

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
Ouvíndia 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

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.				
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	80,00	0,43137198	34,50	Vencido	Dt Reav	Valor		
Consumo Ativo(kWh)-TE	80,00	0,36280179	29,02	02/03/20	23/03/20	62,04		
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

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,299838000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,250950000

HISTÓRICO DO CONSUMO

MES	VALOR (kWh)
MAR 20	80
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

ITEM	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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	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
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EUSD-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

Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni ateli: av prf amaral 80 sao sebastiao.Lista 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.

Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO			
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

Autenticacão Mecânica

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A 001	Vencimento 30/03/2020	Agência/Cod.Cedente 3064-3/54427-2	Espécie R\$	Quantidade	Valor do Documento 69,09	(-)Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+)	Outros acréscimos		
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 8210000006909				
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			
23/03/2020	0504387552		N	23/03/2020			
Uso Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor			
	17	R\$		(=) Valor do Documento			
				69,09			
Instruções				(=) Desconto/Abatimento			
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.							
				(-) Outras Deduções			
				(+) Mora/Multa p/dia de atraso			
				(+) Outros acréscimos			
				(=) Valor Cobrado			

Sacado

MARIA JOSE DA SILVA
361.737.204-00

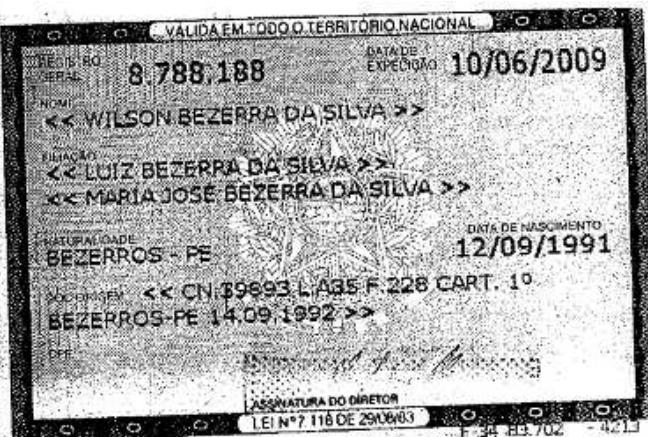
001420207022

Sacador/Avalista



Ficha do Caixa





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
101.095.614-06

Nome
WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento
12/09/1991

Comprova





426259



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente		Data Int.: 03/07/2018 17:03	Atendimento: 426259	Nº AIH:
				Prontuário: 320987
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA		Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
Data Nasc.: 12/09/1991		Idade: 26	CNS:	Nº: 25
CPF: 09107-09107		RG:		Estado: PE
Endereço: RUA DOIS		Cidade: BEZERROS		
Bairro: RETIRO		Profissão: AGRICULTOR		
CEP: 55660000		Fone: 93156766		
Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA				
Nome do Conjugue:				
Nome:		RG:	Fone:	
Parentesco:				
2 - Internar Para				
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		Leito: CORREDOR - EMERG ADULT		
Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO				
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):		CID: _____		
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.	Anestesista Ass./Carimbo
Méd. Assist. Ass./Carimbo				
4 - Procedimentos Especiais				
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE <input type="checkbox"/> USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL				
5 - História Clínica				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
MOTIVO DE ALTA				
DATA DE INTERNAMENTO 03/07/2018 17:03		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO





**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

6 - Exames Realizados

ESPECIFICAÇÕES:

7 - Outros Procedimentos

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

Ass. do Médico Responsável ou Revisor

Ass. do Chefe da Clínica ou Revisor

Data: / /

Data: _____ / _____ / _____

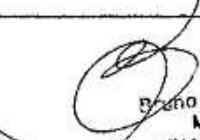
2 de 2





FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 869-317	
DATA: 01-07-18		HORA: 19:37		TELEFONE:	
NOME: WILSON BEZERRA DA SILVA				IDADE: 27	
NOME DA MÃE: Maria José Bezerra da Silva					
DATA DE NASCIMENTO: / /		ACOMPANHANTE:			
END.: R. 820 LUCAS		BAIRRO: RETIRO		N.º 42	
CIDADE: BEZERRAS		SINAIS VITAIS			
PA: 130/80mmhg	HGT: 82 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO					
I – Sinais de Emergência imediata					
CLASSIFICAR COMO VERMELHO					
<ol style="list-style-type: none"> O Apnéia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 lpm O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dL O Convulsão no momento O Politraumatismo/Glasgow </= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória 					
II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da saia de observação					
CLASSIFICAR COMO AMARELO					
<ol style="list-style-type: none"> O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática 					
III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo					
CLASSIFICAR COMO VERDE					
<ol style="list-style-type: none"> O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O 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					
<ol style="list-style-type: none"> O Queixas crônicas <u>sem alterações agudas</u> O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas O Troca de curativos ou retiradas de pontos O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda 					
CLASSIFICAÇÃO					
<input type="radio"/> Vermelho <input type="radio"/> Amarelo <input type="radio"/> Verde <input type="radio"/> Azul					
Alergias: () NÃO () SIM, à					
ENCAMINHADO:					
Assinatura da enfermeira e carimbo					
ORIENTAÇÕES					
Assinatura da Assistente Social e carimbo					



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: () NÃO () SIM, à	REGISTRO:																								
<p>Queixas:</p> <p>Dores na volta e dor de tronco que acometeu ao andar e descer escadas ali acima.</p>																										
<p>Exame físico:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																										
<p>H.D.:</p> <p>Prática de exercícios?</p> <p>_____</p>																										
<p><u>CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO</u></p>																										
<p>Conduta: Doença de encontro. N.R.</p>																										
<p>AO: HRA 5460042</p>																										
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">TIPO DE CONSULTA</th> <th style="width: 25%;">MOTIVO DA ALTA</th> <th style="width: 25%;">ÓBITO</th> <th style="width: 25%;">ATESTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consulta simples</td> <td>Meiora</td> <td>Data: _____ / _____ / _____</td> <td>SIM () NÃO ()</td> </tr> <tr> <td>Consulta c/ Observação</td> <td>Solicitação</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicação (Internamento)</td> <td>Transferência</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Indisciplina</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Óbito</td> <td>_____</td> <td>DIAS: _____</td> </tr> </tbody> </table>			TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO	Consulta simples	Meiora	Data: _____ / _____ / _____	SIM () NÃO ()	Consulta c/ Observação	Solicitação	_____		Indicação (Internamento)	Transferência	_____			Indisciplina	_____			Óbito	_____	DIAS: _____
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO																							
Consulta simples	Meiora	Data: _____ / _____ / _____	SIM () NÃO ()																							
Consulta c/ Observação	Solicitação	_____																								
Indicação (Internamento)	Transferência	_____																								
	Indisciplina	_____																								
	Óbito	_____	DIAS: _____																							
<p>Data: _____ / _____ / _____</p> <p>Hora: _____</p>																										
<p style="text-align: right;">  Bruno Luz Laxia Médico CRM - PE 23810 </p>																										
<p style="text-align: right;"> Médico - CREMEPE (Carimbo) </p>																										





BEZERROS

Construindo seu novo tempo

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



Protocolo de Encaminhamento

470 - TRAUMA

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5460042

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Wilson Bezerra da Silva Idade: 24

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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()

Sem-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Quelôninhas: 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 () Círculo: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: vítima de acidente de trânsito quebrou o lado direito com dor intensa e dor de morte nesse lado com dor intensa

Hipótese Diagnóstica: Fratura torácica.

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() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()

Distúrbio Fetal/Choro: S() N()

Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()

Perfusão Periférica: Boa () Lenticicada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()

Coloração da Pele: Normocorrada () Palidez () Clorose ()

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 80-110
Adulto 60-100

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:

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar Isocônicas () Anisocônicas () Midriase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()
Lesões intra-Torácica: 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: Vítima () Outros()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sónolência/Agitação() Alteração no Humor()
Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()
Löö () Maconha() Corte() Cocaína () Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()
Imobilização Tala Gessada: S() N()
Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____
Oxigênioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou Secreções: S() N()
Entubação Orotraqueal: S() N()
Ventilação Mecânica: Modalidade: _____
FI02: _____

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, 01/04/2010
Local e data

Brasília 06/07/10
Médico Assistente

*Dr. Luiz Gómez
Maduro
CRM-PE 22810*

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: Wilson Braga c/o Suá

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REG. 425437

LEITO:

320984

HORÁRIO

Gisele S. Araújo
Médico - Município - CRM-PE-10119
CRM: 10119

MEDICAMENTO - POSSOGLIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

01

DIETA LIVRE

02 OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM

03 DIPIRONA 500MG: 01 COMP, VO, 6/6H

04 NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA 5/5

05 SSWV + CCGG

06 PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA

07 SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO

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

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: *Wilsom Bezerra*

PRESCRIÇÃO MEDICA

REG. *426259*
320987

LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO – POSOLOGIA – VIA DE ADMINISTRAÇÃO

- | | |
|------|--|
| ITEM | DIETA LIVRE |
| 01 | OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM |
| 02 | DIPIRONA 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. HENRIQUE
24/04/18



H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: Wilson Bezerra de Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REG: 320987

LEITO:

HORÁRIO

ITEM MEDICAMENTO - POSSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

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

HORÁRIO

Dr. Leonardo Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 24498

05/07/2018

Dr. Leonardo Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 24498

Dr. Leonardo Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 24498

05/07/2018

Dr. Leonardo Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 24498

05/07/2018

Dr. Leonardo Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 24498

05/07/2018

Dr. Leonardo Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 24498

05/07/2018





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 Agamnon Magalhães, Bairro Centro, Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vitima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

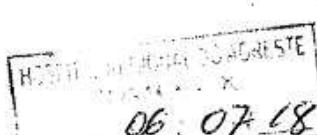
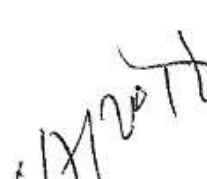
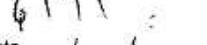
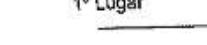
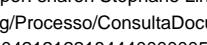
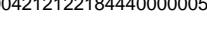
Bezerros, 20 de julho de 2018.


Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

*Klevio Maranhão
Coord. Técnico de Rote de Urgência
e Emergência Bezerros
Tel. 6009861*

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



Secretaria de Saúde do Pernambuco - SES/ SUS/ PE HOSPITAL DO AGRESTE				
ARIO				
Unidade:	<i>MTI</i>			
Nome:	<i>Bezerrão</i>			
Registro N°:				
Clinica:				
Enfermaria:				
<i>Ex aulão)</i> <i>AF</i>				
				
<i>2018-07-06</i>				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
 36088	1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	06/07/2018	
224697	 36089	923	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (PERFIL)	06/07/2018

PRX - REALIZADO
DATA 06/07/18
HORA 13:00
RC Edmundo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 21/04/2020 21:22:18
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042121221844400000059844347>
Número do documento: 20042121221844400000059844347

Num. 60904267 - Pág. 12

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES
EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Paciente: Ulisses Bazzan

Registro N°:

Clinical

EVOLUÇÃO

DATA | HORA

* 027000

for

118

62

Pacientes evoluí com outas
CHIQUROS SEM DIFERENÇAS

6. V. M.

Sur Pre-^o

Dr. Vilmos Feuer de 1971.10.13.
Szentendre 1971.10.13.
Szentendre 1971.10.13.

Die Zeit ist aus
für uns nicht
für ~~entfernen~~

Leonardo A. IDE
55 R.M. 23456

13
2010





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: Wilson Bezerra da Silva RG: 83783189 SDS-PE
Endereço: R. 02 - Bela Vista - Petrolina - PE Tel.: 81-9932100009
Data: 06/07/18

Wilton Bezerra de Souza
Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Name: _____ **RG:** _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento: [Visualizar](#) | [Inserir](#) | [Alterar](#) | [Excluir](#)

Assinatura

Diagnóstico:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

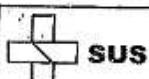
() Transferência: () Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Impalterado () Óbito

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





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

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Wilson Bezerra de Sá

6 - N° DO PRONTUÁRIO

320984

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/09/91

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria José Bezerra da Sá

12 - FONE DE CONTATO

9815564616

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Kios 25 Rio

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bezerros

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Visite de paciente de auto, a ponto de ser encaminhado para internação. Estado de desnutrição e desidratação.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Qd. lín

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Início de convalecência

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

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARMBO (N° 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:

Medico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA Sexo: MASCULINO
Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA Local: SALA DE EXAME
Setor Executante: RADIOLOGIA Plano: PLANO UNICO
Convenio: SUS - AMBULATORIO
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 01/10/18
HORA 23:10
TC ████████

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste | SES/PE



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 21/04/2020 21:22:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042121221844400000059844347>
Número do documento: 20042121221844400000059844347

Num. 60904267 - Pág. 17

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: *W/18022 Sônia de Souza*

PRESCRIÇÃO MEDICA

REG. 7207187 LEITO:

ITEM	MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIO
01	DIETA PARA DM + HAS	
02	JELCO HIDROLISADO	
03	SF 0,40%, 1000 ML, EV, EM 24H	
04	DIPIRONA 500mg/ml: 01 AMP + AD, EV, 6/6H	02/07
05	OMEPPRAZOL 40MG 01 AMP + DILUENTE PRÓPRIO EV, EM JEJUM	02/07
06	TRAMAL 100MG: 01 AMP + SF 0,9% 100ML EV ATÉ DE 6/6H SE DOR INTENSA	
07	PLASIL 01 AMP + AD, EV, 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITOS	
08	GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 24/24H SE piora	
09	PA-E-HGT-DE 6/6H	
10	CAFFOPRIL 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 \geq 70MG/DL E COMUNICAR AO PLANTÃO	
13	CURATIVO+DIARIO	
14	SSVV + CCGG	



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 **1/7/2018** 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 FÓRUM**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
WILSON BEZERRA DA SILVA (VITIMA)

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 Mês: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA Pal: **LUIZ BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: 12/09/1991 Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8788188/SDS/PE (RG) - 10109661406 (CPF)** Estado Civil: **AMASADO(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: - Pessoas 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. PROPRIETARIO: ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS**

Complemento / Observação

A VITIMA WILSON BEZERRA DA SILVA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOUA 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 FÓRUM 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 FOA ATENDIDA CONFORME FICHA COM REGISTRO DE N°969.317 ASSINADA PELO MEDICO BRUNO LUIZ CAXIAS - CRM /PE 23810, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU- PE; CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM EXEXO APRESENTADA PELA PROPRIA 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
(VITIMA)

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

