

03/06/2019

2a Via de Fatura

Imprimir Segunda Via de Conta

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		 CELPE www.celpe.com.br			
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 DAS MERCES VANDERLEI DA SILVA CPF: 276.181.454-15 NIS: 16392791540		DATA DE VENCIMENTO 10/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 32,76	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 16/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 062307277		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA BELO JARDIM 58 A ARTHUR LUNDGREN II/PARATIBE 53417-120 PAULISTA PE		CONTA CONTRATO 007017139465 Nº DO CLIENTE 2010344358 Nº DA INSTALAÇÃO 0002301272			
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		RESERVADO AO FISCO C59E.573B.99E4.A10C.2995.A3DE.36D4.E889			
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 até 30 kWh	30,00	0,19309949	5,79		
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	58,00	0,33102770	19,19		
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,24		
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,11		
Multa por atraso-NF 054685486 - 19/03/19			0,71		
Multa por atraso-NF 058491520 - 16/04/19			0,51		
Juros por atraso-NF 058491520 - 16/04/19			0,03		
Juros por atraso-NF 054685486 - 19/03/19			0,07		
Atualização IGPM-NF 058491520 - 16/04/19			0,02		
Atualização IGPM-NF 054685486 - 19/03/19			0,09		
TOTAL DA FATURA			32,76		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
	0,00	25,22	1,16	0,29	25,22
				5,37	1,35
Tarifas Aplicadas Consumo Ativo até 30 kWh 0,18049010 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,30941160		HISTÓRICO DO CONSUMO MAI 19 88 ABR 19 91 MAR 19 116 FEV 19 105 JAN 19 109 DEZ 18 105 NOV 18 106 OUT 18 109 SET 18 81 AGO 18 75 JUL 18 71 JUN 18 83 MAI 18 76			
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO R\$ % Geração de Energia 11,35 45,01 Transmissão 1,28 5,08 Distribuição (Celpe) 7,75 30,73 Encargos Setoriais 0,76 3,01 Tributos 1,64 6,50 Perdas de Energia 2,44 9,67 TOTAL 25,22 100					

1/2



Assinado eletronicamente por: VIRLANDIA RAMOS DOS SANTOS - 03/06/2019 23:39:13

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060323391377000000045440986

Número do documento: 19060323391377000000045440986

Num. 46141810 - Pág. 1

03/06/2019

2a Via de Fatura

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
000000000060773742	CAT	16/04/2019 9.607,00	16/05/2019 9.695,00	30	1,00000	0,00	88,00						
								DIC-No.de horas sem Energia	PARATIBE I	0,00	4,95	9,91	19,82
								FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
								DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
								DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					
								Limite DICRI: 12,22					
[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/06/2019]								EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,06					
[Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.]													

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES			
Pague no ponto mais perto de você! farmacia ki-descontão para o t: rua paulista 100 arthur lundgren ii / helenia moura de lima: av luiza camarotti de oliveira 14 artur lundgrenLista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19. 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. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,93. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.			

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007017139465	05/2019	32,76	10/06/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

838300000004 327600110070 017139465108 173020648032




PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Francis Aureliano Vandeli
Nacionalidade: Brasileiro (a) RG: 6.174.762 CPF: 065.881.494-09
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Receptionista
Endereço: Rua Belo Jardim nº 58-A, Arthur Breda 1,
Paulista/PE - CEP: 53400-000

OUTORGADO: Dra. VIRLÂNDIA RAMOS DOS SANTOS NEVES, brasileira, casada, advogada, regularmente inscrita na OAB seccional de Pernambuco sob o nº 47.786 – D e a Dra. CAMILA ÂNGELA DE OLIVEIRA SILVA, brasileira, solteira, advogada, regularmente inscrita na OAB seccional de Pernambuco sob o nº 44.979 – D, ambas com endereço profissional na Rua Madalena nº 35, Pau Amarelo Paulista/PE. CEP: 53435-702 onde recebe todas as notificações e intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador a outorgada, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para, em nome do outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber alvará, dar quitação, firmar compromisso, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.

VALIDADE

O presente mandato terá a vigência até o término dos fins a que se propõe.

Paulista, 24 de maio de 2019

Francis Aureliano Vandeli

Scanned by CamScanner



TERMO DE CARÊNCIA MATERIAL

Nome: Jovane Aureliano Vanderlei
Nacionalidade: Brasileiro (a)
RG: 6.174.769 CPF: 065.884.494-09
Estado Civil: Solteiro Profissão: Telefonista
Endereço: Rua Belo Jardim nº 38-A, Arthur
Spindler 1, Paulista/PE - CEP: 53400-000

DECLARO, com base na Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, e para a finalidade do art. 4º da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º inc. LXXIV, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas desse processo sem o comprometimento do meu sustento pessoal e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Paulista 24 de maio 2019

Jovane Aureliano Vanderlei
Declarante

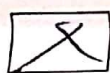


ATESTADO MÉDICO

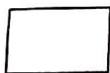
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Ivonne Avelino Vonderlei foi atendido (a) neste

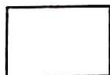
Serviço no dia: 19/09/18 CID: S91+S43



Necessitado de 60 Seisenta Dias dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola)



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros : _____

Paulista, 20 de Setembro de 20 18

Dra. Nayana Adour
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 25.483

Médico

Scanned by CamScanner





HOSPITAL

MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE. CEP.: 53.413-000
FONE.: (81) 3181-9600

FISIOTERAPIA

(Grupo de ortopedia)

NOME: Ivanise Avelino

Solicito 30 sessões de fisioterapia motora para (☒ ganho de ADM, ☒ controle algico,
reforço muscular: MIE. Carga (☐ zero (☐ parcial (☒ total. Paciente com
diagnóstico de: Fenimento extensor em dorso do pé E

Dr. J. A. Braga
Ortopedista

(Médico)

Data: 30/10/18





PERNAMBUCO



RECEITUÁRIO



Juaine Aquilino Vandelei

Laurel yédico

Reiete com fricuto eu clano

do pé há 6 meses / lens do est.

do 5º dorso). seu fraturar.

No ponto com ASST friccionais

e L.O. nu alterações.

cap } 597.3

Dr. Pedro Thiago de Sousa Lima
Cirurgião
CRM-PE 23182

O LENTE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

dia de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190166986

Vítima: IVANISE AURELIANO VANDERLEI

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERNANDES JOSE DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANISE AURELIANO VANDERLEI

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13995560

Scanned by CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 400-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 34 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 34. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190165986 Vítima: IVANISE AURELIANO VANDERLEI

Data do Acidente: 18/03/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERNANDES JOSE DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANISE AURELIANO VANDERLEI

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Gratuação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: IVANISE AURELIANO VANDERLEI

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000001606-3

Conta: 0000095954-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAIMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





Laudo para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431589	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431669	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
5 - Nome do Paciente			
IVANISE AURELIANO VANDERLEI			
6 - Data de Nascimento		7 - Sexo	
28/08/1982		M	
8 - Cartão Nacional do SUS		9 - Tipo de Atendimento	
70100989272797		E	
10 - Endereços			
10.1 - End. 1			
0000 - Não Se Aplica			
12 - Telefone da Contato			
8198610661			
14 - Telefone de Contato			
16 - Nome Responsável			
LUCIANO			
18 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA BELO JARDIM, 58 - ARTUR LINDGREN I			
19 - UF			
PE			
20 - CEP			
53477120			
22 - Município			
PAULISTA			
24 - CID 10 Principal			
25 - CID 10 Secundário			
26 - CID 10 Causas Associadas			
28 - Código do Procedimento			
041604035			
29 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente			
FABIO NEUMANN KAUFFMAN			
30 - Data da Solicitação			
19/09/2018			
31 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)			
14368			
32 - Nome do Profissional Autorizador			
FABIO NEUMANN KAUFFMAN			
33 - CNPJ Seguradora			
34 - CNPJ Trabalho			
35 - CNPJ Trabalho			
36 - CNPJ Trabalho			
37 - CNPJ Trabalho			
38 - CNPJ Trabalho			
39 - CNPJ Trabalho			
40 - CNPJ Trabalho			
41 - CNPJ Trabalho			
42 - CNPJ Trabalho			
43 - CNPJ Trabalho			
44 - CNPJ Trabalho			
45 - CNPJ Trabalho			
46 - CNPJ Trabalho			
47 - CNPJ Trabalho			
48 - CNPJ Trabalho			
49 - CNPJ Trabalho			
50 - CNPJ Trabalho			
51 - CNPJ Trabalho			
52 - CNPJ Trabalho			
53 - CNPJ Trabalho			
54 - CNPJ Trabalho			
55 - CNPJ Trabalho			
56 - CNPJ Trabalho			
57 - CNPJ Trabalho			
58 - CNPJ Trabalho			
59 - CNPJ Trabalho			
60 - CNPJ Trabalho			
61 - CNPJ Trabalho			
62 - CNPJ Trabalho			
63 - CNPJ Trabalho			
64 - CNPJ Trabalho			
65 - CNPJ Trabalho			
66 - CNPJ Trabalho			
67 - CNPJ Trabalho			
68 - CNPJ Trabalho			
69 - CNPJ Trabalho			
70 - CNPJ Trabalho			
71 - CNPJ Trabalho			
72 - CNPJ Trabalho			
73 - CNPJ Trabalho			
74 - CNPJ Trabalho			
75 - CNPJ Trabalho			
76 - CNPJ Trabalho			
77 - CNPJ Trabalho			
78 - CNPJ Trabalho			
79 - CNPJ Trabalho			
80 - CNPJ Trabalho			
81 - CNPJ Trabalho			
82 - CNPJ Trabalho			
83 - CNPJ Trabalho			
84 - CNPJ Trabalho			
85 - CNPJ Trabalho			
86 - CNPJ Trabalho			
87 - CNPJ Trabalho			
88 - CNPJ Trabalho			
89 - CNPJ Trabalho			
90 - CNPJ Trabalho			
91 - CNPJ Trabalho			
92 - CNPJ Trabalho			
93 - CNPJ Trabalho			
94 - CNPJ Trabalho			
95 - CNPJ Trabalho			
96 - CNPJ Trabalho			
97 - CNPJ Trabalho			
98 - CNPJ Trabalho			
99 - CNPJ Trabalho			
100 - CNPJ Trabalho			

Código do Laudo: 445270

AIH
261810163914-2



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 445273

Usuário: DARTIANESL

Rua Estrada da Fazienda, S/N
Jaqueirópolis - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	IVANISE AURELIANO VANDERLEI	Prontuário:	118569
Idade:	36a 0m 22d	Sexo:	F
Profissão:		Estado Civil:	SOLTEIRO
R.G.:	6174762	Escolaridade:	
Endereço:	RUA BELO JARDIM	C.P.F.:	06588149-09
		Telefone:	58 - ARTUR LUNDGREN I
			- PAULISTA - PE
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação:	19/09/2018 01:28
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL
Unidade Internação:	VERDE 2 OKTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA
Núcleo Internação:	PLANTONISTA CIRURGIA GERAL	Leito:	VERD2-27

DADOS DO RESPONSÁVEL

R.G.:		C.P.F.:	24.09.11
Endereço:		Numero:	
Telefone:		Estado civil:	
		Cidade:	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	20/09/18	Hora da Alta:	
Motivo:	☒ Melhorado ☐ A pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão		
Condições de Alta:	melhorado		
Diagnóstico Principal.....:	Fervor de Bexiga em 20.09.18		
Diagnóstico Secundário01..:	REVISAD		
Diagnóstico Secundário02..:	SCIH-HMT		
Procedimento.....:	Red: Indivíduo + LC + DC + Transfusão de S		
	Dra. Nayara Aguiar		
	Médico e CRM:		
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG		
	A. G. G. dos Santos V. S. V.		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesia, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em ____ de ____ de ____
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 445273

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

usuário: DARLIANESL

Scanned by CamScanner

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IVANISE AURELIANO VANDERLEI** Prontuário: 118569 Data de Nascimento: 28/09/1982 - PE

Idade: 36a 0m 22d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO CEP 53417120 - PE

Profissão: R.G.: 6174762 C.P.F.: 06588149409,58 - ARTUR LUNDGREN I - PAULISTA

Endereço: RUA BELO JARDIM Data e Hora da Internação: 19/09/2018 01:28

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Leito: VERD2-27

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA

Médico Internação: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

R.G.: C.P.F.: 24 09 11

Estado civil: Número: Telefone:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20/09/18 Hora da Alta:

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐bito ☐ Evasão

Condições de Alta: melhora

Diagnóstico Principal.....: Ferimento aberto no 20º + LGCA

Diagnóstico Secundário01.: REVISADA

Diagnóstico Secundário02.: GCIH-HMT

Procedimento.....: Red. Injúria + C + D + T + Menopla de S

Dra. Nayara Moura
R. 01/09/2018
CRM: 118569

Médico e CRM:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG 47

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Em _____ de _____ de _____



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRARES

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

da Classificação de Risco - Protocolo

a hora retirada da senha: 19/09/2018 00:22

Nome Paciente: IVANISE AURELIANO VANDERLEI
Cód. Paciente: 118569
Data de Nascimento: 28/03/1982
Sexo: Feminino
Idade: 36
Senha: 0004
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 445270
SAME: 105579

Período: 19/09/2018 00:41 - 19/09/2018 00:43

AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO FERIMENTO EXTENSO EM PÉ E + FX NA BASE DO 5º MTC-E + LUXAÇÃO DE OMBRO E. NEGA: SÍNCOPE, VÔMITO, DM, HAS OU ALERGIAS.

UPA OLINDA, SENHA: 5516153.

Observação:

- Trauma sintoma:
- Urinador(es):

TRAUMA
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- GLICOSE: 131.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DIASTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGENIO: 99.00 %

HMA - Hospital Metropolitano
Local: Nancy Nunes
Data: 19/09/2018
Hora: 00:43
Assinado eletronicamente por: VIRLANDIA RAMOS DOS SANTOS - 03/06/2019 23:39:14

REVISADO
Nancy Nunes
19/09/2018 00:43

Acolhido(a) por: AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2018 00:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: DARLIANESL
Em: 19/09/2018 01:14

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 445270 Prontuário: 118569 SAME: 105579 Hora Atend: 00:25 Data Atend: 19/09/2018
Paciente.....: IVANISE AURELIANO VANDERLEI
Endereço.....: RUA BELO JARDIM
Bairro.....: ARTUR LUNDGREN I
Cidade.....: PAULISTA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.....:
CID's Secundários.....:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 19/09/2018

UF...: PE CEP: 53417120
Plano...: PLANO UNICO

Hora Saída : 01:26

Prestador da Evolução Médica: FABIO NEUMANN KAUFFMAN

FABIO NEUMANN KAUFFMAN / 14368
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: VIRLANDIA RAMOS DOS SANTOS - 03/06/2019 23:39:14

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060323391430900000045440992>

Número do documento: 19060323391430900000045440992

Num. 46141816 - Pág. 6

HOSPITAL MIGUEL ARRAES		HOSPITAL MIGUEL ARRAES		GESTÃO IMIP HOSPITAL	
Atendimento: 445270		Data e Hora: 19/09/2018 00:25		Senha da Classificação: 0004	
Paciente: 113569 IVANISE AURELIANO VANDERLEI		Sexo: FEMININO			
Nome Social:		Idade: 36 anos		Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA	
Data do Nascimento: 28/08/1982		Nome da Mãe: MARIA DAS MERCES VANDERLEI DA SILVA		CRM: 12346	
Estado Civil: SOLTEIRO		Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA		CRM: 12346	
Endereço: RUA BELO JARDIM		Bairro: ARTUR LUNDGREN I			
Cidade/UF: PAULISTA		PE		Usuário Atendimento: DARLANESL	
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes					
Data Entrada Brasil:		Nr Documento Estrangeiro:			
Nacionalidade: BRASILEIRA					
Observação:					
RESUMO DE TRATAMENTO					
Peso: _____		Altura: _____		Temperatura: _____	
Hora: _____					
Queixa Principal: <i>Queixa com dor no B.E. no abdome e no B.E.</i>					
Exame Físico: _____					
Hipótese Diagnóstica: <i>Febre no B.E.</i>					
Prescrição Médica: <i>VPV</i>					
Assinatura e Carimbo/Médico: _____					
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência					
() Transferido: Para _____					
() Encaminhado ao setor de Internação					



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 5M6157
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
Nome do Paciente: <u>Franiz Oliveira Mendes</u>	Idade: <u>36</u>
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: <u>Paulista</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () 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 () Metros _____	
Queda: () Altura Aproximada _____ () Queda da Própria Altura	
Queda: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Outros () Citar: _____	
Agressão Sexual () Meus Tratos () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
História Clínica Atual: <u>fratura no pé E.A. ombro E.</u>	CAUSAS CLÍNICAS
Hipótese Diagnóstica: <u>fratura no pé E.A. ombro E.</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ PA: _____	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () BAW: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Agitação Psicômotora: S () N () Letargia: S () N () Ruínas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Perfusão Periférica: Boa () Levantada () Fino ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Cianose ()	
Colocação da Pele: Normocoréica () Pallidez ()	
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



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: IVANISE AURELIANO VANDERLEI REG: 118565
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
19/9/2018	# ADMISSÃO
01:00	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM LUXAÇÃO GLENOUMERAL JÁ REDUZIDA NA UP E FERIMENTO POR ABRASAO EM PE ESQUERDO RADIOGRAFIA NÃO MOSTRA FRATURA RADIOGRAFIA POS REDUÇÃO NÃO ACOMPANHA A PACIENTE CD: AO BLOCO CIRURGICO
19.09.18 06:00	1. DO: FERIMENTO EXTENSO EM DORSO DA PE (E) + DO: # (SR) PACIENTE EVOLUI ESTAVEL SEM SINTOMAS NO PERÍODO. RES ORIENTADA CONSUL TAR COM A FEBERILIDADE, HISTERIA NUTRICIONAL NTE - FORTISSIMO OCUSIVO CD: ASENTIR CASO DR Samuel Moura Ortopedia e Traumatologia CRM 22.765/52



Ficha de Cirurgia Descritiva

Atendimento: 445273
Carteira: Idade: 36 Anos 22 Dias 2 Horas
Sala: 0001 SALA 01
IVANISE AURELIANO VANDERLEI
SUS - INTERNACAO
VERD2-27
Leito: 703
DI Inicio: 19/09/2018 02:58
Fim: 19/09/2018 02:58
Cid Pré-Operatório: S8-9
Cid Pós-Operatório: FERIMENTO DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA

Procedimentos

Procedimento: 0408060484
TENSORRAFIA UNICA EM TUNEL OSTEIO-FIBROSO (PRINCIPAL)
Convênio: 001
SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

14388 FABO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: EXTENSO FERIMENTO PÉ ESQ
INTERVENÇÃO: LC + DESBRIDAMENTO + SUTURA + TENORRAFIA
OPERADOR: FABO K
1º AUXILIAR: CAIO FRANCISCO
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA:
ANESTESIA: RAQUI
RELATO DE INTERVENÇÃO
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA
3. APOSEICAO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTERESIS
4. OBSERVADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF A 0.9% 10000 ML
5. REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF A 0.9% 10000 ML
6. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS E TENORRAFIA DO EXTENSOR DO 5 RAO
7. NAO É POSSIVEL FECHAR FERIMENTO, APROXIMO BORDOS
8. CURATIVO COM ADAPTIC

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos:

59/09/18
CLAUDE VAN SOUSA
FATURADORA

DR(A): FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM: 14388

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

MIGUEL ARRAES



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: IVANISE AURELIANO VANDERLEI REG: 118569
IDADE: 36A SEXO: F DATA DA ADMISSÃO: 19/09/18 DATA DA ALTA: 20/9/18

DIAGNÓSTICO:

- FERIMENTO EXTENSO EM DORSO DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DO 5º PDE
- LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ANTERIOR (REDUZIDA NA UPA)

TRATAMENTO REALIZADO:

- PO (19/09) LC + DC + TENORRAFIA DO EXTENSOR DO 5º PDE + SUTURA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTA-FEIRAS) EM 31 SEMANA;
- REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO CONFORME ORIENTADO PELA ENFERMAGEM COM SULFADIAZINA DE PRATA LOCAL; (2x Ao dia)
- MANTER TIPÓIA CONFORME TOLERÂNCIA ALGICA;
- FAZER USO DE CEFALOXINA POR 07 DIAS + ANALGESIA;
- MOBILIZAR MEMBRO INFERIOR E SUPERIOR CONFORME DOR (ORIENTO MOVIMENTOS PENDULARES);
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHACO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTE, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dra. Mariana Aguiar
CRM 15.485

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Atendimento: 445273

Dt Atendimento: 19/09/2018 - 01:28

Dt Alta: 20/09/2018 - 16:13

Paciente: 118569 IVANISE AURELIANO VANDERLEI

Serviço: 3 CIRURGIA GERAL Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 62 ORTL-509-LEITO 002 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ELISABETECS

CID:

Procedimento de Alta 0301050070 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



UPA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		UPA OLINDA - OLINDA		0220	
Atendimento: 1352603		Data e Hora: 19/09/2018 14:14		Senha de Classificação: 0220	
Paciente: 5435 IVANISE AURELIANO VANDERLEI		Sexo: FEMININO			
Nome Social:		Data do Nascimento: 29/08/1982		Idade: 36 anos	
Nome da Mãe: MARIA DAS MERCEDES VANDERLEI DA SILVA		Convenção: 2		SUS - PRONTO ATENDIMENTO	
Estado Civil: SOLTEIRO		Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA		CRM: 1234567	
Endereço: BELO JARDIM		Bairro: ARTUR LUNDGREN			
Cidade/UF: PAULISTA		Cep: 53417120		Usuário Atendimento: WAGNERFB	
RG (Identidade): 6174762		SSPPE		Data de Emissão:	
CPF (Cadastro de Pessoa Física):		Fone: 81-8747343			
CRN (Certidão de Registro de Nasc):		Data de Emissão CRN:			
RESUMO DE TRATAMENTO					
Peso: _____		Altura: _____		Temperatura: _____	
Queixa Principal		Saque de medicação			
Exame Físico		cpd por 10 dias			
Hipótese Diagnóstica		Furúnculo no pé direito e no pé esquerdo			
Conduta Terapêutica		Rx 10 dias			
Prescrição Médica		Propriedade de ap. IM.			
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório		Prescrição			
Transferido: Para: _____		Senha: _____			
Vale		Vale			
Carimbo Médico		Carimbo Médico			
Selo		Selo			
Assinatura		Assinatura			
FARMÁCIA DE ATENDIMENTO		FARMÁCIA DE ATENDIMENTO			



ÀS 24 HORAS - OLINDA

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada de senha: 18/09/2018 14:11

Nome Paciente: IVANISE AURELIANO VANDERLEI

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo: Feminino

Idade: 38

Senha: 0220

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 18/09/2018 14:12 - 18/09/2018 14:13

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 61402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

AMARELO

Cor:

Queixa Principal: TRAUMA E CORTE EM MIE

Observação: ALERGIA-

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL

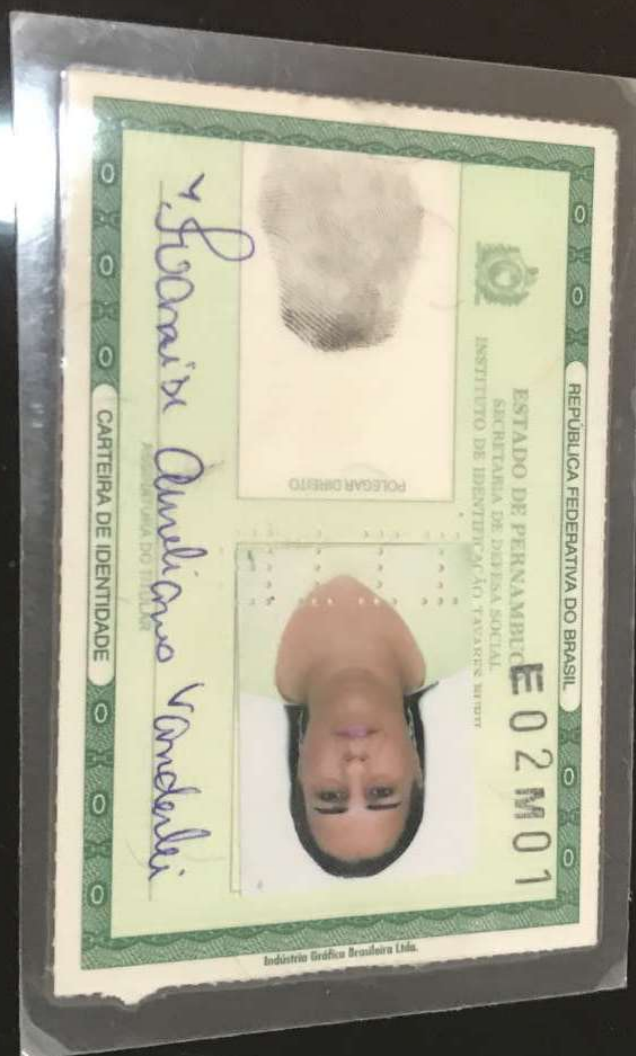
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 61402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 14:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.174.762 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/10/2017

NOME << IVANISE AURELIANO VANDERLEI >>

FILIAÇÃO << >>

<< MARIA DAS MERCÊS VANDERLEI DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 28/08/1982

DOC. ORIGEM << CN) 27.227 L.A25 F.59 CART.

BEZERROS-PE 17.04.1984 >>

CPF 065.881.494-09

ASSINATURA DO DIRETOR-GERAL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

417667102011080807.779473

F-77 90.539 - 4323

