

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 MARIA JOSE DA SILVA CPF: 361.737.204-00	DATA DE VENCIMENTO 30/03/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 69,09	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/03/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/03/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 101896373	CONTA CONTRATO 001420207022 Nº DO CLIENTE 2002663996 Nº DA INSTALAÇÃO 0000343892
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PE CICERO 54 CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 6CA1.9E05.7D3F.C7E3.DD6D.47DB.8D1C.A0D0			

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	80,00	0,43137198	34,50
Consumo Ativo(kWh)-TE	80,00	0,36280179	29,02
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,27
ICMS Subvenção-CDE-NF 093951889-23/01/20			0,45
Multa por atraso-NF 093951889 - 23/01/20			1,10
Juros por atraso-NF 093951889 - 23/01/20			0,53
Atualização IGPM-NF 093951889 - 23/01/20			0,22
TOTAL DA FATURA			69,09

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
63,52	25,00	15,88	63,52	1,04	0,66	63,52	4,79	3,04

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Vencido	Dt Reav	Valor	
02/03/20	23/03/20	62,04	

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29638000	MAR 20	80
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	FEV 20	71
		JAN 20	69
		DEZ 19	79
		NOV 19	78
		OUT 19	75
		SET 19	81
		AGO 19	74
		JUL 19	60
		JUN 19	47
		MAI 19	49
		ABR 19	56
		MAR 19	64

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	19,88 31,29
Transmissão	2,31 3,64
Distribuição (Celpe)	14,03 22,09
Encargos Setoriais	3,30 5,20
Tributos	19,58 30,82
Perdas de Energia	4,42 6,96
TOTAL	63,52 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
T62873	CAT	20/02/2020 16.814,00	23/03/2020 16.894,00	32	1,00000	0,00	80,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,87					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av prf amara 80 sao sebastiaoLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001420207022	03/2020	69,09	30/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVISO IMPORTANTE!
Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em terminais de Auto-Atendimento.

Comprovante do Cliente

Autenticação Mecânica

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A 001	Vencimento	Agência/Cod.Cedente	Espécie	Quantidade	Valor do Documento	(-)Desconto/Abatimento
	30/03/2020	3064-3/54427-2	R\$		69,09	
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+) Outros acréscimos		Ficha do Caixa	Autenticação Mecânica
Nosso Número	Nº do Documento		(=) Valor Cobrado			
32174750105400312	0504387552		69,09			

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A		001-9	00190.00009 03217.475015 05400.312178 5 82100000006909			
Local de Pagamento						Vencimento
PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA						30/03/2020
Cedente						Agência/Cod.Cedente
Companhia Energética de Pernambuco - Celpe						3064-3/54427-2
Data Documento	Nº do Documento	Espécie	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número	
23/03/2020	0504387552		N	23/03/2020	32174750105400312	
Uso Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	17	R\$			69,09	
Instruções 1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL. 2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL. 3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura. 4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária. 5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.						(-) Desconto/Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora/Multa p/dia de atraso
						(+) Outros acréscimos
						(=) Valor Cobrado
						69,09

Sacado

MARIA JOSE DA SILVA
361.737.204-00

001420207022

Sacador/Avalista



Ficha do Caixa

Autenticação Mecânica

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 09R17

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO YACQUES RUIZ

BOLETO CANCELADO

Wilson Bezerra da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.788.188 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/2009

NOME << WILSON BEZERRA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << LUIZ BEZERRA DA SILVA >>
<< MARIA JOSÉ BEZERRA DA SILVA >>

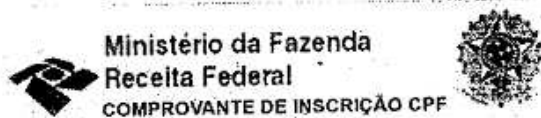
NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 12/09/1991

DOCUMENTO << CN 39893 L 435 F 228 CART. 1º
BEZERROS-PE 14.09.1992 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
101.095.614-06

Nome
WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento
12/09/1991

Comprovante



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuario da Internação
JOSILDOMSJ



426259



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 03/07/2018 17:03 Atendimento: 426259 Nº AIH: _____
 Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA Prontuário: 320987
 Data Nasc.: 12/09/1991 Idade: 26 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: 04107
 CPF: _____ RG: _____ CNS: _____ Nº: 25 09107
 Endereço: RUA DOIS Cidade: BEZERROS Estado: PE
 Bairro: RETIRO Fone: 93156766 Profissão: AGRICULTOR
 CEP: 55660000
 Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA
 Nome do Conjuge: _____
 Nome: _____ RG: _____ Fone: _____
 Parentesco: _____

2 - Internar Para
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Leito: CORREDOR - EMERG ADULT
 Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULT
 Diagnostico Inicial CID: _____
 (Constante do Laudo Médico): _____
 Procedimento Solicitado: _____ CÓD.: _____
 Procedimento Realizado: _____ CÓD.: _____

3 - Atendimento Médico					
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiata Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

() MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
 () DIÁRIA DE UTI
 () DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
 () VACINA ANTI RH
 () USO DE DERIVADOS DE SANGUE
 () USO DE PRÓTESE, ORTESE
 () USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
 () USO DE OXIGENADORES
 () NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
03/07/2018 17:03		





425259



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 269-317	
DATA: 01-07-18		HORA: 19:37		TELEFONE:	
NOME: WILSON BEZERRA DA SILVA		IDADE: 27			
NOME DA MÃE: Maria José Bezerra de Lima		ACOMPANHANTE:			
DATA DE NASCIMENTO: 1/1/1991		BAIRRO: RETIRO		N.º 42	
END.: R. 825 LUCAS		CIDADE: BEZERRAS		SINAIS VITAIS	
PA: 130/100 mmHg	HGT: 82 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO					
I - Sinais de Emergência Imediata					
CLASSIFICAR COMO VERMELHO					
1. <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> FC <50 ou >140 bpm <input type="checkbox"/> FR <10 ou >32 lpm					
2. <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Enchimento capilar letificado <input type="checkbox"/> Pulso fraco ou ausente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sudorese					
3. <input type="checkbox"/> PAS <80 ou >200 mmHg <input type="checkbox"/> PAD <40 ou >130 mmHg <input type="checkbox"/> HGT <40 ou >HI mg/dL <input type="checkbox"/> Convulsão no momento					
4. <input type="checkbox"/> Politraumatismo/Glasgow <= 12 <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios					
5. <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Sangramento Intenso					
6. <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Anafilaxia associada à insuficiência respiratória					
II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação					
CLASSIFICAR COMO AMARELO					
1. <input type="checkbox"/> Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 <input type="checkbox"/> TCE leve <input type="checkbox"/> PAS <90 ou >180 mmHg <input type="checkbox"/> PAD <50 ou >110 mmHg sem sintomas					
2. <input type="checkbox"/> Febre > 39°C <input type="checkbox"/> Febre com imunodepressão <input type="checkbox"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Impossibilidade de deambulação					
3. <input type="checkbox"/> Tumor pastoso <input type="checkbox"/> Mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Vômitos no momento					
4. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% <input type="checkbox"/> Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas					
5. <input type="checkbox"/> Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa					
6. <input type="checkbox"/> Dor Abdominal Intensa <input type="checkbox"/> Dor Torácica Intensa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Epistaxe					
7. <input type="checkbox"/> Acidente perfuro-cortante com material biológico <input type="checkbox"/> Crise asmática					
III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo					
CLASSIFICAR COMO VERDE					
1. <input type="checkbox"/> Febre sem outros sinais clínicos < 39°C <input type="checkbox"/> Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora					
2. <input type="checkbox"/> Lombalgia Intensa <input type="checkbox"/> Entorse, suspeita de fraturas, luxações					
3. <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia					
4. <input type="checkbox"/> Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave					
5. <input type="checkbox"/> História de convulsão sem alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Abscessos <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas					
IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)					
CLASSIFICAR COMO AZUL					
1. <input type="checkbox"/> Queixas crônicas sem alterações agudas <input type="checkbox"/> Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal <input type="checkbox"/> Coriza crônica ou recorrente					
2. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas					
3. <input type="checkbox"/> Troca de curativos ou retiradas de pontos					
4. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento <input type="checkbox"/> Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.					
5. <input type="checkbox"/> Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional <input type="checkbox"/> Solicitação de exames e receitas não urgentes					
6. <input type="checkbox"/> Constipação Intestinal sem outros sintomas <input type="checkbox"/> Troca ou retirada de sonda					
CLASSIFICAÇÃO					
<input type="checkbox"/> Vermelho					
<input type="checkbox"/> Amarelo					
<input type="checkbox"/> Verde					
<input type="checkbox"/> Azul					
Alergias: () NÃO () SIM, à					
ENCAMINHADO:					
Assinatura da enfermeira e carimbo					
ORIENTAÇÕES					
Assinatura da Assistente Social e carimbo					







BEZERROS

constituindo-se no tempo

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

13 RS - TRAUMA

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA 5460042**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: Wilson Bezerra da Silva Idade: 24
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ☒
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Vítima de acidente de trânsito queda de um poste de iluminação com lesão na cabeça e lesão de membro superior direito
Hipótese Diagnóstica: Problema cardíaco

AValiação CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAH*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Esal/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 60-110
Adulto 60-110



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a dor 2

Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sons Incompreensíveis 2

Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada ao Estímulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIQ2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fratura fechada?

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HAD

Hora: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

UMSO, 01/04/2013

Local e data

Barbara 04/07/13

Médico Assistente

Sharon Stéphanie Lins Barros
CRM - RJ 23810

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: Wilson Bezerra do Sivo

PRESCRIÇÃO MEDICA

REG.

425737

LEITO:

320987

HORÁRIO

Gilberto S. Araújo
Nutricionista
CRN 6-10119

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

DIETA LIVRE

01 OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM

02 DAPIRONA 500MG: 01 COMP, VO, 6/6H

03 NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA

04 SSVV + CCGG

05 PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA

06 SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO

07

Dr. Leonardo A. Lins
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 28458

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

PACIENTE: *Wilson Bezerra*

REG.

LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM

- 01 DIETA LIVRE
02 OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM
03 DAPIRONA 500MG: 01 COMP. VO, 6/6H
04 NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA
05 SSVV + CCGG
06 PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA
07. SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO

8/10/18

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: Wilson Bezerra da Silva

PRESCRIÇÃO MEDICA

REG: 320987

LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM

- | | | |
|----|--|-----|
| 01 | DIETA LIVRE | |
| 02 | OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM | 02/ |
| 03 | DIPIRONA 500MG: 01 COMP, VO, 6/6H | 02/ |
| 04 | NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA | 02/ |
| 05 | SSVV + CCGG | |
| 06 | PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA | |
| 07 | SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO | |

Dr. Leonardo Lins
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 24448
05 JUL. 2018

Dr. Nelson Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 24448

6/7/2018
Dr. Wilson Bezerra da Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Wilson Bezerra da Silva, Identidade 8788188 SDS-PE, CPF 101.095.614-06 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. Wilson Bezerra da Silva, número da ocorrência – ID 0488, no dia 01 de julho de 2018, às 19h e 12min, com queixa de queda de moto, na Avenida Agamenon Magalhães, Bairro Centro, Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 20 de julho de 2018.

Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

Klevio Maranhão
Coord. Técnico de Rede de Urgência
e Emergência Bezerros
Mat. 600661

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL DE AGRESTE

ATENDIMENTO

Unidade: MT Nome: Bejane

Registro Nº: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____

Exatidão
AB

HOSPITAL DE AGRESTE
06.07.18

6/17/2018

Dr. Nilton Peretiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Data: _____ Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleda Monteiro de Souza

1º Lugar 2º Concurso 89



Atendimento: 426259

Pedido: 
107346

Data Pedido: 06/07/2018

Controle: 86950

Paciente: 320987 WILSON BEZERRA DA SILVA
Leito.: 256 COR-A-34 Unid. Intern: 14
Médico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA
Setor Exocutante: RADIOLOGIA
Convenio: SUS - INTERNACAO
Motivo: ROTINA



Nascimento: 12/09/1991 (26a 9m 24d)
CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Sexo: MASCULINO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

Observações:

Médico Executante:	0 - Não Informado			Entrega
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	
224696		1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	06/07/2018
224697		923	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (PERFIL)	06/07/2018

RX - REALIZADO

DATA 06/07/18

HORA 13:00

TC *Felipe*



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente: WILSON BASSER

Registro Nº:

Clínica:

Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
09/10/18		* ORTOPEDIA
		Paciente evolui com outro
		clínico extra sem intercorrências
		Dr. V. M. M.
		Santo Presp
		Plu 75 - si Anur
		Anur
		in intercorrências
		Dr. Leonardo A. J. J.
		Ortopedia, Traumatologia
		CRM: 23438
		15/11/2018



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 425737

Prontuário: 320987

Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA

Data Nasc.: 12/09/1991

Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião: 03107

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA DOIS

Nº: 25

Bairro: RETIRO

Cidade: BEZERROS

Estado: PE

CEP: 55660000

Fone: 93156766

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/07/2018 22:45

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Heavily inspired by a white hawk

Wendel von der Aulero D.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

15. ① Sub: - Rx de Clorinda ⑤ 1P
- Rx de Opales ⑤ 1P
- Rx de Lurox 1P

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☒ Paciente ☐ Familiar

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

Nome: Wilson Bezerra da Silva

RG: 8788189 SDS-PE

Endereço: R. 02 - Bela Vista - Beberão - PE

Tel.: 81-993210009

Data: 06/07/18

Wilson Bezerra da Silva
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: _____

7/1/2018 10:46:24 PM
2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSANGELASSB



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

320984

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

História de paciente de alto, apneia
durante sono diurno. Alteração de
sono há alguns meses.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Apneia

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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)



Atendimento: 425737

Pedido:



106990

Data Pedido: 01/07/2018

Controle: 86638

Paciente: 320987 WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento: 12/09/1991 (26a 9m 20d)

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Sexo: MASCULINO

Setor Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante:	0 - Não Informado			
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
223899	36A9B	871	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITO (AP)	01/07/2018
223900	36A9C	1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	01/07/2018
223901	36A9D	1054	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)	01/07/2018

RX - REALIZADO

DATA 01/07/18

HORA 23:10

TC



H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

PACIENTE:

Wilson Beyer de Silva

01/07/18

REG. 320987

LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM

- 01 DIETA PARA DM + HAS) *dieta livre S.N.D*
- 02 JELCO HIDROLISADO
- 03 SF0.9%, 1000 ML, EV, EM 24H - *Suspensão*
- 04 DIPIRONA 500mg/ml: 01 AMP + AD, EV, 6/6H
- 05 OMEPRAZOL 40MG 01 AMP + DILUENTE PRÓPRIO EV, EM JEJUM *OG*
- 06 TRAMAL 100MG: 01 AMP + SF 0.9% 100ML EV ATÉ DE 6/6H SE DOR INTENSA *OG*
- 07 PLASIL 01 AMP + AD, EV, 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITOS
- 08 CLEXANE-40MG - 01 AMP SC 24/24H *Suspensão*
- 09 PA-E HGT DE 6/6H
- 10 CAPTOPRIL 25 MG, 01 COMP, VO SE PAS \geq 160 mmHg E/OU PAD \geq 110 mmHg
- 11 INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT
* 70 a 200: nada; * 201 a 250: 04 UI; * 251 a 300: 06 UI; * 301 a 350: 08 UI; * 351 a 400: 10 UI; * >401: 12 UI
- 12 GLICOSE 50%: 03 AMP IV EM BOLUS SE HGT \leq 70MG/DL E COMUNICAR AO PLANTÃO
- 13 CURATIVO-DIARIO
- 14 SSVV + CCGG

19/050

02/10/17

Sharon Stéphanie Lins Barros
Assinado eletronicamente por: Sharon Stéphanie Lins Barros - 21/04/2020 21:22:18

SINISTRO 3190569042 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** WILSON BEZERRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO WILSON BEZERRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 10109561406**Posição em 25-03-2020 16:43:54**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/10/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0181001362

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/07/2018 às 16:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/7/2018 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 01, AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES, - Bairro: COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CURVA APÓS O FORUM**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
WILSON BEZERRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WILSON BEZERRA DA SILVA

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

WILSON BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA** Pai: **LUIZ BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/9/1991** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8788188/SDS/PE (RG)** - **10109561406 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SOLDADOR**
Endereço Residencial: **RUA PADRE CICERO, 54 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HÁ AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG6492** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **1108377726** Chassi: **9C2KC2500HR003275**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA CG 160 START. PROPRIETÁRIO: ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS**

Complemento / Observação

A VÍTIMA WILSON BEZERRA DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOU DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO, ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO VINDO DO CENTRO DA CIDADE COM DESTINO AO BAIRRO DO RETIRO, QUANDO NO TRAJETO NAS PROXIMIDADES DO FORUM DESTA CIDADE, NA CURVA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NA GUIA JUNTO AO CANTEIRO CENTRAL DA AVENIDA, MEMENTO QUE CAIU AO CHÃO SENDO EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL); ONDE A VITIMA FORA ATENDIDA CONFORME FICHA COM REGISTRO DE Nº069.317 ASSINADA PELO MEDICO BRUNO LUIZ CAXIAS - CRM /PE 23810, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU- PE; CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ENEXO APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA, FICANDO ELE VITIMA INTERNADO COMO CONSTA NAS CITADAS DECLARAÇÕES, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO,

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

Wilson Bezerra da Silva
WILSON BEZERRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**

