

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA, brasileira, solteira, autônoma, portadora da cédula de identidade sob o nº 9118201 SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 109.019.454-47, residente e domiciliada na Av Barreto de Menezes, BL-22, APT-404, Marcos Freire, Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP: 54360-160.

OUTORGADOS: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351 e **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 53.167. Ambos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife - PE, CEP 50750-630

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, **poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive requerer os benefícios da justiça gratuita em favor do seu constituinte, como também retirar alvará judicial de pagamento em cartório, e realizar acompanhamento também na esfera administrativa quando necessário** podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.



HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convenionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **reter** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, 12 de Março de 2020.


HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS - DPRFV

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0315000279**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2018** às **12:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **30/9/2017** às **04:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA LUIS BARBALHO, 1** - Bairro: **MARCOS FREIRE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR \ AGENTE)
HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SUSPEITO

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

HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO** Pai: **ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES** Data de Nascimento: **9/10/1997** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9118201/SDS/PE (RG)** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **AVENIDA BARRETO DE MENEZES, 1, BL 22, APT 404 - CEP: 0 - Bairro: GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSPEITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO DE MARCA E PLACA NÃO IDENTIFICADAS, FATO OCORRIDO NO ENDEREÇO SUPRA CITADO, QUE O SEU CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL, QUE EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR UM TRANSEUNTE PARA A UPA DO IBURA E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ONDE PASSOU POR TRATAMENTO CIRÚRGICO.





BRASIL

Serviços Barra GovBr

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **109.019.454-47**

Nome: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **09/10/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/11/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:34:26** do dia **23/03/2018** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8183.6373.80CD.FF82**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp>

1/2



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

Hortência Eloi de Oliveira
HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **REGINALDO MAURICIO CAVALCANTI** - Matrícula: **159170-3**



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: ESTRADA DA BATALHA - NÚM. - 04232 - PRAZERES JA
BOATÃO DOS GUARARAPES PE 54315-010

DADOS DO CLIENTE
ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES MATRÍCULA: 55921512 - Fev/2018
AV BARRETO DE MEIREZES, BL. 22 - APT-404 - MARCOS FREIRE JABOATÃO DOS GUARARAPES PE 54360-100
INSCRIÇÃO: 788.570.380.0180.232 GRUPO: 2 DEB AUTOMÁTICO: 055921512

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS	PÚBLICA
		1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO A175047560	DATA LEIT. ANTERIOR 24/01/2018	DATA LEIT. ATUAL 23/02/2018	TIPO DE CONSUMO (M3) REAL / N MEDIDO	

ÁGUA:
LEIT ANT: 57 CONSUMO: 8
LEIT ATU: 65
LEIT FAT: 65
ESGOTO:
LEIT ANT: VOLUME: 8
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA	CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO A LEGIS.
01/2018	10 /10	TURBIDEZ	32	32	32
12/2017	08 /08	COR APARENTE	32	32	32
11/2017	10 /10	CLORO RESIDUAL	32	32	32
10/2017	08 /08	KOLIF. TOTAIS	32	32	32
09/2017	10 /10	E. COLI	32	32	32
08/2017	10 /10		32	32	32
MEDIA:	09 /09				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	40,18
ESGOTO 50,00% DO VALOR DE ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	20,09
MULTA P/ IMPONTUALIDADE 01/2018		1,24
JUROS DE MORA 11/2017		0,65

CONSUMO RATEIO (m3): 0

TURBIDIM.	CLORO RESIDUAL	ESCHERICHIA COLI	VALOR DO IMPOSTO
60,27	60,27	1,65	0,99
		7,60	4,58

VENCIMENTO: 05/03/2018

TOTAL A PAGAR: 62,16

MENSAGEM:





Nome: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s)

Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO

Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 30/09/2017 - 05:18

Nº registro: 157454

Sexo: Feminino

Fone: 81986146218

Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

30/09/2017 - KECIANNY BATISTA

SENHA: N016

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Especialidade: CLÍNICA MÉDICA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA

ANAMNESE

- ACIDENTE DE TRÂNSITO

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor MMSS - TCE - Sangramento - Trauma

- PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (MOTO) AS 5H, REFERE DORM EM OMBRO ESQUERDO E TRAUMA COM LESÃO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO.
NEGA VÔMITO E/OU SINCOPE

EXAME FÍSICO:

PA: 110 x 60 mmHg
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Temperatura: °
Altura:

OBSERVAÇÕES:

ACOMPANHADO DO AMIGO CLECIO ANTONIO,
PCTE SEM DOCUMENTO.

Evasão:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: KECIANNY BATISTA DE FIGUEREDO. Data e Hora: 30/09/2017 06:43:03.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594





Nome: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s)

Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO

Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 30/09/2017 - 05:25

Nº registro: 157454

Sexo: Feminino

Fone: 81986146218

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ATROPELAMENTO

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

06:28 DRA. JULIANE PONTES

PACIENTE REFERE QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO, EM BAIXA VELOCIDADE, POR VOLTA DAS 5H DA MANHÃ. CAIU APENAS PARA O LADO ESQUERDO. NEGA PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS OU VÔMITOS. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO.

Exame Físico:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNÉICA, HIDRATADA ECG=15 APRESENTA LESÃO CORTANTE EM REGIÃO LATERAL AO OLHO ESQUERDO. NÃO MOBILIZA BRAÇO ESQUERDO DEVIDO A DOR NO OMBRO ESQUERDO.

ACV: RCR EM 2T, BNF'S, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABDOMEN INDOLOR.

Resultados de Exames:

Conduta:

LIMPEZA, SUTURA E CURATIVO
À ORTOPEDIA

Óbito: Não -

Dr.ª JULIANE DE PONTES SILVA
CRM: 22387

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: JULIANE DE PONTES SILVA. CRM: 22387. Data e Hora: 30/09/2017 06:33:20.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594





Nome: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA	Nº registro: 157454
Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s)	Sexo: Feminino
Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO	Fone: 81986146218
Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE	Nº pág.: 1/1
Data/hora: 30/09/2017 - 07:34	

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQ
AO EXAME: SINAIS DE LAC
RX COM LAC
CD: IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S431 - Luxação da articulação acromioclavicular

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5266897

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583. Data e Hora: 30/09/2017 07:34:34.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 09/10/1997 Data Atendimento: 02/10/2017
Prontuário: 0000486765 Cód. Atendimento: 01003535
Nome do Hospital: DOM HELDER CÂMARA
Senha: 526889
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: PCT REFERE TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO CLAVICULAR ESQ.
APRESENTA DEFORMIDADE EM OMBRO E SINAL DA 'TECLA' EM CLAVÍCULA ESQ.
SENSITIVO-VASCULAR PRESERVADO
RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR GRAU III (ROCKWOOD)
HD: S43
CD: IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE LEITOS (526889 HDHC)

Recife, 02 de Outubro de 2017

Médico: TERCIO HENRIQUE SOARES DE FARIAS
CRM: 18433





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 397112

Data e Hora: 30/09/2017 09:58

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA Sexo: FEMININO
 Data do Nascimento: 09/10/1997 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR CRM: 14583
 Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE -- BLOCO 22 404 Bairro: MARCOS FREIRE
 Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Usuário Atendimento: ANAKPC
 RG (Identidade): 9118201 SDS PE Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447 Fone:
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

o: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de trauma em ombro e quadril com dor e inchaço

Exame Físico

Dor e edema no ombro e quadril

hipotese Diagnostico

LAC

Conduta Terapeutica

Curativo

Prescrição Médica

Tramadol 50mg - 1 comprimido 4x ao dia

Dr. Lucio L. Costa
 Médico
 Carimbo/Medico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
 LEITO DO PACIENTE:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 30/09/2017 09:53

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA
Cód. Paciente: 98297
Data de Nascimento: 09/10/1997
Sexo: Feminino
Idade: 19
Senha: 0009
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 397112
SAME:



Período: 30/09/2017 10:04 - 30/09/2017 10:05

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT TRAZIDO DA UPB DO IBURA, SENHA: 5266897, COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ. APOS QUEDA DE MOTO. (SIC).

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Exatidão sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/09/2017 10:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**

Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s)

Mãe: **MAKJA ROSINEIDE DE ARAUJO**

Endereço: **AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

Data/hora: 30/09/2017 - 07:34

Nº registro: **157454**

Sexo: **Feminino**

Fone: **81986146218**

Nº pág.: **1/1**

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQ

O EXAME: SINAIS DE LAC

RX COM LAC

CD: IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO:

PA: **90 mmHg** Temperatura: **0**

HCT: **100/60** Sat O2: **96** FC: **80** Bpm Peso: **50** Altura: **1,60**

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S431 - Luxação da articulação acromioclavicular

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: **HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA**

Motivo: **Tratamento Cirúrgico**

Senha: **5266897**

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Dr. Leonardo Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20.583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: **LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA** CRM: 20583. Data e Hora: 30/09/2017 07:34:34.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 397425

Data e Hora do Atendimento: 02/10/2017 11:52

Usuário do Atendimento: JOCILENEOML

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Prontuário: 98297

Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI

Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES

Data do Nascimento: 09/10/1997

Idade: 19 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 9118201

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10901945447

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: PESQUEIRA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: DESEMPREGADO

Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENEZES 404

MARCOS FREIRE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54360160

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 07

9 OUT. 2017

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, 02/10/2017

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.:

Assinatura e R.G. do Responsável

Assinatura e R.G. do Responsável





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 397375

Data e Hora: 02/10/2017 11:41

Senha da Classificação:

0025

Paciente: 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 09/10/1997 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14861
Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE -- BLOCO 22 404 Bairro: MARCOS FREIRE
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Usuário Atendimento: JACIANEBO
RG (Identidade): 9118201 SDS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447 Fone:
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*Doença latente de grande (V. Tuberculose) /
do 3º dia, grande dor e dificuldade em
caminhar.*

Exame Físico

*Dna. dificuldade em andar e
movimentos para*

Antese Diagnostico

LAL III

Conduta Terapeutica

internos

Prescrição Médica

Amoxil 1000mg - 1

Dr. Luciano L. Cunha, Jr.
Médico

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____



0009

Data de Emissão CRN:

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____





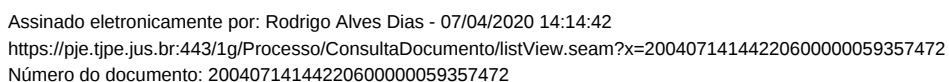
Identificação

Nome: Helene Registro: 912 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Cotação: _____

Queixa Principal e Duração: Dor ondulante

História da Doença Atual: Resposta virar a gente a
MT, após o esforço em 19

Interrogatório Sintomatológica:



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33149 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA Atendimento : 397425
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 574 LEITO 07 Idade : 19 Anos
Dt. Início : 04/10/2017 10:00 Dt. Fim : 04/10/2017 11:00
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

Ci. RGIAO 13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
ANESTESISTA 5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
1. PACIENTE EM POSICAO DE CADEIRA DE PRAIA
 2. ANTISSEPSIA E APOSICAO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
 3. INCISAO EM FACE SUPERIOR DO OMBRO, 1,5CM MEDIAL A ART ACROMIOCLAVICULAR, LONGITUDINALMENTE AS LINHAS DE FORÇA
 4. ABORDAGEM POR PLANOS COM INCISAO TRANSVERSA DA FASCIA CLAVIPEITORAL
 5. LIMPEZA DA ARTICULAÇÃO AC
 6. REDUÇÃO DA LUXAÇÃO AC
 7. FIXAÇÃO TRANS ARTICULAR AC COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER 2,0
 8. COLOCADO 2 ANCORAS N 5 NO PROC. CORACOIDE E AMARRILHA COM ETHIBOND 5 NA CLAVICULA
 9. AMARRAÇÃO DOS FIOS DE ETHIBOND SOBRE A ART AC
 10. LAVAGEM DA FERIDA E REALIZADO HEMOSTASIA DOS VASOS SANGRANTES COM ELETROCAUTERIO
 11. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + HEMIJOTA.

Enchados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

IMOBILIZAÇÃO

Local: MSE MT

Data: 04/10/17 Hora: 1435

Assinatura: [Assinatura]

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEST 1118
DR(A) : LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM : 13783

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEST 1118
08/07/2017



SINISTRO 3180256294 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 10901945447

Posição em 02-04-2020 07:08:59

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/06/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**, brasileira, solteira, autônoma, portadora da cédula de identidade sob o nº 9118201 SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 109.019.454-47, residente e domiciliada na Av Barreto de Menezes, BL-22, APT-404, Marcos Freire, Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP: 54360-160; declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

Recife, 12 de Março de 2020.

Hortencia Eloi de Oliveira

HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

