



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 093^ª CIRCUNSCRIÇÃO - PANELAS -
DP93^ªCIRC DINTER1/14^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0183000355

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/05/2018 às
15:27

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 27/1/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE PANELAS, 01, ESTRADA DE
CRUZES - Bairro: CENTRO - PANELAS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGENTE)
JOSEILTON GOMES DA SILVA (OUTRO)
WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO

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

WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc: JOSEFA FREITAS DA SILVA Pst: JOSE IRAILDO CARNEIRO Data de Nascimento: 20/11/1986
Naturalidade: PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9722200/SDS/PE (RG), 12739934474 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PANELAS, 276, RUA BEIRA PISTA - CEP: - Bairro: -
PANELAS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

JOSEILTON GOMES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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



Boletim de Ocorrência

E:\e...\C:\Users\SDS_Panelas\infopol\xml\BOEPreview...

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSEILTON GOMES DA SILVA,
que estava em posse do(a) Sr(a): WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR** Objeto apreendido: Não
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

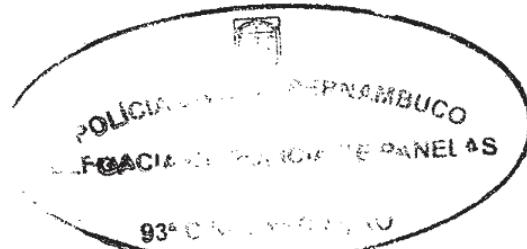
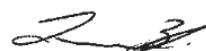
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DE LEGACIA, A PESSOA DE WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO, PARA FAZER O REGISTRO DO ACIDENTE DE TRANSITO EM QUE O MESMO FOI VITIMA NO DIA 27/01/2018 NA CIDADE DE PANELAS. O DECLARANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XR 150 DE PLACA PEB 6413, NA PISTA QUE DA ACESSO A VILA DE CRUZES, E QUE QUANDO FOI FAZER UM RETORNO FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO, EM SEGUIDA O VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DESTA CIDADE, DANDO ENTRADA NA EMERGENCIA AS 13:11 HORAS, CONFORME PRONTUARIO N. 1676193.

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

Wellington da Silva Carneiro
WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RODRIGO CARNEIRO BELLO CAVALCANTI** - Matrícula: **387.699-9**
3376999



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Wellington da Silva Carneiro, brasileiro(a), estado civil sócio, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 327.398.344-74 e portador da cédula de identidade nº 37222266, residente e domiciliado(a) na rua da Beira Pista, nº 175-A bairro Centro de PE, CEP 55470-000 na PE cidade de Recife.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, 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.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 31 de 08 de 2019

Wellington da Silva Carneiro
Outorgante





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o senhor **WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO**, brasileiro, portador do RG de nº 9.722.266 SDS PE, residente a Rua Beira Pista - centro do município de Panelas-PE, deu entrada em emergência nesta unidade no dia 27/01/18 às 13h11min, vítima de acidente automobilístico de acordo com o prontuário de nº 1076.103 desta unidade. Cópia da ficha de emergência segue em anexo.

Panelas, 28 de março de 2018.

Atenciosamente

Iris Cavalcante B. Silva
Diretora Hospital N. S. Fátima
Panelas-PE
Mat. 6724

Iris Cavalcante Barboza da Silva
Diretora Administrativa





HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EMERGÊNCIA

Hora: 13:11 Data: 27/01/18 Prontuário: 6016103 sexo M

Nome: VIVIANA DA SILVA CARVALHO

Cartão SUS: Profissão:

DN: / / Idade: 21 Estado Civil: SOLTEIRA

Cônjugue:

Filiação:

Mãe: JOSEFA FRANCISCA DA SILVA

Pai:

Endereço: R. Bento Gonçalves

Equipe Plantonista:

Médico: Geraldo Enfermeiro: Paula

Técnicos de Enf: Brigitte Socorro + Edne

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: ()sim ()Não Quais:

Reações alérgicas: ()sim ()Não Quais:

DM () HAS () SSVV: PA: 110 LFO FC: T: SPO2: Peso:

FR: HGT: 240

Principais queixas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Enxaqueca | <input type="checkbox"/> Queixa urinária |
| <input type="checkbox"/> Cervicalgia | <input type="checkbox"/> Epigastralgia | <input type="checkbox"/> Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> Constipação | <input type="checkbox"/> Epistaxe | <input type="checkbox"/> Tonturas |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Escotomas | <input type="checkbox"/> Vertigens |
| <input type="checkbox"/> Desmaio | <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Vômitos |
| <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Gastroenterite | |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia | <input type="checkbox"/> Hérnia | |
| <input type="checkbox"/> Dor Abdominal | <input type="checkbox"/> IVAS | |
| <input type="checkbox"/> Dor articular | <input type="checkbox"/> Lombalgia | |
| <input type="checkbox"/> Dor MMS | <input type="checkbox"/> Mal estar geral | |
| <input type="checkbox"/> Dor Nefrética | <input type="checkbox"/> Mialgia | |
| <input type="checkbox"/> Dor Pélvica | <input type="checkbox"/> Nauseas | |
| <input type="checkbox"/> Dor tórax | <input type="checkbox"/> Otite | |
| <input type="checkbox"/> Dor costelas | <input type="checkbox"/> Otorragia | |
| | <input type="checkbox"/> Perdas vaginais | |

Outras queixas:

COREN/Assinatura

E-mail: hospitalpanelasangue@gmail.com Fone: (81) 3691-1106



História da Doença:

paciente entre cachaça de uva há 01 hora.
(nativa ou pacote) nega veneno, nega cianose
ECG 15, Rote, pupila isocénica e fotoreagente.
apresenta alteração em miótonos (C).
fumante alto consumo em p. (C) com expulsão tenacíssima
cossa.
(fralda exposta?)

Exame Físico:

ECG, concorrente, enurese, ECG 15.
Peso 60Kg, altura 170 cm, PA 90x80.
M. 110-120 BPM, S1R2.
não observo cefalofárias ou tox., náusea.

Diagnóstico provisório:

- 1) fralda tmo.
- 2) fralda exposta p. (C)

Conduta:

- 1) trocar de fralda
- 2) Trabal - 01 FA IV (fax)
- 3) Exclama, digo, ofaloana tmo - 01 FA IV.
- 4) Reforço dt. X

AO HOSP. 5350623.

DR. CARLA ROCHA LEMOS

CRM/Aassinatura

Endereço: Rua Joel Raimundo, S/N Centro - Panelas-PE. CNPJ: 10.292.4250001-75
E-mail: hospitalpanelas@gmail.com Fone: (81) 3691-1106



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Wellington da Silva
Cunha

Registro N°:

Clínica:

Enfermaria:

Acidente vitime
de acidente de
moto em 27/01/2019.
Fract- segmentar placa
E. operado. ver
pedro. Em
trat. amb.

golhos val. p/
fis de benefici

C.I.D. 2094

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologista
CRM- 10660

Data

09/05/2018

Médico - CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 385283

Prontuário: 312880

Nome: WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO
Data Nasc.: 29/01/1996 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: 97722366 CNS: 888002956280217
Endereço: RUA BEIRA PISTA Nº: 0
Bairro: CENTRO Cidade: PANELAS Estado: PE
CEP: 55470000 Fone: Profissão: PEDREIRO
Nome da Mãe: JOSEFA FREITAS DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 27/01/2018 15:04 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Intus de cuello metacarpo 4
Av. un puno e se ey

Exame Físico:	PA:	FC:	FR:
<p>preso de contusão + deformidade + inabilitade de movimento</p>			
Diag. Provisório:	<p>Fractura de osso do punho e ré ey</p>		

Prescrição:	Dieta:	Horário
Data		
① Dorso + Ramo ey AP / PNF		
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste	se ey AP / PNF	
RAIO-X		
27/01/18	AP frontal postero	

Assinatura: *Assinatura de um profissional de saúde*

do Bwco

1 de 2



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES
2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WILSONTON Q SILVA Pimenta

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
312860

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918101051915161219010187 290196

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/01/96

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RACACOR

11 - NOME DA MÃE

José Freitas Q Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

811

N.º DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

R. Bento Pinto SIN Centro
Ponelos

14 - TELEFONE DE CONTATO

800

N.º DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. Bento Pinto SIN Centro
Ponelos

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

10100-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Respiração perniciosa p/ E apesar de oxigênio
mox

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acidente de trânsito

Px + Anamnese + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Acidente de trânsito

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interveniente

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carla Rocha

() CNS

() CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

28/08/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

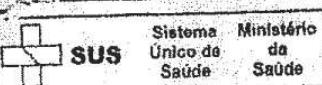
49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

1.36

 Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		2427419		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
HRA				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PRONTUÁRIO		
Wellington Jo S. Coimbra		312860		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
810181019156801018118		29/01/196		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE		11 - TELÉFONE DE CONTATO		
Ary Freitas da Silve		DDD 081 N.º DO TELÉFONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELÉFONE DE CONTATO		
poner		81301013817791582 DDD 081 N.º DO TELÉFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				
R- Bem Vista, S/N Centro				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF
poner				PE
19 - CEP				
9551710022				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<p>Artrite metacarpiano e dor em Rins e pé Erg, Agudizada juntim</p>				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<p>ATB Cavigas</p>				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p>Exame uri + Rx</p>				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO
Exame de Ré e Rins Erg				
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Taste amendo				
29 - CÓDIGO DA SEGURO		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
Cinturinha		<input type="checkbox"/> ICNS <input type="checkbox"/> CPF		
31 - DOCUMENTO		32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
ICNS				
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
Cinturinha		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
		27/01/18		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURO		
37 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - N.º DO BILHETE		
38 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE		
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		42 - CNPJ EMPRESA		
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
CARLA ROCHA LEMOS				
48 - DOCUMENTO		49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
<input type="checkbox"/> ICNS <input type="checkbox"/> CPF				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
1/1				



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2.36

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES
2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Wellington de Souza Coimbra

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
312860

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

X12810101201915689101847 29/01/96

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc.

9 - SEXO

Fem.

10 - RACACOR

11 - NOME DA MÃE

João Freitas da Silva

12 - DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. Beira mar, 510 Ponta

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pontal

19 - CEP

18554-007

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prudente metocelulose e dor em
Pens e pél. Enf, Aggravada juntamente

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HTC angioplastia

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

Exame pél + No

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Exame pél e Pens Enf

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Teste vascular

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

Centenário

ICNS CPF

10

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

27/01/18

Centenário

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Ursiniano da Silva Corrêa

Prontuário: 71 28 60

Data: 27/01/18

Hora: 13:30

DIAGNÓSTICO:

1) Fratura segmentar de ossos da tibia e fíbula (tibial)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Praticar fisioterapia e exercícios de alongamento da perna

o. Tudo, com auxílio de auxiliar de enfermagem

15 dias. Sobreira auxílio + auxiliar.

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese com placa e parafusos e

tibia operada

Alta Hospitalar: Data: 17/03/18

Hora: 09:05:18

8h

Dr. Nelson Barros

Dr. Felipe Diego V. P. de Carvalho
Médico
CRM-PE 25.263
CRM-BA 30.912

n. a. amputada
Dr. para a Tudo

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



SINISTRO 3180330418 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO

CPF/CNPJ: 12739034474

Posição em 12-08-2019 16:18:36

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/11/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Wellington da Silva Carneiro, brasileiro(a), estado civil sóteiro, profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o nº 41729034474, e portador da cédula de identidade nº 9722266, residente e domiciliado(a) rua da Beira Rista, nº 275-A, bairro Panelas, CEP 55470-000 na cidade de Panelas / 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, 31 de 08, de 2019.

NOME: Wellington da Silva Carneiro



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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

WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO
CPF: 127.390.344-74 NIS: 16572123945

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA BEIRA PISTA 275 --A

CENTRO/PANELAS
55470-000 PANELAS PE

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

DATA DE VENCIMENTO
24/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
17/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
17/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
069923733

CONTA CONTRATO
007025174318

Nº DO CLIENTE
201544637

Nº DA INSTALAÇÃO
0006412668

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

76A2.2E48.535D.BCA9.C12E.E2B1.8C6E.594F

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,00	0,32945580	22,40
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,09
Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,84
TOTAL DA FATURA			34,74

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	28,49	0,82	0,23	28,49	3,81	1,08

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450	kWh	
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200		
		JUL 19	98
		JUN 19	73
		MAI 19	91
		ABR 19	75
		MAR 19	88
		FEV 19	71
		JAN 19	55
		DEZ 18	77
		NOV 18	91
		OUT 18	74
		SET 18	86
		AGO 18	115
		JUL 18	116

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003161656932	CAT	14/06/2019 1.931,00	17/07/2019 2.029,00	33	1.00000	0,00	98,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	6,47	12,94	25,89
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,80	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,98					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios paramirim: rua coronel melinho centro / mercado do campo e c: r cel melinho centroLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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 próximo 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 N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,61 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007025174318	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 24/07/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

FATURA PAGA

