Câmara
Thallita Gondim C. Santos
Assistente Soc. I

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

