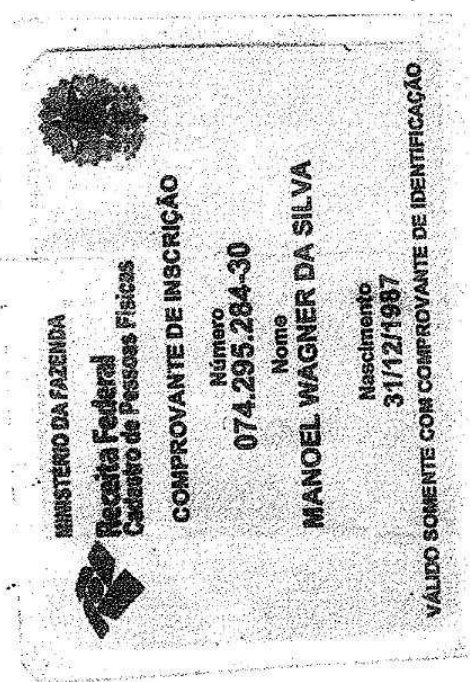
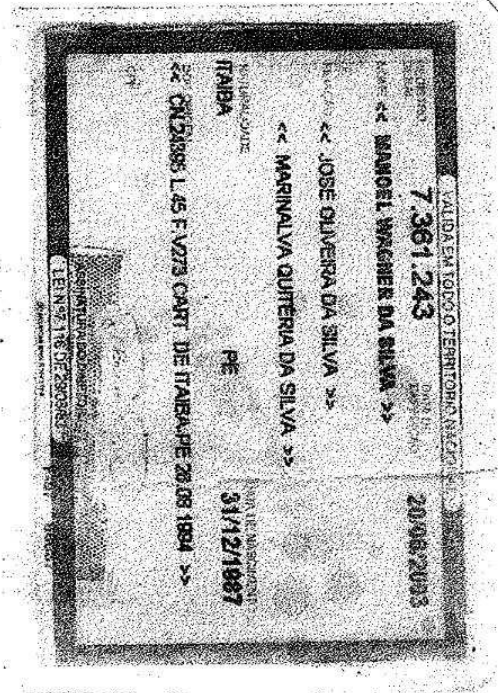
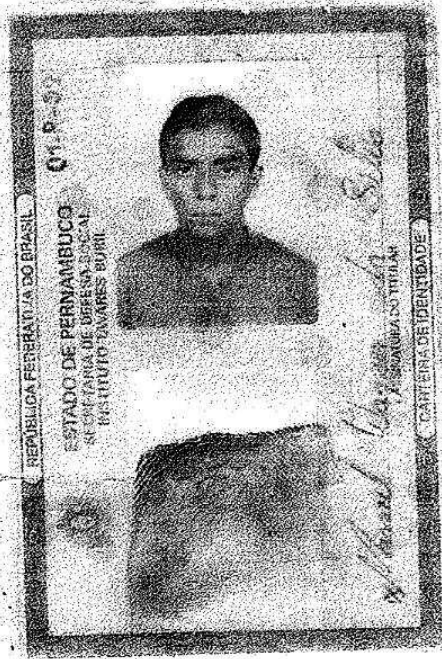




PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marcos Wagner da Silva
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 074.995.984-36 e portador da cédula de identidade
nº 7369.243 residente e domiciliado(a) na
Rua Pedro Famiro de Melo
nº 60 bairro de Centro
CEP 55380.000 na cidade de
Cachoeirinha / 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 104, 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 26 de 06 de 2019

X Marcos Wagner da Silva
Outorgante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0199000644**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2018** às **14:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **8/6/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BR 423/ LADO A E B, 1, PROXIMO
AO SALAO DE ZE DE NETINHA - Bairro: CENTRO -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MANOEL VAGNER DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): MANOEL VAGNER DA SILVA

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

MANOEL VAGNER DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
MARINALVA QUITERIA DA SILVA Pai: **JOSE OLIVEIRA DA SILVA** Data de Nascimento:
31/12/1987 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PORTEIRO**
Endereço Residencial: **RUA PEDRO FIRMINO DE MELO, 60 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL VAGNER DA
SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL VAGNER DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJJ5716** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC085009R096205**



Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008
Descrição: TITAN

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



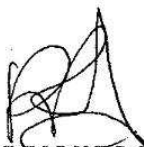
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A VITIMA E NOTICIANTE DE NOME: MANOEL VAGNER, INFORMANDO DE QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA SENTIDO ZONA RURAL - CIDADE, QUANDO EM DADO MOMENTO FOI FECHADO POR UM VEICULO DE MODELO E PLACA NAO ANOTADA EVADIU-SE DO DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, O MESMO CHEGANDO A IR AO SOLO, SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE CACHOEIRINHA ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE-PE, O MESMO TEVE UM T.C.E, E ESCORIOCOES PELO O CORPO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

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

X


MANOEL VAGNER DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159765-5**



Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: _____	Score: _____	Score: _____
Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____

ECG-13

Exposição/Abdômen:

plano deprimido indolente a palpação

agnóstico Inicial:

Poliu, diag TCE

Cod. Procedimento

Induta:

CPQ, q.v. SGO ml 50
TCC de crânio crânio
Radiol. torax e pelvis
avaliacao MCO/EC
Lopes Neto
Médico
CRM: 2132

Ass. Médico

solução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Finalização do Caso:

Condição de Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Retornado na Clínica:

Transferido para:

autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Assinatura: _____ CRM: _____ Data: 10/6/18 Hora: _____

Assumo de responsabilidade para internamento:

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

Assinatura: _____ Nome completo legível: _____

Assinatura: _____ Nome completo legível: _____

Assumo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Assinatura: _____ Nome completo legível: _____

Assinatura: _____ Nome completo legível: _____

Data e Hora Impressão: 00-Jun-18

As 11:04 #CG#
Paciente noturno de exames, segundo a suposição de
comito, cefaleia e carúncula.
Apresenta um supúrculo, nódulo carúncula, nódulo carúncula
Abdome inerte.
Refeitar a plúria e alterações.
Ata de CG
Assinatura de MCR

Larissa Brito
Cirurgia Geral
CRM-PE 26461



LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: <u>Cachoeirinha</u>		SENHA DA REGULAÇÃO: <u>544 401</u>	
UNIDADE DE DESTINO: <u>H. Nair Alves</u>			
DADOS DO PACIENTE			
Nome: <u>Manoel Nogueira de Ló</u>	ID: <u>30</u>		
SUS	RG	DATA DE NASCIMENTO	SEXO: <u>Masculino</u>
HISTÓRIA CLÍNICA			
Paciente com história de quadro de vertigo, desequilíbrio, náuseas e vômitos, com duração de 105404, evolui com otorragia e dor de ouvido. Gloriosa 15. Reflexo cefalático e cervical. Cheque de equilíbrio. PA: 140x100. - SPO2 oximétrico 96%. Temperatura 36°C. Pulso 96 bpm. FC: 96 bpm. 90%. Procedimentos realizados: Testes de equilíbrio e marcha.			
CONDUTA INICIAL: <u>O paciente recebe S. R. de Ló e testes de equilíbrio e marcha.</u>			
EXAMES REALIZADOS:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>TC + Otomagia</u>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:			
DATA DA TRANSFERÊNCIA:			

Assinatura
Angela Cristina H. de Barros
CRM-AL 2155 CRM-PE 14227

Médico Assinatura/Carimbo

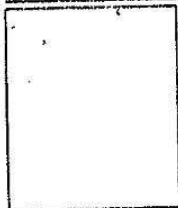


HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

09/06/2018 09:12



Nome Paciente: MANOEL WAGNER DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 31/12/1987
Sexo: Masculino
Idade: 30
Senha: U0014
Convênio:
Atendimento:

09/06/2018 09:12 - DANIELY LIRA FLORENCIO - COREN: 260867 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

URGENTE

Cor:

VERMELHA

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE EMOTO HÁ 3H, NEGA DESMAIOS E VOMITOS, APRESENTANDO OTORRAGIA BILATERAL

Observação:

SENHA 5444077

Fluxograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14

Em fuga do TC
Anam: ECG = 15, PIFR, em depts
TC de: L h NOR
TC de: R h NOR
CP: Solução
clonazepam - 1mg

Dr. Daniel Lira Florencio
Neurocirurgião
CRM-PR: 25.141

Acolhido(a) por: DANIELY LIRA FLORENCIO
Data: 09/06/2018 09:12



10/6/18 # NCR #
HDB PGE leve

Paciente segue astável, BEG
COT. supracas - EEG 15. PZRR
sem déficits focais & aféres
& cénica

TAC crânio e cénica com
lesões PCR

CD-Orientado mais do
certo. ALG rep

Carla Rocha Lemos Silva
CRM 25.626
Neurocirurgia



NOME DO PACIENTE	ENF./LEITO	REGISTRO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO
<i>Marcelo de Aguiar</i>	<i>100</i>		<i>09/06</i>	<i>10/06</i>						
MEDICAMENTO										
1 - SORO FISIOLÓGICO 0,9 %	DOSE 100 ml	VIA IV	INTER. 24h	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
2 - RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD		IV	12/12h	<i>08:30</i>	<i>08:30</i>	<i>08:30</i>	<i>08:30</i>	<i>08:30</i>	<i>08:30</i>	<i>08:30</i>
3 - PLASIL + AD		IV	S/N							
4 - DIPIRONA (2.8) AD		ATE	8/8h							
5 - LIQUIMINE 0.25ml.		IV	S/N							
OU CLEXANE 40.		ATE	8/8h							
6 - CAPOTEN 25 01CP		ATE	6/6h							
7 - INSULINA SIMPLIS CONFORME HGT		SC	12/12h							
0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un		SC	/DIA							
8 - KAS 100		SL	SN							
<i>apresentar + 10ml de 12/12h</i>	02CP	VO/	12h	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>
<i>trillog - 10ml de 12/12h</i>		SNG		<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>
<i>Planil 10mg 12/12h</i>				<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>	<i>10/06</i>
CUIDADOS										
1. DIETA ZERO-ALÉ 2ª ORIENTAÇÃO	<i>inútil</i>									
INSTALAR SNG										
2. MEDIR DIURESE	SVD	PRESERVATIVO								
3. HGT / h										
4. MUDAR DECÚBITO 3/3h										
5. CABECEIRA 30°										
6. SSVV 6 h										
ASSINATURA DO MÉDICO										
										<i>Carla Rocha Lemos</i>
										Cod. 0422

ANDRESSA LIMA SILVA
Neurologia
CRMPE 25.626



Paciente: Mauzel Wagner de Siqueira Data: 09/06/18

Enfermaria: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: Poli-hem

Glasgow		
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decurt. X3 pts.) ☐ Extensão (descoreb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		

TRM: ☐ Sim ☒ Não Franquel: _____

A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Ventilase: ☒ AVP ☐ A/C ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dieta
☒ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☒ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☒ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Parâmetros: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): Seguindo as curas de
até ele estar confortável, fazer avaliação de
segundo o médico

Data: 10/06/18

Glasgow		
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decurt. X3 pts.) ☐ Extensão (descoreb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		

TRM: ☐ Sim ☒ Não Franquel: _____

A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Ventilase: ☒ AVP ☐ A/C ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dieta
☒ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☒ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: _____

Parâmetros: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): Obs pela NED, encaminhada
para o médico de plantão
em 10/06/18

Diurno: _____ Ass: Carla Rocha Lemos
10/06/18



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Manoel do Vagner do Silveira

Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: 09/06	DIA: 10/06	DIA: 11/06	DIA: 12/06	DIA: 13/06	DIA: 14/06
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06
09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06	09-12-15-18 - 21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
(☒) Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)
(☒) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
(☒) Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
(☐) Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
(☐) Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
(☐) Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10-16-22	77				
Frequência Respiratória	10-16-22	17				
Temperatura	10-16-22	36,00				
Pressão Arterial	10-16-22	100/70				
ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM	10-16-22					

Daniela da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN 600596

Carla Rocha Lemos
Téc. de Enfermagem
COREN 600596

Cod. 031



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rafael José Moura Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Fe diário 983460

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TCC de Mão

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TCC de Pernas

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCC

DATA: 09/06/18

ASSINADO: Joane

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Lopes Neto
Médico
CRM: 21327

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/06/18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Cod. 0421





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

NCR 030660229

TC 02060079

985679	Data e Hora de Atendimento: 13/06/2018 18:44	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1636334 Paciente: MANOEL WAGNER DA SILVA Data de nascimento: 31/12/1987 Idade: 30a 5m 13d Sexo: MASCULINO		
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: ELI CRISTINA GABRIEL SOU
DOC ID / Data expedição 7361243 /	Mãe: MARINALVA QUITERIA DA SILVA Pai: JOSE OLIVEIRA DA SILVA	Cartão SUS: 706409676691380
Endereço: RUA PEDRO FIRMINO DE MELO Bairro: CENTRO Cidade: CACHOEIRINHA		Numero 60 Complemento: UF: PE Telefone: 37421283
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros ☐		
Observação:	Assistente Social	
História Clínica:		
Leitura com Hemiparesia Facial (Lindner Bell) A direita. e (P. 10) Voz. Gafado o comente 13-06-18		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐	Por Quê?	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pèrvia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: * Sim ☐ Não ☐ Temp:
(N): Pulso ta braco		
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 01/07/2019 10:34:50

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070110345043600000046454865

Número do documento: 19070110345043600000046454865

Num. 47175391 - Pág. 3

Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:
Exposição/Abdômen:					
agnóstico Inicial:					Cod. Procedimento
nduta:					Ass. Médico
volução de Enfermagem:					Ass. Enfermagem

Finalização do Caso:		Condição de Alta:	
Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito		
ernado na Clínica: ansferido para:			
Autorização para Alta / Internamento / Transferência: dico: _____ CRM: _____ Data: 13/26/18 Hora: _____			
Termo de responsabilidade para Internamento: Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.			
ita: _____ Nome completo legível: _____ o, da identidade: _____ Assinatura: _____			
Termo de responsabilidade de alta a pedido: Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.			
ita: _____ Nome completo legível: _____ o, da identidade: _____ Assinatura: _____			
Data e Hora Impressão: 13-Jun-18			



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

13/06/2018 18:36



Nome Paciente: MANOEL WAGNER DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: U0029
Convênio:
Atendimento:

13/06/2018 18:36 - FRANCISCO AMORIM BARROS - COREN: 114379 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ CERCA DE 04 DIAS SENDO ATENDIDO NESTA UNIDADE E RECEBIDO ALTA. RETORNA COM QUEIXA DE CEFALÉIA, TONTURA, NÁUSEA, DESVIO DE COMISSURA LABIAL E HIPEREMIA EM CONJUNTIVA DIREITA.

Observação:

SENHA: 5447062

Fluxograma sintoma:

MAL ESTAR EM ADULTO

Discriminador(es):

- DÉFICIT NEUROLÓGICO NOVO?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA DE PULSO: 72.00 BPM (RÍTMICO)
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

13/06/18 # N. M. A.

M. T. C. E.
P. P. P. Direita.

Estão d

ELVIS; i s/pofa @

mos os 8 mm

UTI no ponto posterior.

TC de crânio SI com hemorragias

Alta hospitalar p/ seguimento

Acolhido(a) por: FRANCISCO AMORIM BARROS

Data: 13/06/2018 18:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Lidiane L. Andrade
Nº de Matrícula
CREMESP 19834



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 01/07/2019 10:34:50

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070110345043600000046454865>

Número do documento: 19070110345043600000046454865

Num. 47175391 - Pág. 5



RECEITUÁRIO

1719

Unidade de Saúde

Nome:

[illegible]

Data

0003
 Dr. Antonio Alves dos
 Anilmedico CRM 11515
 321.808.974-15

Paciente			
Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem

____/____/____

Assinatura do Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 98 3582
Nome: Monell Wagner da Silva
Foi atendido às 9:18 h do dia 9/6/18
Diagnóstico Provável TCE leve
data da alta 10/6/18

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (~~NOVALGINA, ANADOL, TYLENOL~~)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: TCE crânio e coluna cervical sem lesões per
Reposo domiciliar por 3 dias

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Ccd. 0163



LAURA CRISTINA R. CALADO

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE: HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
GRS: 4 [CARUARU]
DATA: 08/06/2018

CÓDIGO SIA-SUS: 2638908
CEP: 55.380-000
FICHA Nº: 26

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MANOEL WAGNER DA SILVA
ENDEREÇO: RUA PEDRO FIRMINO DE MELO-60
LOCAL: CACHOEIRINHA / PE

IDADE: 30 anos
PRONTUÁRIO: 1356478768

INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTO: 0301060053

CÓDIGO SIA-SUS: 2638908

ANAMINESE - EXAME CLÍNICO - CONDUTA

PRESSÃO ARTERIAL

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

TEMPERATURA

140 x 100 PRESSÃO ARTERIAL

SINTOMOLOGIA:

SINTOMOLOGIA:

Ita de gnc
leto no aldo b toric
he + n infecobles, Loc
DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
Definies cefales
Cervicalgia
5RO2 acuel
oreches. - 98-
No reba ralydo. TC + otanapa cl defeb. 9 f.
acilecto. Pely Motos. o durb
flogow IR
EXAMES COMPLEMENTARES:

TRATAMENTO E/OU ATIVIDADE:

TRATAMENTO E/OU ATIVIDADE:

01 Marc S. Rye Leeb BOO

02 Marc S. Rye Leeb BOO

ASSINATURA OU CARIMBO CRM/CRO
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL (MÉDICO OU ODONTÓLOGO)

504.4077
Angela Cristina R. de Barros
Médica
CRM-PA 2195 CRM-PE 14227
(ÓLOGO)





Cachoeirinha
Trabalho, transparência e dedicação
GOVERNO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA-PE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO



LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: <u>Cachoeirinha</u>		UNIDADE DE DESTINO: <u>St. Restantes</u>		SENHA DA REGULAÇÃO: <u>5444</u>
DADOS DO PACIENTE				
Nome: <u>Manoel Weyner de Lelo</u>			ID: <u>30</u>	
SUS	RG	DATA DE NASCIMENTO	SEXO:	<u>Masculino</u>
HISTÓRIA CLÍNICA				
<u>Paciente de idade avançada, com</u> <u>lesões na região da cabeça e pescoço, com</u> <u>evolução de otorrinolaringite crônica, com</u> <u>reflexo de deglutição e alteração da voz.</u> <u>PA: 140x160. Sinais de congestão</u> <u>nasal e de congestão pulmonar.</u> <u>Depositos brancos no fundo de olho.</u> <u>Depositos brancos no fundo de olho.</u> <u>Sinais de congestão pulmonar.</u> <u>Sinais de congestão pulmonar.</u>				
CONDUTA INICIAL: <u>Tratamento com corticoides e antibióticos.</u>				
EXAMES REALIZADOS:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>TC + Otorrinolaringite</u>				
OUTROS DIAGNÓSTICOS:				
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:				
DATA DA TRANSFERÊNCIA:				

Inform - 06:55
 e Hecabom -
 conf: mmaula

Angela Cristina H. de Barros
 Médica
 CRM-PE 14227

Médico Assinatura/Carimbo





Clínica Bartolomeu Motta

Otorrino/Cirurgia Facial
Dr. Kleber Motta
Dr. Gustavo Motta

ATESTADO

P/ Sr. MANOEL WAGNER DA SILVA, na qualidade de seu médico assistente, atesto para os devidos fins que o mesmo, por motivo de doença, ficou (ou ficará) impossibilitado de exercer suas atividades durante 07 (sete) dia(s), a partir de 26/06/2018.

Cid: R42 + 951

Caruaru

, 26 de junho de 2018


Dr. Kleber Motta Simplicio
13516/PE

Av. Dr. Pedro Jordão, 855 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE | CEP: 55014-320
Fone: 81 3721.1426 | 3046.4480 | 9 9740.1166





**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**



ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a).
Flavio Wagner da Silva
deverá permanecer afastado(a) de sua atividades por um
período de 8 (oito) dias
partir desta data (paralisação facial post-traumática).

Cachoeirinha 14 de 06 de 2018

Nelvis Machado Fernández
RMS - 2600495

MÉDICO
(Assinatura e Carimbo)

Nota: Este atestado é valido para as finalidades prevista no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificado de 1 a 15 dias de afastamento.





OTORRINOS
CARUARU

IDENTIFICAÇÃO

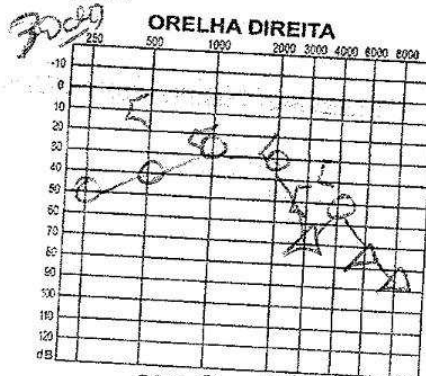
Nome: Marcos Wagner de Jesus Idade: 30 anos
Convênio: Dante Silva Data: 27/09/18
Queixa: _____
Rua Walter Casé, 160 - Maurício de Nassau - CEP: 55.014-770 - Caruaru-PE - Fone/Fax: (81) 3721.8548 / 3721.2680

Dr. Hélio Lúcio
Dra. Waléria Casé de Lima

AUDIOMETRIA



SRT: 15 dB
SDT: 15 dB



SRT: 25 dB
SDT: 25 dB

Mascaramento (em dB)				
VA/NB		VO/NB		LOGO
Min	Max	Min	Max	Quant
OD	40-70	40-60	30-50	90 p 15%
OE	40-70	40-60	30-50	90 p 15%

Índice de Reconhecimento de Fala				
		Intensid.	MONO.	DISS.
Pal. Faladas				
OD	55 dB	90%	90%	90%
OE	45 dB	100%	100%	100%

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

OE -> Perda Auditiva Mista de grau leve.
OD -> Perda Auditiva sensorineural mista a freq. de 4000 Hz.
Timpanograma tipo @ p/ OE e @ p/ OD
Og el reflexo otossalinar, com laterais ausentes bilateralmente. (gráfico 1972).

Audiômetro: Melzer Têra II
Imitanciômetro: Melzer M2H
Calibração: M109 117

Martiza Condé Vêrgosa
Fonocardiologista -
Especialização em Audiologia
CRP 4-5742



MARCO M: 24

Nº. 789410

No. 20109418

Name:

Manoel Ugo de Siqueira

Examiner:

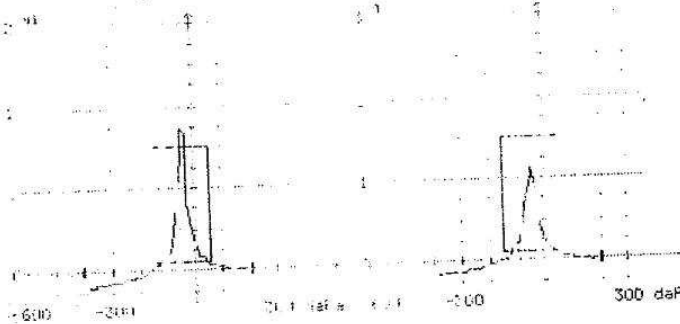
Maritza Condé Verçosa
Foncaudióloga -
Especialização em Audiologia
CRF 4-6742

Remarks:

225 Hz Tympanogram

Right: O

Left: X



Ear Volume: 2.55 ml
Compliance: 0.72 ml
Pressure: -41 daPa
Gradient: 21 daPa

Ear Volume: 1.34 ml
Compliance: 1.12 ml
Pressure: -41 daPa
Gradient: 4 daPa

Reflex

Contra	Probe	Intensity	Result	Contra	Probe	Intensity	Result
Contra	670 Hz	100 dB	NR	Contra	500 Hz	100 dB	NR
Contra	1000 Hz	100 dB	NR	Contra	1000 Hz	100 dB	NR
Contra	2000 Hz	100 dB	NR	Contra	3000 Hz	100 dB	PASS
Contra	4000 Hz	100 dB	NR	Contra	4000 Hz	100 dB	NR



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 985679

Nome: Marcos Wagner da Silva

Foi atendido às 18:41 h do dia 13.06.18

Diagnóstico Provável TCE / Paralisia focal
Periférica direita data da alta 13.06.18

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:
CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Liderança
Neurocirurgia
CRM 19834

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163





Secretaria de Saúde do
Hospital de

Ficha de A

Numero do Registro

Atendimento: 983826

Prontuário: 1636334

Paciente: MANOEL WAGNER DA SILVA SIC

Nome Mãe: MARINALVA QUITERIA DA SILVA

End: AVENIDA SANTO ANTONIO

Bairro: DISTRITO DE CABANAS Cidade: CACHOEIRINHA

Nascimento: 31/12/1987

Nº 133
PE

Localização: SALA VERMELHA / GERAL

Leito: LEITO EXTRA 23

Serviço: CLINICA GERAL

Data e Hora Atendimento: 09/06/2018 18:00

983582

Data e Hora do Atendimento:
09/06/2018 08:18

Local de entrega: AL
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1636334 Paciente: MANOEL WAGNER DA SILVA SIC

Data de nascimento: 31/12/1987

Idade: 30a 5m 9d

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

ELY CRISTINA

DOC ID / Data expedição

Mãe: MARINALVA QUITERIA DA SILVA

Pai: JOSE OLIVEIRA DA SILVA

Cartão SUS:

Endereço: AVENIDA SANTO ANTONIO

Bairro: DISTRITO DE CABANAS

Cidade: CACHOEIRINHA

Numero 133

Complemento:

UF: PE Telefone: 37421283

Ocorrências:

996308311-ely

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL 09/06/18 Dados confirmados por Ely

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências:

Alta

☒

Caso Social

☐

Encaminhamentos:

Rede de Apoio

☐

GPCA

☐

Cons Tutelar

☐

Delejação

☐

Minist. Publico

☐

Outros

☐

Observação:

Part. de Alta aguardando transporte

do município. Acompanhados por

Assistente Social

Sandra Maria Silva

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐

Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por Que:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea está pérvia: Sim ☐ Não ☐

Condição geral: Sim ☐ Não ☐

Tempo:

Vias aéreas permeáveis com color normal

B: Respiratório

MMV em SAT 50% PRU 10

C: Circulatório

PA:

X

mm

Pulso:

bpm

PCR 2T BW FSS PC 76, dia 936 p

SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS MEDICAS/FATURAMENTO

DATA: 09/06/18
ASSINADO: [assinatura]

APROVADO
FUNÇÃO: [assinatura]



SINISTRO 3190296676 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MANOEL WAGNER DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO MANOEL WAGNER DA SILVA**CPF/CNPJ:** 07429528430**Posição em 26-06-2019 10:01:50**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/05/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Mameel Wagner da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão porteiro Inscrito no CPF/MF sob o
nº 074 995 284 30, e portador da cédula de
identidade nº 73 61 243, residente e
domiciliado(a) rua Pedro Firmino de Melo
nº 60, bairro Centro,
CEP 55280-000 na cidade de
Cachoeirinha, 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, 26 de 06, de 2019.

NOME: X



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA TEREZA DE ARAUJO CPF: 018.894.704-30	DATA DE VENCIMENTO 02/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 37,19	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 25/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 067261824	CONTA CONTRATO 000886619022 Nº DO CLIENTE 2000469524 Nº DA INSTALAÇÃO 0000607409
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PEDRO FIRMINO DE MELO 60 CENTRO/CACHOEIRINHA 55380-000 CACHOEIRINHA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO DD36.D44E.5C61.B54A.0271.E0E6.374D.C0C9			

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)	46,00	0,74193679	34,12
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,56
ICMS Subvenção-CDE-NF 059641602-25/04/19			0,26
Multa por atraso-NF 059641602 - 25/04/19			0,63
Juros por atraso-NF 059641602 - 25/04/19			0,28
Atualização IGPM-NF 059641602 - 25/04/19			0,26
TOTAL DA FATURA			37,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
34,20	25,00	8,55	34,20	0,17	0,05	34,20	0,79

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Vencido	Dt Reav	Valor	
03/06/19	25/06/19	36,14	

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/ANEEL. 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)	0,54933000		kWh
		JUN 19	46
		MAI 19	40
		ABR 19	41
		MAR 19	58
		FEV 19	50
		JAN 19	39
		DEZ 18	41
		NOV 18	54
		OUT 18	36
		SET 18	40
		AGO 18	48
		JUL 18	42
		JUN 18	47

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	11,46	33,50	
Transmissão	1,33	3,89	
Distribuição (Celpe)	8,09	23,65	
Encargos Setoriais	1,90	5,56	
Tributos	8,87	25,94	
Perdas de Energia	2,55	7,46	
TOTAL	34,20	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
G76584	CAT	27/05/2019	20.935,00	25/06/2019	20.981,00	29	1,00000	0,00	46,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		3,03	6,27	12,54	25,08
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,85	3,71	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,72					
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! medicamentos rufo: rua dr. manolo borba no 14 centro / r. c. do nascimento filho - me: praça dom expedito lopes 16 centroLista 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.		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <td></td><td>MÍNIMO</td><td>MÁXIMO</td></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)										
	MÍNIMO	MÁXIMO									
220	202	231									
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA											

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000886619022	06/2019	37,19	02/07/2019	



Evite dobrar e não rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 31ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE
- PE - CEP: 50080-800 - F:()

Processo nº **0038048-30.2019.8.17.2001**

AUTOR: MANOEL WAGNER DA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT

DESPACHO

Segundo o art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, “o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita **aos que comprovarem insuficiência de recursos**”.

Nesse contexto, percebendo este Juiz a grande quantidade de feitos em que se requer o benefício da justiça gratuita, registrando que, na hipótese dos autos, a parte autora ingressou em juízo acompanhada de advogado particular (o que desnatura, em princípio, a presunção de insuficiência de recursos) e que apresenta outros indícios de possuir renda de modo a arcar com as custas processuais, determino que complemente a prova de sua incapacidade econômica no prazo de 15(quinze) dias.

Decorrido o prazo fixado na presente decisão sem que tenha sido produzida a prova ordenada ou pagas as custas, retornem os autos.

RECIFE, 2 de julho de 2019

Gildenor Eudócio de Araújo Pires Júnior

Juiz de Direito



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 31ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DA CAPITAL- PERNAMBUCO.**

Processo: 0038048-30.2019.8.17.2001 SEÇÃO B

MANOEL WAGNER DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos da AÇÃO SECURITÁRIA EM EPÍGRAFE, contra **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Ex^a, por intermédio de sua advogada adiante assinada, atender ao despacho, juntando aos autos seu contracheque, provando, dessa forma, que pagar as custas pode comprometer seu sustento e de sua família.

Nestes termos,

Pede Deferimento.

Recife, 07 de Julho de 2019.



CARLA ROCHA LEMOS

OAB – PE 27.103



CONDOMINIO CEIPE
CNPJ: 30.019.685/0001-89

CC: GERAL
Mensalista

Folha Mensal
Junho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filia
2	MANOEL WAGNER DA SILVA	517415	1	1
PORTEIRO NOTURNO		Admissão:	01/09/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.238,79		
201	AJUDA DE CUSTO TRANSPORTE	70,00	70,00		
213	FERIADOS HORAS	6,00	33,79		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	47,03		
877	HORAS REPOUSO INDENIZADO	15,00	84,46		
25	ADICIONAL NOTURNO ESCALA 12 X 36	232,91	232,91		
26	ADICIONAL NOTURNO (AUTOM)	2,00	2,25		
998	I.N.S.S.	8,00		124,38	
210	CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL	40,83		40,83	
981	DESC. ADIANT. SALARIAL	619,40		619,40	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.709,23	784,61	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	924,62	
conta: Agência: 0051 -					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	P.O.T.S do Mês	Base Calc. IRPF	Fórmula IRPF
1.238,79	1.554,77	1.554,77	124,38	516,27	0,00

Declaro ter recebido a importância aqui discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



CONDOMÍNIO CEIPE
CNPJ: 30.019.685/0001-89 CC: GERAL Mensalista Folha Mensal
Abril de 2019

Código	Nome do Funcionário	DSO	Departamento	Fila
2	MANOEL WAGNER DA SILVA PORTEIRO NOTURNO	517415	1	1
		Admissão:	01/09/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.238,79			
201	AJUDA DE CUSTO TRANSPORTE	70,00	70,00			
213	FERIADOS HORAS	12,00	67,57			
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	37,91			
877	HORAS REPOUSO INDENIZADO	15,00	84,46			
25	ADICIONAL NOTURNO ESCALA 12 X 36	232,91	232,91			
26	ADICIONAL NOTURNO (AUTOM)	12,00	13,51			
998	I.N.S.S.	8,00		127,25		
210	CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL	40,83		40,83		
981	DESC. ADIANT. SALARIAL	619,40		619,40		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.745,15	787,48		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta: Agência: 0051 -			Valor Líquido	957,67		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de Mês	Base Calc. IRPF	Ponto IRPF
1.238,79		1.590,69	1.590,69	127,25	549,32	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário _____

Data _____



CONDOMINIO CEIPE
 CNPJ: 30.019.685/0001-89 CC: GERAL Mensalista Folha Mensal
 Maio de 2019

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Faltas
 2 MANOEL WAGNER DA SILVA 517415 1 1
 PORTEIRO NOTURNO Admissão: 01/09/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.238,79		
201	AJUDA DE CUSTO TRANSPORTE	70,00	70,00		
213	FERIADOS HORAS	12,00	67,57		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	45,66		
877	HORAS REPOUSO INDENIZADO	15,00	84,46		
25	ADICIONAL NOTURNO ESCALA 12 X 36	232,91	232,91		
26	ADICIONAL NOTURNO (AUTOM)	4,00	4,50		
998	I.N.S.S.	8,00		127,15	
210	CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL	40,83		40,83	
981	DESC.ADIANT.SALARIAL	619,40		619,40	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.743,89	787,38	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta:			Vencimento Líquido ➡	956,51	
Agência: 0051 -					
Salário Base:	Sal. Contr. INSS	Base Calc. POTS	P.G.T.S do INSS	Base Calc. IRRF	Fórmula IRRF
1.238,79	1.589,43	1.589,43	127,15	548,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

