



### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Junio da Silva Gomes,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 066 117 384 44 e portador da cédula de identidade  
nº 8.000 685, residente e domiciliado(a) na  
Rua Caracará  
nº 51-A bairro de Caracará  
CEP 55 034 450 na cidade de Caruaru / 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, 04 de 02 de 2020

Junio da Silva Gomes  
Outorgante





**SAMU  
192**



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **JUNIO DA SILVA GOMES** portador do **RG: 8.000.685 SDS-PE** e **CPF: 066.117.384-44**, que consta nos registros de ocorrências **Nº1909170131** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **15/10/2019** às **11h e 59min**, no endereço **AVENIDA LEÃO DOURADO, VILA KENNEDY, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO MOTO X CARRO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo o mesmo removido em seguida para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 13 de Novembro de 2019.

  
Plácido Tiago Azioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 13/11/19







# TRA

Prontuário: 292195

Religião:

CNS: 701809241198376

Nº: 420

Estado: PE

Profissão:

**Acompanhante:**

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## Médico: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Vittorio L. Scuderi di Moto con Lancia in M/E  
D. Vico Pechi di Lancia

Exame Físico: pressão, temperatura, pulso PA: 120/80 FC: 72 FR: 18

Al. S. W. Williams

W. H. Hall

John, on January, 1968 on Baller E

Diag. 15015016. East?

11/20 11/15

2/11/15 d. c. c. l.

3/ Melan, de Orbyen

Dr. David Christian  
Medical Director  
CRMA-DE 23471

### Prescrição:

**Diet:**

Data

### Horário

- RETURNED (R) SPI/LODGE

62016110

Dr. Alexandre Rêgo Filho  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM de RJ 107.762-6 / 15.01.1998

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



## 3 - Evolução / Exames

*DIAGNÓSTICO*  
*→ VORTICINA 1700 + 1500 0.5 30/50*

*DE TIAGO RODRIGUES MONTEIRO  
MÉDICO CLÍNICO - AGRESTE  
C.R.M. 25583-1 - CREME-100*

## 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: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

15/10/2019 12:43:23  
2 de 2

Usuario do Atendimento  
EDJAILMARG





## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

## RECEITUÁRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

## EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO  
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS.  
INTERNAMENTO

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SOLICITO:  
RADIOGRAFIAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> COLUNA CERVICAL AP/PERFIL   | <input type="checkbox"/> COLUNA DORSAL AP/PERFIL | <input type="checkbox"/> COLUNA LOMBAR AP/PERFIL  |
| <input type="checkbox"/> OMBRO AP/AXILAR E P. ESCAP  | <input type="checkbox"/> TÓRAX AP/PERFIL         | <input type="checkbox"/> ARCOS COSTAIS AP/OBLÍQUO |
| <input type="checkbox"/> BRAÇO AP/PERFIL             | <input type="checkbox"/> COTOVELO AP/PERFIL      | <input type="checkbox"/> ANTEBRACO AP/PERFIL      |
| <input type="checkbox"/> PUNHO AP/PERFIL             | <input type="checkbox"/> MÃO AP/OBLÍQUO          | <input type="checkbox"/> BACIA AP/LÖWENSTEIN      |
| <input type="checkbox"/> BACIA ALAR/OSTURATRIZ       | <input type="checkbox"/> QUADRIL AP/LÖWENSTEIN   | <input type="checkbox"/> COXA AP/PERFIL           |
| <input type="checkbox"/> JOELHO AP/PERFIL            | <input type="checkbox"/> JOELHO AXIAL DE PATELA  | <input type="checkbox"/> PERNA AP/PERFIL          |
| <input type="checkbox"/> TORNOMELO AP/PERFIL/MORTISE | <input type="checkbox"/> PÉ AP/OBLÍQUO           | <input type="checkbox"/> CALCANHAR PERFIL         |
| <input type="checkbox"/> CLAVÍCULA AP/ZANCA          |  |   |

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

## SOLICITO:

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

## IMOBILIZAÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> VELPEAU DE CREPON               | <input type="checkbox"/> TALA ANTEBRAQUIOPALMAR (LUVA)    |
| <input type="checkbox"/> VELPEAU VERO (TIPOIA AMERICANA) | <input type="checkbox"/> TALA ANTEBRAQUIOMANUAL (GARRAFA) |
| <input type="checkbox"/> TIPOIA SIMPLES                  | <input type="checkbox"/> TALA BRACIAL (AXILOPALMAR)       |
| <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL                  | <input type="checkbox"/> TALA PINÇA DE CONFEITEIRO        |
| <input type="checkbox"/> TALA SUOPODÁLICA (BOTA)         | <input type="checkbox"/> TALA METÁLICA PARA DEDOS         |
| <input type="checkbox"/> TALA INGUINOMALEOLAR (TUBO)     | <input type="checkbox"/> ADESIVAGEM/ESPARADRAPAGEM        |
| <input type="checkbox"/> TALA INGUINOPODÁLICA            | <input type="checkbox"/> APARELHO GESSADO TIPO:           |
| <input type="checkbox"/> TALA HEMIPELOPODÁLICA (SPICA)   | <input type="checkbox"/> OUTRO:                           |

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

## SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA                | <input checked="" type="checkbox"/> COAGULOGRAMA       |
| <input checked="" type="checkbox"/> UREIA                    | <input checked="" type="checkbox"/> CREATININA         |
| <input checked="" type="checkbox"/> TGO                      | <input checked="" type="checkbox"/> TGP                |
| <input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM        | <input checked="" type="checkbox"/> HEMOGLOBINA        |
| <input checked="" type="checkbox"/> HEMATOCRITO              | <input checked="" type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA   |
| <input checked="" type="checkbox"/> UROCULTURA               | <input checked="" type="checkbox"/> HEMOCULTURA        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CULTURA DE SECREÇÃO      | <input checked="" type="checkbox"/> PROTEÍNA C REATIVA |
| <input checked="" type="checkbox"/> VELOC. HEMOSSÉDIMENTAÇÃO | <input type="checkbox"/> OUTROS:                       |

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909

LEGENDA: "E": ESQUERDO, "D": DIREITO, "X": NÃO SE APLICA, "A": AMBOS

NECESSIDADE DE PARECER CARDIOLÓGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

PARECER CARDIOLÓGICO

HD: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TEOT 14909





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

## Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JUNIO DA SILVA GOMES	6 - Número do Prontuário 113133			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701809241198376	8 - Data Nascimento 22/08/1987	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe LINDALVA GERCINA DA-SILVA GOMES	12 - Telefone de Contato 81.994569716			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA CARACAS, 51 (A) - CAIUCA	16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos <i>fratura osso perna esquerda após trauma</i>
21 - Condições que justificam a internação

## 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

<i>FX</i>
-----------

23 - Diagnóstico inicial fratura osso perna e	24 - CID 10 Principais S821	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas J04.02.02.003-7
--	--------------------------------	------------------	--

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado internamento	28 - Código do procedimento 004.05.05.051		
29 - Clínica ORT + fratura	30 - Caráter de Internação	31 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
33 - Nome do Profissional Solicitante CARLA ROCHA LEMOS	34 - Data da solicitação 17/10/19	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto		Dr. Sidney Souza Araújo Ribeiro Diretor Médico não segurado CRM 24640	
45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	





## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

<b>Identificação do Estabelecimento</b>		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:		16/10/19 08:40
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA - CARUARU		
MÉDICO SOLICITANTE:		Nº SOLICITAÇÃO:
MAURICIO ALVES PAES		633266

<b>Identificação do Paciente</b>		Nº DO PRONTUÁRIO:
NOME DO PACIENTE:		
JUNIOR DA SILVA GOMES		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
	22/08/1987	MASCULINO
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:		TELEFONE DE CONTATO:
LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES		
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	COD. IBGE MUNICÍPIO:	UF:
		PE
		CEP:

<b>Dados sobre o Transporte</b>		DATA DE EMISSÃO:
MEIO DE TRANSPORTE:		17/10/19 17:19
AMBULÂNCIA		
OBSERVAÇÃO:		
OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:		

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESP/PE 4.471

<b>Regulador</b>	
MÉDICO REGULADOR:	
UILSON FRANCISCO DE BARROS	
TIPO LEITO:	ESPECIALIDADE:
CIRÚRGICO	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

<b>Executante</b>		DATA DE AUTORIZAÇÃO:
ESTABELECIMENTO:		17/10/19 15:02
HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERRAS		
MÉDICO AUTORIZADOR:		





# 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

Luís de L. Gomes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

292195

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71011801912111981376

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/87

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Sindalva Garcia da Silva Gomes

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

924161864

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

- > -

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Otto da Balança

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camamu

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma em falco após acidente motorciclístico

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Necessidade de exame diagnóstico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

1

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura

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 DOENÇAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

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)



# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER\_05 - LEITO-02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642	Data: 17/10/2019	Hora: 20:00	Recepç.: DEIVISON NASCIMENTO
Convênio: SES - ORTOPEDIA			Matrícula: 701809241198376
Responsável:			Identidade:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA			Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES	Sexo: MASCULINO	Cor: MORENO
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês	Est. Civil:	
Endereço: RUA CARACAS, 51 A	C.P.F. 06611738444	
Bairro: CAIUCA	Identidade: 8000685	SDS PE
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU	UF: PE	
Pai: JOAO MANOEL GOMES	Telefone: 81.994569716	
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES	G.Instrução:	
Nacionalidade: BRASIL	Ocupação:	
	Naturalidade: ALTINHO	

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 633266

Queixa do Paciente: Don ferus Esquerd

H.D.A.: ex c/ fraturas ossos ferus Esquerd  
após trauma

Exame Físico: fraturas ossos perna Esq

AND. ARQUITIM  
Assistente Social  
CRP 147

Tratamento:

Paciente necessita de Acompanhante
Médico
<u>Maria Fátima Santos</u>
Acompanhante

Bezerros, 17 de outubro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

**Iron Alves**  
CRM-PE 3601



# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER\_05 - LEITO-02

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00  
Convênio: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recep.: DEIVISON NASCIMENTO  
Matrícula: 701809241198376  
Identidade:  
Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES  
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês  
Endereço: RUA CARACAS, 51 A  
Bairro: CAIUCA  
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU  
Pai: JOAO MANOEL GOMES  
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES  
Nacionalidade: BRASIL

CEP:  
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO  
Est. Civil:  
C.P.F.: 06611738444  
Identidade: 8000685 SDS PE  
Telefone: 81.994569716  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade: ALTINHO

Recepcionista:

Motivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
( ) Assinou o termo

### Alta Hospitalar

Data: 19/10/19

Médico:

Alessandro L. Oliveira  
Médico  
CREMEPE - 28474

Assinatura / CRM

### Transferência Hospitalar

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Médico:

Assinatura / CRM

### Óbito

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Médico:

Assinatura / CRM

### Observação

### Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:







HOSPITAL JESUS PEQUENO  
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)			
Atendimento: 563642	Idade.: 32 ANOS E 1 Mês	Data: 17/10/2019	Convênio.: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		Leito: ENFER_05 - LEITO-02	
Médico: DR. IRON ALVES SILVA		CRM: 3601	



HOSPITAL JESUS PEQUENO  
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)			
Atendimento: 563642	Idade.: 32 ANOS E 1 Mês	Data: 17/10/2019	Convênio.: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		Leito: ENFER_05 - LEITO-02	
Médico: DR. IRON ALVES SILVA		CRM: 3601	

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

LISTA DE PROBLEMAS:

**FRATURA OSSOS PERNA E**

ANTIBIÓTICOS:

SSVV: PA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOT. <input type="checkbox"/> HIPERT. <input type="checkbox"/> HIPOT.	TEMP: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> EPISÓDIO DE FEBRE
HGT:	ALERGIA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> ZERO	ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PERIF. <input type="checkbox"/> CENTRAL
EVACUAÇÕES: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIAS	DIURESE: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ÚLCERA DE PRESSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	PROFILAXIA TVP: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

QUEIXAS:

**ESTAVEL**

**EXAME FÍSICO**

Geral: <input type="checkbox"/> EG BOM <input type="checkbox"/> EG REGULAR <input type="checkbox"/> EG RUIM	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE
<input type="checkbox"/> EG GRAVÍSSIMO	
<input type="checkbox"/> FEBRIL <input type="checkbox"/> AFEBRIL	<input type="checkbox"/> NORMOCORADO <input type="checkbox"/> HIPOCORADO <input type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESIDRATADO
<input type="checkbox"/> ANICTÉRICO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO	<input type="checkbox"/> EUPNEUCO <input type="checkbox"/> DISPNEICO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES
Glasgow + + = PA:	FC: Sat: FR:
Ventilação: <input type="checkbox"/> AR AMBIENTE <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> VENTURI % L/min	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMO
Cardiovascular: <input type="checkbox"/> RCR EM 2T; BNS S/SOPROS.	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES:
Respiratório: <input type="checkbox"/> MV + EM AHT SIRA	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES:
Abdome: <input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> SEMIGLOBOSO <input type="checkbox"/> GLOBOSO <input type="checkbox"/> INDOLOR A PALPAÇÃO/SEM VMG	RHA:
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES:	
Membros: <input type="checkbox"/> SEM EDEMA <input type="checkbox"/> COM EDEMA:	PERFUSÃO PERIF:
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES:	

IMPRESSÃO E CONDUTA:

**ACESSO V PERIFERICO**

PROFILAXIA T M V P

Médico: DR. IRON ALVES SILVA

CRM:

Iron Alves  
CRM: 3601





HOSPITAL  
JESUS PEQUENINHO



**EVOLUÇÃO MÉDICA**

DATA: 18/10/19

ENF.: \_\_\_\_\_

NOME: Junio da Silva Gomes

IDADE: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Oso da perna Erg.

**ANTIBIÓTICOS:**

SSVV: PA: ☒ NORMOT. ( ) HIPERT. ( ) HIPOT.

TEMP.: ☒ NORMAL ( ) EPISÓDIO DE FEBRE

HGT: \_\_\_\_\_

ALERGIA: ☒ NÃO ( ) SIM

NUTRIÇÃO: ☒ VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) NPT ( ) GTT ( ) Zero **ACESSO VENOSO:** ( ) NÃO ☒ PERIF. ( ) CENTRAL.

EVACUAÇÕES: ☒ Sim ( ) Não \_\_\_\_\_ DIAS **DIURESE:** ☒ Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

ÚLCERA DE PRESSÃO: ( ) SIM ☒ NÃO **PROFILAXIA TVP:** ☒ Sim ( ) Não

**QUEIXAS:**

Dor em MTC

**EXAME FÍSICO:**

Geral: ( ) JEG BOM ☒ JEG REGULAR ( ) JEG RUIM ( ) JEG GRAVISSIMO

( ☒ ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE

( ) FEBRIL ☒ AFEBRIL

☒ NORMOCORADO ( ) HIPOCORADO

( ☒ ) HIDRATADO ( ) DESIDRATADO

☒ ANICTÉRICO ( ) ICTÉRICO

☒ EUPNEICO ( ) DISPNEICO

( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Glasgow \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ = 15 PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Sat: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

**Ventilação:** ☒ AR AMBIENTE ( ) O2 / ( ) CATETER ( ) VENTURI \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ L/min ( ) TRAQUEOSTOMO

**Cardiovascular:** ☒ RCRC EM 2T; BNF S\SOPROS. ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

**Respiratório:** ( ☒ ) MV+ EM AHT S\RA. ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

**Abdome:** ( ) PLANO; ☒ SEMIGLOBOSO; ( ) GLOBOSO; ( ) INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG; RHA \_\_\_\_\_

( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

**Membros:** ☒ SEM EDEMA ( ) COM EDEMA \_\_\_\_\_ PERFUSÃO PERIF.: \_\_\_\_\_

( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

**IMPRESSÃO E CONDUTA:**

em cirurgia

D. Carlos Henrique  
CRM 28160

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRS 511.19  
19/10/19





HOSPITAL  
JESUS PEQUENINHO



**EVOLUÇÃO MÉDICA**

DATA: 19/10/19

ENF.: \_\_\_\_\_

NOME: Júnio da Silva Gomes IDADE: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Osso da perna Eq.

**ANTIBIÓTICOS:**

SSVV: PA: ☒ NORMOT. ( ) HIPERT. ( ) HIPOT. TEMP.: ☒ NORMAL ( ) EPISÓDIO DE FEBRE \_\_\_\_\_

HGT: \_\_\_\_\_ ALERGIA: ( ) NÃO ( ) SIM \_\_\_\_\_

NUTRIÇÃO: ( ☒ ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) NPT ( ) GTT ( ) Zero ACESSO VENOSO: ( ) NÃO ( ☒ ) PERIF. ( ) CENTRAL.

EVACUAÇÕES: ( ☒ ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_ DIAS DIURESE: ( ☒ ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

ÚLCERA DE PRESSÃO: ( ) SIM ( ☒ ) Não PROFILAXIA TVP: ( ☒ ) Sim ( ) Não

QUEIXAS: Sem queixas no momento

Ana Amorim  
Assistente Social  
CREMEPE/PE: 4.471

**EXAME FÍSICO:**

Geral: ( ☒ ) EG BOM ( ) EG REGULAR ( ) EG RUIM ( ) EG GRAVISSIMO ( ☒ ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE

( ) FEBRIL ( ☒ ) AFEBRIL ( ☒ ) NORMOCORADO ( ) HIPOCORADO ( ☒ ) HIDRATADO ( ) DESIDRATADO

( ☒ ) ANICTÉRICO ( ) ICTÉRICO ( ☒ ) EUPNEICO ( ) DISPNEICO

( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Glasgow \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ = \_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Sat: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Ventilação: ( ☒ ) AR AMBIENTE ( ) O2 / ( ) CATETER ( ) VENTURI \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ L/min ( ) TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular: ( ☒ ) RCR EM 2T; BNF S\SOPROS. ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Respiratório: ( ☒ ) MV+ EM AHT S\RA. ( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Abdome: ( ☒ ) PLANO; ( ) SEMIGLOBOSO; ( ) GLOBOSO; ( ☒ ) INDOLOR A PALPAÇÃO\ SEM VMG; RHA \_\_\_\_\_

( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Membros: ( ☒ ) SEM EDEMA ( ) COM EDEMA \_\_\_\_\_ PERFUSÃO PERIF.: \_\_\_\_\_

( ) ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

**IMPRESSÃO E CONDUTA:**

Alta programada pela enfermeira

Alessandra Oliveira  
Enfermeira  
CREMEPE - 28474

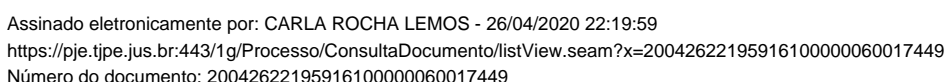






Data: 19/10/2019	Hora:	Clinica: ORT	Enfermaria/Leito: 5/2
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES			
Dias de internamento:	HD.:		
Estado Geral: <input checked="" type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Comprometido <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Gravíssimo			
Nível de consciência: <input type="radio"/> Senil <input checked="" type="radio"/> Consciente <input checked="" type="radio"/> Orientado <input type="radio"/> Desorientado <input type="radio"/> Sonolento <input type="radio"/> Torporoso <input type="radio"/> Comatoso <input type="radio"/> Sob sedação			
Interação social: <input checked="" type="radio"/> Cooperativo <input type="radio"/> Agitado <input type="radio"/> Depressivo			
Sinais Vitais			
PA ( ) mmHg	FC ( ) BPM	FR ( ) IRPM	T ( ) °C
Regulação Térmica: <input type="radio"/> Hipotérmico <input type="radio"/> Subfebril <input checked="" type="radio"/> Afebril <input type="radio"/> Febril			
Pele: <input checked="" type="radio"/> Normocorado <input type="radio"/> Hipocorado <input type="radio"/> Acinótica <input type="radio"/> Cianótica <input type="radio"/> Anictérica <input type="radio"/> Ictérica			
Sistema Respiratório			
Oxigenação: <input checked="" type="radio"/> Eupnéico <input type="radio"/> Dispnéico <input type="radio"/> Bradipnéico <input type="radio"/> Taquipnéico			
Avaliação respiratória/Suporte ventilatório: <input checked="" type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> O <sub>2</sub> suplementar <input type="radio"/> Máscara Venturi ____ % <input type="radio"/> VNI intermitente <input type="radio"/> Intubado com VM <input type="radio"/> Traqueostomizado <input type="radio"/> TQT + VM <input checked="" type="radio"/> Ar ambiente			
Dreno Torácico: <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não		Oscilação: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Aspecto de drenagem:			
Sistema Vascular: <input checked="" type="radio"/> Normocárdico <input type="radio"/> Bradicárdico <input type="radio"/> Taquicárdico			
Acesso venoso: <input type="radio"/> Periférico <input type="radio"/> Central <input type="radio"/> Dissecção			
Edema: <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não		Pulso: <input checked="" type="radio"/> Cheio <input type="radio"/> Filiforme	
Ritmo cardíaco: <input checked="" type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Irregular			
Nível pressórico: <input checked="" type="radio"/> Normotenso <input type="radio"/> Hipertenso <input type="radio"/> Hipotenso			
Sistema Gastrointestinal			
Via de administração da dieta: <input checked="" type="radio"/> Via oral <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> SOG <input type="radio"/> SNE <input type="radio"/> Aberta <input type="radio"/> Zero <input type="radio"/> Gastrotomia <input type="radio"/> Parenteral			
Eliminação: <input type="radio"/> Ausente <input checked="" type="radio"/> Presente <input type="radio"/> Diarreico <input type="radio"/> Constipado ____ dias			
Abdomen: <input checked="" type="radio"/> Flácido <input type="radio"/> Tenso <input type="radio"/> Globoso <input type="radio"/> Distendido <input type="radio"/> Semi-globoso <input type="radio"/> Escavado			
RHA.: <input checked="" type="radio"/> Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="radio"/> Diminuídos			
Sistema Urinário			
Diurese: <input checked="" type="radio"/> Presente <input type="radio"/> Ausente <input checked="" type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> SVD <input type="radio"/> Anúria <input type="radio"/> Colúria <input type="radio"/> Poliúria <input type="radio"/> Oligúria <input type="radio"/> Disúria <input type="radio"/> Hematúria <input type="radio"/> Cistostomia <input type="radio"/> Estímulo medicamentoso			
Genitália: <input checked="" type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Prejudicada			
Queixas principais: NEGA			
Observações: PACIENTE EM POS-OP ESTAVEL. RECEBE ALTA HOSPITALAR.			
Enfermeira (o): VANESSA ANDRADE			

Vanesa  
COREN WE 508692



**EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Data: 17.10.19		Clínica: ORT		Enfermaria/Leito: 512	
Paciente: JUNIOR DA SILVA GOMES					
Idade: 32		Sexo:			
<b>Aparelho Respiratório</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> TQT	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradpneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico
<input type="checkbox"/> Dispneico FR	IRpm	<input type="checkbox"/> Suporte de O2	<input checked="" type="checkbox"/> Sem suporte de O2		
<input type="checkbox"/> Cateter de O2	L/min	Máscara de Venturi	%		
Tosse: <input type="checkbox"/> Presente		<input checked="" type="checkbox"/> Ausente			
<b>Aparelho Cardiovascular</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotenso	<input type="checkbox"/> Hipertenso
Acesso Vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico		<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Dissecção	Localização:	
Edema: <input type="checkbox"/> Sim		<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:		
<b>Aparelho Gastrointestinal</b>					
Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> VO		<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Gastrotomia	<input type="checkbox"/> Jejunostomia
Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Boa		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Ruim		
Evacuação: <input checked="" type="checkbox"/> Presente		<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:		
<b>Aparelho Geniturinário</b>					
Genitália: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada		<input type="checkbox"/> Alterações:			
Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Presente		<input type="checkbox"/> Ausente			
Dispositivo Urinário: <input checked="" type="checkbox"/> Sem dispositivo		<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Uropen	
<b>Aparelho Muscular e Higiene</b>					
Contensão mecânica: <input type="checkbox"/> Presente		<input checked="" type="checkbox"/> Ausente			
Fratura: <input checked="" type="checkbox"/> Presente		<input type="checkbox"/> Ausente			
Banho: <input type="checkbox"/> No leito		<input checked="" type="checkbox"/> De aspeção (banheiro)			
Lesões de pele: <input type="checkbox"/> Presente		<input checked="" type="checkbox"/> Ausente			
<b>Outras Informações:</b>					
<p>At: 17.10.19. Paciente admitido neste setor de ortopedia vindo vindo do HRS com fratura de tibia evoluí GOK, consciente, orientado afilente, afundos SSVV, monais, sem queixas no momento, medica conforme prescrição medica e segue aos cuidados da equipe.</p>					
<p>Técnico de Enfermagem: Tatiana Santos Lima COREN: 775943</p>					



EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Data: 18/10/2019	NOTURNA	Clínica: ORT	Enfermaria/Leito: 05/02
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES			
Idade:	Sexo: <input type="radio"/> (M) <input type="radio"/> (F)		
<b>Aparelho Respiratório</b>			
<input type="radio"/> Espontânea	<input type="radio"/> TOT	<input type="radio"/> TQT	<input type="radio"/> Eupnéico <input type="radio"/> Bradpneico <input type="radio"/> Taquipnéico
<input type="radio"/> Dispneico FR IRpm	<input type="radio"/> Suporte de O2 <input type="radio"/> Sem suporte de O2		
<input type="radio"/> Cateter de O2 L/min	Máscara de Venturi %		
Tosse: <input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente		
<b>Aparelho Cardiovascular</b>			
<input type="radio"/> Normocárdico	<input type="radio"/> Bradicárdico	<input type="radio"/> Taquicárdico	<input type="radio"/> Normotenso <input type="radio"/> Hipotenso <input type="radio"/> Hipertenso
Acesso Vascular: <input type="radio"/> Periférico	<input type="radio"/> Central	<input type="radio"/> Dissecção	Localização:
Edema: <input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Local:		
<b>Aparelho Gastrointestinal</b>			
Dieta: <input type="radio"/> VO <input type="radio"/> SNE <input type="radio"/> SNG	<input type="radio"/> Gastrotomia	<input type="radio"/> Jejunostomia	<input type="radio"/> NPT <input type="radio"/> Zero
Aceitação da dieta: <input type="radio"/> Boa	<input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Ruim		
Evacuação: <input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente Aspecto:		
<b>Aparelho Geniturinário</b>			
Genitália: <input type="radio"/> Preservada	<input type="radio"/> Alterações:		
Diurese: <input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente		
Dispositivo Urinário: <input type="radio"/> Sem dispositivo	<input type="radio"/> SVA	<input type="radio"/> SVD nº	<input type="radio"/> Uropên
<b>Aparelho Muscular e Higiene</b>			
Contensão mecânica: <input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente		
Fratura: <input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente POS		
Banho: <input type="radio"/> No leito	<input type="radio"/> De aspeção (banheiro)		
Lesões de pele: <input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente		
<b>Outras Informações:</b>			
Paciente evolui estável, consciente, orientado, sem queixas, aferidos ssvv, medicado conforme prescrição medica, segue aos cuidados da enfermagem.			
Técnico de Enfermagem: MICHAEL SAMPAIO			

Micael Sampaio  
Téc. Enfermagem  
COREN: 1194476





# EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data: 19/10/2019	DIURNA	Clínica: ORTO	Enfermaria/Leito: 5/2
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES			
Idade: 32 A	Sexo: <input checked="" type="radio"/> (M) <input type="radio"/> (F)		
<b>Aparelho Respiratório</b>			
<input checked="" type="radio"/> Espontânea	<input type="radio"/> TOT	<input type="radio"/> TQT	<input checked="" type="radio"/> Eupnéico
<input type="radio"/> Dispneico FR	IRpm	<input type="radio"/> Suporte de O2	<input type="radio"/> Bradpnéico
<input type="radio"/> Cateter de O2	L/min	<input type="radio"/> Sem suporte de O2	<input type="radio"/> Taquipnéico
Tosse: <input type="radio"/> Presente	Máscara de Venturi		%
		<input checked="" type="radio"/> Ausente	
<b>Aparelho Cardiovascular</b>			
<input checked="" type="radio"/> Normocárdico	<input type="radio"/> Bradicárdico	<input type="radio"/> Taquicárdico	<input checked="" type="radio"/> Normotenso
<input type="radio"/> Acesso Vascular:	<input checked="" type="radio"/> Periférico	<input type="radio"/> Central	<input type="radio"/> Hipotenso
<input type="radio"/> Edema: <input type="radio"/> Sim	<input checked="" type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Dissecção	<input type="radio"/> Hipertenso
		Localização:	
<b>Aparelho Gastrointestinal</b>			
Dieta: <input checked="" type="radio"/> VO	<input type="radio"/> SNE	<input type="radio"/> SNG	<input type="radio"/> Gastrotomia
<input type="radio"/> Aceitação da dieta: <input checked="" type="radio"/> Boa	<input type="radio"/> Moderada	<input type="radio"/> Jejunostomia	<input type="radio"/> NPT
<input type="radio"/> Evacuação: <input checked="" type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente	<input type="radio"/> Zero	<input type="radio"/> Aspecto:
<b>Aparelho Geniturinário</b>			
Genitália: <input checked="" type="radio"/> Preservada	<input type="radio"/> Alterações:		
Diurese: <input checked="" type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente		
Dispositivo Urinário: <input checked="" type="radio"/> Sem dispositivo	<input type="radio"/> SVA	<input type="radio"/> SVD nº	<input type="radio"/> Uropen
<b>Aparelho Muscular e Higiene</b>			
Contensão mecânica: <input type="radio"/> Presente	<input checked="" type="radio"/> Ausente		
Fratura: <input type="radio"/> Presente	<input checked="" type="radio"/> Ausente		
Banho: <input type="radio"/> No leito	<input checked="" type="radio"/> De aspeção (banheiro)		
Lesões de pele: <input checked="" type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Ausente		

**Outras Informações:**  
**PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, CIRURGIADO, REALIZADO CURATIVO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.**

*Às 11:40h paciente recebe alta hospitalar.*

Técnico de Enfermagem: ALBECARLA SALES

*Albécara M. de Sales França*  
 COREN-PE 494496-TE



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JUNIO D SILVA GOMES	NÚMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO DR. JOSE FELIPE GUEDES	
ANESTESIA RAQUIDIANA	DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 18/10/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + NEUROLISE DO FIBULAR DEBRIDAMENTO DE ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
<b>DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li> <li>2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS</li> <li>3. DEBRIDAMENTO DE ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO</li> <li>4. INCISAO LATERAL PARA ACESSO AO PLANALTO</li> <li>5. DIVULSAO POR PLANOS</li> <li>6. NEUROLISE DO FIBULAR</li> <li>7. REDUÇÃO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL</li> <li>8. FIXAÇÃO COM PARAFUSOS</li> <li>9. BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA</li> <li>10. LAVAGEM COM S 0,9%</li> <li>11. SUTURA POR PLANOS</li> <li>12. CURATIVOS</li> </ol>	

Ata Amortim  
Assistente Social  
S/RE 4.471

19/10/2019  
19/10/2019  
19/10/2019

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM 21025





HOSPITAL JESUS PEQUENINO  
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)			
Atendimento: 563642	Idade.: 32 Anos e 1 Mês	Data: 17/10/2019	Convênio.: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		Leito: ENFER_05 - LEITO-02	
Médico: DR. IRON ALVES SILVA		CRM: 3601	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALERGIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		HGT: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
COMORBIDADE: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
HGT	12	18	00	06
PA	12	18	00	06 120x80
TEMPERATURA	12	18	00	06 36.1°C
HORÁRIOS				
DIETA	BRANDA			
2	HIDRATAÇÃO:			
	JELCO HIDROLISADO			
3	ANTIBIÓTICO:			
4	PROFILAXIA:			
	HNF 5000UI 0,25ML SC 12/12H ACM			
5	SINTOMÁTICOS/CORREÇÃO			
	PLASIL 1 AMP + AD EV 8/8H SE NAUSEAS OU VÔMITOS		SN	
	TRAMAL 50MG 1 AMP+100ML SF 0,9% EV 12/12H SE DOR REFRACTÁRIA		SN	
	ATENSINA 0,1MG 1 COMP VO SE PAS > 165 e PAD>110		SN	
	KCL 19,1% 2 AMP + SF 0,9% 200ML EV CORRER EM 3H		ACM	
	NBZ: Berotec gotas + Atrovent gotas + SF 0,9% ml 20/20 x de / h		ACM	
	HIDROCORTISONA 100MG + AD EV 8/8H ACM		ACM	
	DIPIRONA 1 AMP +AD EV. 6/6H		26 06	
6	PENDÊNCIAS:			
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
	HGT 6/6H			
	CURATIVO DIÁRIO			
	FISIOTERAPIA			
	SSVV 6/6H + CUIDADOS GERAIS			
	MONITOR CARDIACO+PNI+OXIMETRIA DE PULSO ACM			
	AVM (O2 + AR COMPRIMIDO) SN			
	OXIGENATERAPIA POR			
	ASPIRAÇÃO DE VAS - 4/4H Q/N			
	Insulina Regular conforme HGT SC: 70-150: 0 UI / 151-200: 2 UI / 201-250: 4 UI / 251-300: 6 UI 301-350: 8 UI / 351-400: 10 UI > 400: 12 UI (avisar plantonista)			
	Se HGT <70mg/dl FAZER 05 AMPOLAS DE GLICOSE 50% IV EM BOLUS			
	BANHO NO LEITO 3X AO DIA COM SOAPEX/ALGODÃO/PRODERME/DERMODEX/TROCA DE FRALDA			
	01 LUYA ESTERIL + 01 PACOTE GASE + 10ML DE			

Iron Alves  
CRM/PE 3601



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 22/10/2019 11:54

Atendimento: 563642 Entrada: 17/10/2019 Hora: 20:00  
Plano: SES - ORTOPEDIA  
Responsavel:  
Médico Resp: DR. IRON ALVES SILVA

Saída: 19/10/2019 Hora: 11:40  
Matricula: 701809241198376  
Identidade:  
C.N.S.: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES  
Nascimento: 22/08/1987 (32 Anos e 2 Meses)  
Endereco: RUA CARACAS  
Bairro: CAIUCA C.E.P.:  
Cidade: 2604106 CARUARU  
Pai: JOAO MANOEL GOMES  
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO  
Estado Civil:  
C.P.F.: 06611738444  
Identidade: 8000685 - SDS - PE  
Telefone: / 994569716  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade: ALTINHO

Em: 17/10/2019 - 21:02 CLINICA MEDICA (Dr. DR. IRON ALVES SILVA CRM 3601)

**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PRESCRIÇÃO MÉDICA**

38-10-19

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃOHGT: ☐ SIM ☒ NÃOCOMORBIDADE: ☐ SIM ☒ NÃO

HGT	12	18	00	06
PA	12	18	00	06
TEMPERATURA	12	18	00	06
DIETA	BRANDA			
2	HIDRATAÇÃO:			
	JELCO HIDROLISADO			
3	ANTIBIÓTICO:			
4	PROFILAXIA:			
	HNF 5000UI 0,25ML SC 12/12H ACM			
5	SINTOMÁTICOS/CORREÇÃO			
	PLASIL 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		SN	
	TRAMAL 50MG 1 AMP+100ML SF 0,9% EV 12/12H SE DOR REFRACTÁRIA		SN	
	ATENSINA 0,1MG 1 COMP VO SE PAS > 165 e PAD>110		SN	
	KCL 19,1% 2 AMP + SF 0,9% 200ML EV CORRER EM 3H		ACM	
	NBZ: Berotec ____ gotas + Atrovent ____ gotas + SF 0,9% ____ ml 20/20' ____ x de ____ / ____ h		ACM	
	HIDROCORTISONA 100MG + AD EV 8/8H ACM		ACM	
	DIPIRONA 1 AMP +AD EV 6/6H		18	
6	PENDÊNCIAS:			
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
	HGT 6/6H			
	CURATIVO DIÁRIO			
	FISIOTERAPIA			
	SSVV 6/6H + CUIDADOS GERAIS			
	MONITOR CARDIACO+PNI+OXIMETRIA DE PULSO ACM			

Ata Análise Social  
Assistente Social  
CR 11614-PE

Dr. Carlos Henrique  
CRM 3601

Carla Rocha Lemos  
CRM 111614-PE





Hospital Regional  
JESUS PEQUENO

NOME: *João da Silva*

REGISTRO: *113133*

PRESCRIÇÃO	18/10/2019	19/10/2019	20/10/2019
DIETA POR VO APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	<i>Dieta</i>		
SF0,9% 1000 ML EV EM 24HS	<i>sf 1000</i>		
CEFALEXINA 500MG + AD EV DE 6 EM 6HS	<i>sf 500</i>		
DIRIPONA 01G + AD EV DE 6/6HS	<i>sf 01g</i>		
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV DE 8/8HS S/N			
NAUSEDRON 01FA + AD EV DE 8/8HS S/N			
SSVV+ CCGG	<i>Reine</i>		

36°C

Ob: 140x70

Dr. Felipe Guadalupe  
FARMACOLOGIA  
19/10/2019

Flávia Amâncio  
FARMACOLOGIA  
19/10/2019

Alana Amorim  
ASSISTENTE SOCIAL  
19/10/2019

Dr. Felipe Guadalupe  
Ortopedia  
19/10/2019

19.10.19. Alta hospitalar





**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_05 - LEITO-02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00  
Convênio: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepç.: DEIVISON NASCIMENTO  
Matrícula: 701809241198376  
Identidade:  
Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES  
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês  
Endereço: RUA CARACAS, 51 A  
Bairro: CAIUCA CEP: UF: PE  
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU  
Pai: JOAO MANOEL GOMES  
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO  
Est. Civil:  
C.P.F. 06611738444  
Identidade: 8000685 SDS PE  
Telefone: 81.994569716  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade: ALTINHO

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 633266

Queixa do Paciente:

Don ferus Esquerda

H.D.A.:

ex. c/ fraturas ossos ferus Esquerda  
após trauma

Exame Físico:

fraturas ossos perna Esq

fratura

Tratamento:

Paciente Necessita de Acompanhante
Médico
Maria Kotia Santos
Acompanhante

Bezerros, 17 de outubro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

**Iron Alves**  
CRM-PE 3601



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

Luís de Jesus Gomes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

292195

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71013091211198376

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/1987

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Indalva Gercina da Silva Gomes

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

92461861

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Otto da Balança

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barra

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tecido em falha após

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

acidente motorístico

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

Necessidade de Exame Diagnóstico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura

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

PRÉENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

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)





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 990ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -  
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0180003166**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2019 às  
09:47

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 16/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AV. LEÃO DOURADO - CARUARU/PERNAMBUCO**  
/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: KENNEDY -**  
**CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)  
ERIK EDSON DANTAS (OUTRO)  
JUNIO DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**JUNIO DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LINDALVA**  
**GERCINA DA SILVA GOMES Pai: JOÃO MANOEL GOMES Data de Nascimento: 02/1927**  
Naturalidade: **ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residência: **RUA CARACAS, 51 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO**  
**DE CARUARU, 1 - CEP: 5 - Bairro: CAIÇA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

**NOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ERIK EDSON DANTAS, que estava em**  
**posse do(a) Sr(a): JUNIO DA SILVA GOMES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD578T (PERNAMBUCO/CARUARU)** Renavam: **115013022** Chassi:



Sistema de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/mfopol/xm/BOEPreview.html

9G2MG2200JR155438


Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: RENAVAL 1159130325

### Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO PELA VIA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO (AUTOMÓVEL) CRUZOU A SUA FRENTE SAINDO DE UMA VIA SECUNDÁRIA VINDO A MESMA COLIDIR NA LATERAL ESQUERDA O AUTOMÓVEL, OCASIONANDO DANOS MATERIAIS EM AMBOS VEÍCULOS. QUE A VÍTIMA VEIO A SOFRER FRATURA DO JOELHO ESQUERDO, QUE FOI CONDUZIDA PARA O HRA PELO SAMU E APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE REZERFOS ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. NÃO TENDO NADA MAIS A DECLARAR.

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

  
JUNIO DA SILVA GOMES  
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: DAVID LORES DOS SANTOS JÚNIOR Matrícula: 331026-0



**SINISTRO 3200036145 - Resultado de consulta por beneficiário**

---

**VÍTIMA** JUNIO DA SILVA GOMES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** JUNIO DA SILVA GOMES**CPF/CNPJ:** 06611738444**Posição em 04-02-2020 11:49:53**

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
30/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Junio da Silva Gomes,  
brasileiro(a), estado maturo civil maturo,  
profissão ajudante de Motorista Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 066 397 384 44, e portador da cédula de  
identidade nº 8.000 685, residente e  
domiciliado(a) sua Caracaras,  
nº 51-A, bairro Caimé,  
CEP 55034-450 na cidade de  
Caruaru / 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, 04 de 02, de 2020.

NOME: X

Junio da Silva Gomes



## 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

<b>DADOS DO CLIENTE</b> MARCOS LEONARDO DE FARIAS SILVA CPF: 064.743.684-11	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>05/02/2020</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>138,93</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 29/01/2020 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 29/01/2020 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 094714630	<b>CONTA CONTRATO</b> 007003661967 <b>Nº DO CLIENTE</b> 2010639413 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0005211858
	<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA CARACAS 51 -A CAIUA/CARUARU 55034-450 CARUARU PE		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>			
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 72F5.2C56.5E0A.614F.8F34.5CE5.931E.61B2			

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	151,00	0,42656182	64,41
Consumo Ativo(kWh)-TE	151,00	0,35875625	54,17
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,19
ICMS Subvenção-CDE-NF 086968195-28/11/19			0,83
Multa por atraso-NF 086968195 - 28/11/19			2,16
Juros por atraso-NF 086968195 - 28/11/19			1,15
Atualização IGPM-NF 086968195 - 28/11/19			2,14
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>138,93</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
121,46	25,00	30,36	121,46	0,90	1,09	121,46	4,15

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Vencido	Dt Reav	Valor	
08/01/20	29/01/20	123,60	

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	0,29838000	JAN 20	151
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	DEZ 19	144
		NOV 19	128
		OUT 19	134
		SET 19	124
		AGO 19	107
		JUL 19	147
		JUN 19	133
		MAI 19	127
		ABR 19	150
		MAR 19	151
		FEV 19	137
		JAN 19	140

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	39,55	32,56	
Transmissão	4,37	3,60	
Distribuição (Celpe)	26,49	21,81	
Encargos Setoriais	6,22	5,12	
Tributos	36,49	30,04	
Perdas de Energia	8,34	6,87	
<b>TOTAL</b>	<b>121,46</b>	<b>100</b>	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
000000003010088992	CAT	30/12/2019 12.923,00	29/01/2020 13.074,00	30	1,00000	0,00	151,00		

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No. de horas sem Energia	CARUARU	2,87	5,07	10,15	20,30
FIC-No. de vezes sem Energia		2,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,62	2,86	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 45,05					
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! farmácia do trabalhador brasil: rua manóel de abreu caiuca / help serviços online: rua pedro americo caiuca. Lista completa em www.celpe.com.br. 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.		<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				TALÃO DE PAGAMENTO	
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.	
007003661967	01/2020	138,93	05/02/2020		



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-----------------------