

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL EC-7		REGISTRO GERAL 5.490.434 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/06/2017	
FOTOGRAFIA POLEGAR DIREITO 		NOME << CAROLINA TEMOTEO DE MELO >> FILIAÇÃO << MARLUSAN PELO DE MELO >> << MARIA DE FÁTIMA TEMOTEO DE MELO >> NATURALIDADE GARANHUNS - PE DATA DE NASCIMENTO 14/12/1977	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Carolina Temoteo de Melo</i>		DOC. ORIGEM << 074328 01 55 1998 2 00076 171 0008398 70 GARANHUNS PE CPF 023.802.844-58	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 1417010992105122305.7493233 F-76 22.6.38 - 300V	



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Carolina Tenório de Melo,
brasileiro(a), estado civil divorciada, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 023 802 844 58 e portador da cédula de identidade
nº 5490 434 residente e domiciliado(a) na
Rua Rui Cavalcanti,
nº 45, bairro de Cabral,
CEP 55.290.000 na cidade de Garanhuns PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, 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.

Recife, 21 de 01 de 2020

Carolina Tenório de Melo
Outorgante





DECLARAÇÃO

Em 14 de Setembro de 2019, a Vítima de Atropelamento, Carolina Temoteo de Melo, 42 anos, DN: 14/12/1977, RG: 5.490.434 SDS – PE; CPF: 023.802.844-58 foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Unidade de Suporte Avançado – USA, da base descentralizada de Garanhuns – PE; Regulado pela Central de Regulação de Caruaru, ID: 0485 e transportada para o Hospital Regional Dom Mora em Garanhuns - PE, conforme registro de atendimento em anexo.

Garanhuns, 21 de Novembro de 2019

MICHELLY CAVALCANTI
Coordenadora SAMU Garanhuns
Matrícula: 90934

Michelly Cavalcanti
Coordenadora-SAMU
Garanhuns-PE
Mat. 90934





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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC DINTER135ªDESEC
135ª Circunscrição

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0225002296



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/11/2019 às 09:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 14/09/2019 às 19:10

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GARANHUNS, 1, BR-424 PRÓXIMO A JATÓBA REFRIGERANTE** - Bairro: **BOA VISTA** - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
CAROLINA TEMOTE DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

CAROLINA TEMOTE DE MELO (presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DE FATIMA TEMOTE DE MELO** Pai: **MARUSAN PELO DE MELO** Data de Nascimento: **14/12/1977** Nacionalidade: **GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6460434/SE/PE (RG)**, **02300284456 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Grau de Instrução: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 87998458585**

Endereço Residência: **RUA RUY CAVALCANTE, 40 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

Complemento / Observação

A VÍTIMA ESTAVA ATRAVESSANDO A BR-424, NO BAIRRO DO MUNDAU-GARANHUNS-PE, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA, MARCA E MODELO NÃO ANOTADA, POIS O MESMO NÃO PAROU E NÃO SOCORREU A VÍTIMA E NEM PARA PEDIR SOCORRO, TENDO A VÍTIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU DEPOIS DE MUITO TEMPO, TENDO EM VISTA A DIFICULDADE DA VÍTIMA SE LOCOMOVER E PEDIR AJUDA, TENDO SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA QUEAL DEU ENTRADA COM O PROTOCOLO DE Nº009461, DATADE DE 14/09/2019, ÀS 20:58H2.

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

Carolina Temote de Melo
CAROLINA TEMOTE DE MELO
(VÍTIMA)

H.O. registrado por: **DRAYTON LIVANI VIANA PASSOS** - Matrícula: **320322-0**



SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



Médico Regulador Dr. Valdir		Rádio Operador de Frota Alan		TARM		Ocorrência	
Data 14/09/2019	Hora 20:31	ID 0485	Unidade Móvel USA	Base da Unidade Garanhuns			
Endereço da Ocorrência Bn. 424				Nº	Bairro Vale do Mundaú		
Ponto de Referência Próximo ao cemitério São Miguel				Município			
Nome da Vítima Carolina Tenreiro de Melo				Idade 41	Sexo M		
RG 5.490.434	CPF 023.802.844-58		Data de Nascimento 14/12/1977				
Endereço da Vítima Rua: XV de novembro		Nº 093	Bairro São José	Município Garanhuns			
Solicitante / Fone		Cartão Nacional de Saúde - SUS 8 2 8 0 0 0 5 0 0 9 9 0 2 8 1					
Queixas Tropelamento							
Comunicação	Saída da Base 20:32	Chegada ao local 20:38	Saída do local 20:46	Chegada ao destino 20:54	Saída do destino 21:30	Chegada à Base 21:36	
Transferência (Senha):			Destino:		Hospital:		

Tipo de Agravado:

- | | | |
|---|---|--|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Eletrocussão | ☐ Quase Afogamento |
| ☒ Pedestre | ☐ FAF | ☐ Queda Metro(s) |
| ☐ Condutor do Veículo | ☐ FAF | ☐ Queimadura |
| ☐ Passageiro do Veículo | ☐ Gineco - Obstétrico | ☐ Térmica |
| ☐ Agressão | ☐ Lesões térmicas | ☐ Química |
| ☐ Clínico | ☐ Pediátrico | ☐ Elétrica |
| ☐ Desabamento/Soterramento | ☐ Psiquiátrico | ☐ Outros: |

Antecedentes:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ AIDS | ☐ Diabetes | ☐ Hipertensão Arterial |
| ☐ Alcoolismo | ☐ Doença Cardíaca | ☐ Internamentos anteriores |
| ☐ Alergia | ☐ Doença Infecto contagiosa | ☐ Medicamentos: |
| ☐ AVC | ☐ Doença Mental | ☐ Problemas Respiratórios |
| ☐ Cirurgias Realizadas | ☐ Doença Renal | ☐ Outros: |
| ☐ Convulsões | ☐ Drogadição | |

Exame Clínico:

Principais sintomas/Queixas

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| ☐ Agitação/Agressividade | ☐ Diarreia | ☐ Palidez |
| ☐ Alergia | ☐ Dificuldade Respiratória | ☐ Sangramento |
| ☐ Ausência de Pulso | ☒ Dor Local | ☐ Vômito |
| ☐ Cianose | ☐ Febre | ☐ Outros: |
| ☐ Convulsão | ☐ Inconsciente/Desmalo | |

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 Horas ☐ 4 a 24 Horas ☐ Mais de 24 Horas ☐ Não Sabe

Sinais Vitais:

HORA	PA	FC	FR	Temperatura	Glicemia	Saturação O2 %	Escala de Glasgow
	120 x 90	86	16	-	99	98%	15

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea

- ☒ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Obstrução Total
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Bronco Aspiração
- ☐ Edema de Glote

Respiração/Vent.

- ☒ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assistida
- ☐ Ritmo Irregular

Ausculta

- ☒ Normal
- ☐ Roncos/Sibilos
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade

- ☒ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros

Circulação:

- | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|---|------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| ☐ Pele: | ☐ Cianose | ☐ Fria | ☐ Úmida | ☒ Normal | ☐ Palidez | ☐ Quente | ☐ Seca | ☐ Outros |
| ☐ Edema: | ☒ Ausente | ☐ Palpebral | ☐ M. Superiores | ☐ M. Inferiores | ☐ Anasca | | | |
| ☐ Perfusão: | ☒ Normal | ☐ Retardada | ☐ Ausente | | | | | |
| ☐ Pulso: | ☒ Regular | ☐ Irregular | ☐ Fino | ☐ Cheio | ☐ Ausente | | | |
| ☐ Ausculta: | ☒ Normal | ☐ Hipofonese | ☐ Arritmia | ☐ Sopro | ☐ Atrito pericárdio | | | |

Michelle Cavalcanti
Coordenadora - SAMU
Garanhuns - PE
Mat. 90934



orientada + Última
de atropelamento
por moto + escuridão
em João E e o outro
E + Corte + A mesma
refere que ingeriu
bebida alcoólica.

o Agitação	o Sinal Battle Direito	o Miose Direita	o Parestesia
o Sonolência	o Sinal Battle Esquerdo	o Miose Esquerda	o Arreflexia
o Coma	o Sinal Guadnin Direito	o Midríase Direita	o Pupila reagente
o Confusão	o Sinal Guadnin Esq.	o Midríase Esquerda	o Pupila não reagente
o Convulsão	o Rigidez de nuca	o Paralisia	o Outros
o Otorragia a Direita	o Afasia	o Parese	
o Otorragia Esquerda		o Anestesia	

Pescçoço:

- Desvio Traqueia
- Normal
- Turgência Jugular
- Enfisema Subcutâneo
- Outros:

- o Distensão
- o Ascite
- o Doloroso/Défesa
- o Esplenomegalia
- o Hepatomegalia
- o Irritação peritoneal
- & Normal

- o Anúria
- o Giordano Direito
- o Giordano Esquerdo
- o Hematúria
- o Outros:

- Abortamento
- Trabalho de parto:
- Parto Único
- Hemorragia Vaginal
- 1 cont./10 min
- Gemelar:

☐ Normal _____ Semanas
☐ 1-3 cont./10 min
☐ Líquido Meconial

☐ Bolsa rota
☐ Apgar 1º Minuto: _____

☐ Outros: _____
☐ Sangramento
☐ Nascimento
☐ Apgar 5º Minuto: _____

- o Desobstrução Vias Aéreas
- o Entubação Nasofaríngea
- o Cânula Orofaríngea
- o Cricotireoidostomia
- o Ventilação Mecânica Ambu
- o Inalação O₂
- o Tracocentese c/ Agulha Direita
- o Tracocentese c/ Agulha Esquerda
- o Drenagem Torácica Direita

- Drenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/ Cardioversão
- Controle Hemorragia
- Curativo
- Punção Venosa Periférica
- Punção Venosa Central
- Sonda Gástrica
- Sonda Vesical

- o Sedação
- o Imobilização Membros
- o Colar Cervical
- o Talas/Tração
- o Entubação Orotraqueal
- o Traqueostomia
- o Monitoração cardíaca/ Oximetria
- o Outros:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Sol. Ringer Lactado	500 ml	—	—	EV	
Sol. Fisiológica 0,9%					
Sol. Glicosada 0,5%					
Sol. Glicofisiológica					

INTERCORRÊNCIA: 107

Tatiana Santos Bezerra
Clínica Geral
CRM 13.145-3
Assinatura e carimbo do médico
HORA: 13:30

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor
EQUIPE:		

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro (a)/ Téc. de Enfermagem	Condutor
TERMO DE RECUSA:		 UHS (Arquélone) Bogenin	

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL DO AGRESTE, nesta oportunidade:

 ou CPF: _____

G ou CPF: _____

Assinatura:

Michelly Cavalcanti
Coordenadora - SAMU
Garanhuns - PE
Mar. 00884





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Pernambuco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Carolina Telmo de Melo			Idade:
Situação/Queixa:	- vítima de atropelamento (STU)			
	- trazida pela USG GUS			

PROCEDÊNCIA			
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Pré-existentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS								
PA:	120x76	P: 96	R: 16	T:	SpO2: 98%	HGT: 99	Peso:	Glasgow: 15

RÉGUA DE DOR		
LEVE	MODERADA	GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispnéias aos esforços	Dispnéia de repouso	Dispnoia de retorno	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁCICA		
INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:
Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR					
Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme

DOR PRESENTE		
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma:	do: Ortopedista do DENTIST
-------------	----------------------------

Data: 14/05/19

BRUNO R. RODRIGUES
Enfermeiro de Trabalho
COREN-PE 388.140

Assinatura/Carimbo





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simão Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 906461	Data e Hora do Atendimento 14/09/2019 às 20:58:14	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025089646 - CAROLINA TEMOTEO MELO

CNS: 898000500990281 Nascimento: 14/12/1977 Idade: 41 anos Sexo: Feminino Cor:

Estado Civil: Divorciado(a) Profissão: PROFESSORA Naturalidade: GARANHUNS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 5490434
Filiação: Pai: MARUSAN PELO DE MELO Mãe: MARIA DE FATIMA TIMOTEO DE MELO

Endereço (Av., Rua, etc): RUA XV DE NOVEMBRO, Nº. 293 Complemento:

Bairro: SÃO JOSE Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone:

Acompanhante:

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: SÃO JOSÉ Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 14/09/19 Hora: 20:35 Médico: Dr. João Araújo Teixeira CRM: 1

Queixa Principal:

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTA
LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DE

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	
Atropelamento: Sim ☒ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒	Tipo:	
Queimadura: Sim ☐ Não ☒	Por:	
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.: °C
----------	--	--	-----------

CONSCIENTE, ORIENTADA, SEM HEMORRAGIA

B: Respiratório

RESPIRATÓRIO

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para: 12 de Agosto

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM:

Data: 15/09/19 Hora: 00:00

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CAROLINA TOMOTSD DO MOURA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707010918153009333

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/12/1977

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

345229

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE FÁTIMA TOMOTSD DO MOURA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Quinze de Novembro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Coronel

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**COMITADO DE AMORTURA MURAL, FORMANDO CRATO-CANTO em Muro
MANHÃ.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente comorbida

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

CLINICO + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA MISTURAL DE CÔNDILO MANDIBULAR.**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

PMF

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LEONARDO LAMINHO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CARDINAL TOMOTED DO MOURA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71071010918151301091313

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/12/1977

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

345229

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE FÁTIMA TOMOTED DO MOURA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Onizete de Novembero

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Goianópolis

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

DF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**CUMPRIDAS DA AMPLAÇÃO MENTAL, FORMANDO CARTO-CARTÃO DE MENTALIZAÇÃO.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente comorbido

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

CLÍNICA + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA MANTORAL DE CÔNDULO MANDIBULAR.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

29 - CLÍNICA

DMT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ILMOATO CARLINO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CAROLINA TEMOTEO DE MELO
Data Nasc.: 14/12/1977 Idade: 41 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: 02380284458 RG: 5490434 CNS: 707009853009333
Endereço: RUA QUINZE DE NOVEMBRO Nº: 293
Bairro: HELIOPOLIS Cidade: GARANHUNS Estado: PE
CEP: 55291762 Fone: 998159595 Profissão: DO LAR
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA TEMOTEO DE MELO
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO
Clínica: ODONTOLOGIA C.TRAUM.B.M.F.

Neuro & Bueo
L-93

2 - ATENDIMENTO Data: 15/09/2019 10:33 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente com história de queda no moto há 16 horas. Nova sensação no
brazos e perda de consciência. Orientada, consciente, sem vômitos, exantema.

Exame Físico:

observa-se edema nos membros superiores, hemitempo esquerdo. PA: FC: FR:
na abdome macio e não doloroso.

Diag. Provisório:

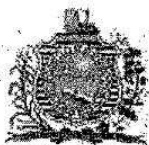
Fratura bilateral de condilo mandibular.

Prescrição:

Dieta: _____

Data	Horário
15/09/19	# But #
Paciente visto com limitação de	
abertura bucal, movimentos mandibulares	
restritos em face e hemitempo esquerdo	
em moto. Rx sugere fratura bilateral	
de condilo mandibular.	
CD. @ solicit. TC face.	
@ internamento	
@ próteses	
@ ortodontia	





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames	
15/09/19	#CTBMF#
paciente visto após TC de face, na qual observamos: no maxilar bilateral de côndilos + patossinpro (E). No ex. físico relata a mobilidade de elementos dentários 17, 21 e 22. CP: ① Odo-tonitros de elementos dentários da distal do dente 12 a distal do dente 24; ② Internamento; ③ A expensão da BNF	
Dra. Kajane Tavares Pontes Cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial Residente HRA CRO-PE 13614	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido	
☐ Paciente ☐ Familiar	
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.	
Nome: _____	RG: _____
Endereço: _____	Tel.: _____
Data: ____/____/____	
Assinatura _____	

Autorização de Procedimento	
☐ Paciente ☐ Familiar	
Nome: _____	RG: _____
Endereço: _____	Tel.: _____
Procedimento: _____	
Assinatura _____	

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente	
☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadiu-se ☐ Termo de Alta a Pedido	
☐ Transferência: _____ ☐ Internamento _____	

Condição de Alta: _____

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

15/09/2019 10:34:35
2 de 2

Usuario do Atendimento
SIMONESC



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Carolina Temóteo de Melo

Nº Registro: 345259

Clínica: CTBMF

Nº do leito:

Operador: Dr. Arnaldo Brito

1º Assistente: Petros Fernandes - R3

2º Assistente: Joelma Andrade - R2

Instrumentador: Tayshara Andrade - R1

Anestesista: Dr Danilo

Anestesia: GERAL

Duração:

Data da Operação: 23/09/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura complexa de mandíbula (parassinfise mandibular esquerda e côndilo mandibular bilateral)

Diagnóstico Pós-operatório: o mesmo

Operação Proposta: Osteossíntese de Fratura complexa de mandíbula (parassinfise mandibular esquerda + condilo direito)

Operação Realizada: o mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. ANESTÉSIA LOCAL INEFILTRATIVA LIDOCAÍNA C/V + INSTALAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO;
4. ACESSO RETROMANDIBULAR PARA O CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO: INCISÃO + DIVULSÃO + DESCOLAMENTO + EXPOSIÇÃO DO TRAÇO DE FRATURA;
5. INSTALAÇÃO DE PARAFUSO 01 (UM) PARAFUSO CORTICAL PARA REDUÇÃO DA FRATURA (MANOBRA DE DACISAR);
6. FIXAÇÃO ÓSSEA COM: 02 (DUAS) PLACAS DE 2.0MM + 06 (SEIS) PARAFUSOS CORTICAIS;
7. ACESSO VESTIBULAR DE REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA: INCISÃO + DIVULSÃO + DESCOLAMENTO + EXPOSIÇÃO DO TRAÇO DE FRATURA;
8. REDUÇÃO DA FRATURA DE PARASSÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA;
9. BLOQUEIO MAXILO-MANDIBULAR (BMM) COM 04 (QUATRO) PARAFUSOS IMF + FIXAÇÃO DA FRATURA COM: 02 (DUAS) PLACAS DO SISTEMA 2.0 MM + 08 (OITO) PARAFUSOS CORTICAIS;
10. REMOÇÃO DE BMM;
11. IRRIGAÇÃO COPIOSA DA FERIDA CIRÚRGICA COM SF 0,9%;
12. SUTURA POR PLANOS
13. REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
14. CURATIVO COMPRESSIVO

Arnaldo Brito Filho
Cirurgia Buco Maxilo Facial
5963



FOLHA DE ANESTESIA

NOME: <u>Carolyne Feres de Melo</u>		IDADE: <u>41</u>		SEXO: <u>F</u>	
HOSPITAL: <u>HRA</u>		ENFERMARIA:		LEITO: <u>245229</u>	
DATA: <u>23/09/11</u>		PRESSÃO ARTERIAL: <u>11x6x6</u>		PULSO: <u>55bpm</u>	
TIPO SANGÜÍNEO:		RESPIRAÇÃO: <u>17-18</u>		TEMPERATURA: <u>-</u>	
HEMÁCIAS: <u>5,18</u>		HEMOGLOBINA: <u>15</u>		PESO: <u>75kg</u>	
URINA:		HEMATÓCRITO: <u>37</u>		GLICEMIA: <u>90</u>	
AP RESPIRATÓRIO: <u>NDN</u>		URÉIA: <u>26</u>		ALTURA: <u>1,70</u>	
AP CIRCULATÓRIO: <u>NDN</u>		ASMA:		BRONQUITE:	
AP DIGESTIVO: <u>NDN</u>		ELETROCARDIOGRAMA: <u>RS</u>		HIPOTENSORES: <u>-</u>	
ESTADO MENTAL: <u>Consc / orient.</u>		DENTES: <u>pres.</u>		PESCOÇO: <u>ext. norm.</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Prat. Bilat. de condilo mandibular</u>		ATERÁXICOS:		CORTICÓIDES: <u>-</u>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>o mesmo</u>		ALERGIA: <u>ng</u>		ESTADO FÍSICO: <u>ASA II</u>	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>0</u>		ANEST. ANTERIORES: <u>-</u>		APLICADAS AS: <u>10:10</u>	
FEITO: <u>10:20</u>					

CÓDIGO		APLICADAS:	
VP - ARTERIAL: 0-PULSO; 0-RESPIRAÇÃO	AX-ANESTESIA: 0-OPERAÇÃO	ENTRES TESTE JICOS	OZ
			10:15 11:10 12:10
			\$2.100
			AR
			ECG
			RS RS RS RS RS RS RS RS
			100 300ml 300ml

INDUÇÃO

SATISF.: ☒ EXCIT.: ☐ TOSSE: ☐

LARINGO ESPASMO: ☐ LENTA: ☐

NÁUSEAS: ☐ VÔMITOS: ☐

OUTROS: ☐

MANUTENÇÃO

① Mela comorb

② Mela alergias

③ Mela air ant

④ feiem comp p/sol

ANESTESIA SATISF. SIM ☐ NÃO: ☐

NÃO. POR QUÊ? ☐

DESPERTAR

REFLEXOS NA SO: ☐

OBSTR: ☐ CO ☐ ECIT.: ☐

NÁUSEAS: ☐ VÔMITOS: ☐

OUTROS: ☐

COM CÂNULA

PARA O LEITO: SIM: ☐ NÃO: ☐

CONDIÇÕES: ☐

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	* (9) Clonazepam: 2mg; * (10) Lorazepam: 8mg; * (11) Diazepam: 10mg; * (12) Propofol: Decu b1	* (13) Eniletrina: 3mg; * (14) Duxuora: 2g; * (15) + tnox com: 4mg; * (16) Odorol (mix + cir)
POSIÇÃO		

AGENTES ① midazolam: 2mg ② Remifentanyl: 150mcg ③ Propofol: 150mg ④ Ketamina: 20mg (+15mcg)
isatrazina: 6mg ⑤ Succinilcolina: 70mg ⑥ Atropina: 3mg ⑦ Neotig: 2mg
TÉCNICA ⑧ Suddcaína intracut.
OPERACIÃO vide verso

CANULAS 5 can. cut. mam.

OPERAÇÃO	Desmontagem de estrutura complexa de manobulador
CIRURGIÃO	

CIRURGIÕES Dr Arnaldo Brito

ANESTESISTAS Dr Danilo Saura. J. P. m. -.

OBSERVAÇÕES

ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

DERMA SANGUINEA



* Manejo anestésico: Check-list; Monitorização; paciente decúbito dorsal; acesso venoso periférico (gêlo nº 18) prévio; pré-oxigenação por 5 min; indução anestésica em AVF; ventilação sob máscara facial adequada; passagem do tubo acordado nº 6,5 com cuff em sonda na (cav. nasal direita) após lubrificação e uso de vasoconstritor e lidocaína em náreis e tubo laringoscopia com lâmina nº 4,0; Defecionamento do tubo com auxílio da pinça magill até a glote do paciente; sem intercorrências ou outras alterações; VMI em modo vac; VC: 425ml; FR: 14 lpm; PEEP: 5; Interrupção do sedentanal após 1h 30 min de cirurgia, devido à hipotensão persistente.

#Obs:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Cal 35630

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Carolina Remoto de Lima REGISTRO Nº 34
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA 23/09/19
 CIRURGIA: Fral complexa mandibular CIRURGIÃO: Dr. Arnaldo Brito
 ANESTESIA: geral + local ANESTESIOLOGISTA: Dr. Danilo

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
01	Oxigênio			04	Aguha Descartável	15	
04	Água Destilada	M			Aguha para Pendura		
03	Atropina	M			Aguha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g			03	Atadura Crepom	M	
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização	15	
01	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
04	Neostigmina	M			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço	10	1
02	Ringer co Lactato	F			Fio de Algodão		
04	Soro Fisiológico 200ml	M		02	Fio de Nylon	2.0/30	T
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			08	Gase 7,5x7,5	15	15
02	Tenoxicam 2mg			01	Lâmina de Bisturi	13	1
01	Propofol	M		01	Luvas Estéreis 7,0		
01	Fentanyl				Luvas Estéreis 7,5		
01	Amorfinol				Luvas Estéreis 8,0		
01	Amorfinol			02	Seringa 5ml	M	
01	Amorfinol			02	Seringa 10ml	M	
01	Amorfinol			02	Seringa 20ml	M	
01	Amorfinol				Sonda de Folev		
01	Amorfinol			01	Sonda Endotraqueal 7,5	curvado	
					Sonda Nasogástrica		
				01	Sonda Uretal	14	
				01	Tubo para Aspiração		
01	Rolapaparato			01	capa de luvas		
01	gel de prata				compressos	15	15
01	de desmorsa de			01	luvas 3.0		15
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Arnaldo Brito Filho
 Cirurgião Bucal Maxilo Facial
 Assinatura do Cirurgião

Juliana
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nº 5317

NOME: <u>Caroline Tenentes de Melo</u>		PRONTUÁRIO: <u>345254</u>
DATA: <u>23/09/2019</u>	SEXO: M ☐ F ☒	IDADE: _____
NASCIMENTO: _____		CONVÊNIO: _____
PROCEDIMENTO REALIZADO: _____		

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
10	2	2	2	2	2	S.O.							✓
						15 min.							
						30 min.							
10	2	2	2	2	2	60 min.							✓
						2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA
0 CIANÓTICO

CIRCULAÇÃO
2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO
0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO
0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO

SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO
0 SpO₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O₂
1 PRECISA RECEBER O₂ PARA SpO₂ > 90%
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE

ATIVIDADE MUSCULAR
2 APTO MOVER 4 EXT
1 APTO MOVER 2 EXT
0 APTO MOVER 1 EXT

CONSCIÊNCIA
2 DESPERTO TOTALMENTE
1 DESPERTO AO CHAMAR
0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

Plt 1 qf
cd ctb SRPA

Dr. Jerson Trigueiro
Anestesiologista
CRM-PE 18716

Carimbo e assinatura:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Caroline Tenentes de Melo

Prontuário: 345259

Data: 15 / 09 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de cábula mandibular (B) + parosintese (E)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de Dr. Sinton Vilela, no
dia 01/10/19, às 07:00, avaliar com antecedência
e levar todos os exames

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese do fratura complexa de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 24 / 09 / 19

Hora: 08:00

Dra. Kaiane Tavares Pontes
Cirurgia e Traumatologia Bucodental
Residente HRA

ASS. do Médico e CRM





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE



5- 5791445

Unidade de Saúde HR DOM. NOVA		Município GARANHUNS	Região de Saúde V		
Nome do Paciente CAROLINA TEODORO MELO					
Quadro Clínico PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO / APRESENTA LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DOZ					
Diagnóstico FRATURA MANDIBULAR					
1ª REMOÇÃO	Destino HR DO AGRESTE		Município CAZUARI	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado) SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA PELO CIRURGIÃO BUCOFACIAL.				
	Assinatura do Responsável <i>Dr. João Araújo Teixeira</i> Cirurgião - Dentista CRO/PE - 8880		Nº do C.R.M. 8880		Data 15.09.19
2ª REMOÇÃO	Destino		Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data
3ª REMOÇÃO	Destino		Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data
4ª REMOÇÃO	Destino		Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data
Unidade prestadora do atendimento			Município	H. de Saída	H. de Chegada
Especificação do Atendimento Prestado					
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.		Data



SINISTRO 3200022598 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CAROLINA TEMOTEO DE MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO CAROLINA TEMOTEO DE MELO

CPF/CNPJ: 02380284458

Posição em 22-01-2020 08:25:33

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/01/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Carolina Temêto de Melo,
brasileiro(a), estado civil divorciada,
profissão professora Inscrito no CPF/MF sob o
nº 023 802 844 58 e portador da cédula de
identidade nº 5490 439, residente e
domiciliado(a) rua Rui Cavalcanti
nº 45, bairro Bohém II,
CEP 55290-000 na cidade de
Garanhuns / 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, 27 de 01, de 2020

NOME: X Carolina Temêto de Melo



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 PEDRO JORGE CARDOZO CPF: 172.139.081-20	DATA DE VENCIMENTO 14/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 91,46	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/01/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/01/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 091317374	CONTA CONTRATO 007006456086 Nº DO CLIENTE 2002168808 Nº DA INSTALAÇÃO 0001169368
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA RUI CAVALCANTI 45 COHAB II/GARANHUNS 55290-000 GARANHUNS PE			
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO BD9F.D13F.2B14.8155.472A.D5C4.C878.AA43			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	107,00	0,42656182	45,64
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,00	0,35875625	38,38
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,04
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,99
ICMS Subvenção-CDE-NF 079709008-07/10/19			0,41
TOTAL DA FATURA			91,46

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
86,06	25,00	21,51	86,06	0,90	0,77	86,06	4,15

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29838000	JAN 20	107
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	DEZ 19	144
		NOV 19	48
		OUT 19	63
		SET 19	61
		AGO 19	68
		JUL 19	69
		JUN 19	70
		MAI 19	87
		ABR 19	77
		MAR 19	95
		FEV 19	71
		JAN 19	67

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	28,03 32,57
Transmissão	3,09 3,59
Distribuição (Celpe)	18,77 21,81
Encargos Setoriais	4,41 5,12
Tributos	25,85 30,04
Perdas de Energia	5,91 6,87
TOTAL	86,06 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003011139197	CAT	09/12/2019 7.915,00	07/01/2020 8.022,00	29	1,00000	0,00	107,00
[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020]							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	GARANHUNS	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 31,92					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Iourival ribeiro arcanjo - me: r do ipiranga 187 aloisio soute p / mwil variedades: do ipiranga Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEIS DE TENSÃO <table><tr><th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr><tr><td></td><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr><tr><td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr></table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007006456086	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 91,46	VENCIMENTO 14/01/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

838300000004 914600110076 006456086101 145647752332



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 13/02/2020 16:33:41

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021316334140700000056987880>

Número do documento: 20021316334140700000056987880