

REGISTRO GERAL 9.722.266 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2013

NOME << WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO >>

FILIAÇÃO << JOSÉ RAULDO CARNEIRO >>  
<< JOSEFA FREITAS DA SILVA >>

NATURALIDADE PANELAS - PE DATA DE NASCIMENTO 29/01/1996

DCC ORIGEM << CN/23123 LA21 F.225 CART. PANELAS-PE 19/09/2001 >>

OPF

F-55 60.699 - 4331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIHL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO

CODIGO DE CONTROLE 2584.F82A.9C65.A189

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 12:18:38 do dia 27/08/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 127.390.344-74

Nome WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO

Nascimento 29/01/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 093ª CIRCUNSCRIÇÃO - PANELAS -  
DP93ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0183000355**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)**  
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 / AGENTE )  
JOSEILTON GOMES DA SILVA ( OUTRO )  
WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO ( VÍTIMA )

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

VEÍCULO: (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 Mãe:  
JOSEFA FREITAS DA SILVA Pai: JOSE IRALDO CARNEIRO Data de Nascimento: 20/1/1996  
Naturalidade: PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9722200/SDSPE (RG).  
12739934474 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. 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)**

.....







### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Wellington da Silva Carneiro  
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 12739934474 e portador da cédula de identidade  
nº 3722266 residente e domiciliado(a) na  
Rua da Beira Pista  
nº 275-A bairro de Centro  
CEP 55470-000 na cidade de Parelhas / PE

**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, 22 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 Paudalho-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.

Paudalho, 28 de março de 2018.

Atenciosamente

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

**Iris Cavalcante Barboza da Silva**  
Diretora Administrativa







HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE EMERGÊNCIA

Hora: 3:11 Data: 27/01/18 Prontuário: 1036.403 sexo M  
Nome: WELTON DA SILVA CARVALHO  
Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
DN: 1/1 Idade: 31 Estado Civil: SOLTEIRO  
Cônjuge: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Mãe: JOSEFA FERREIRA DA SILVA  
Pai: \_\_\_\_\_  
Endereço: R. Bruno Buêze  
Equipe Plantonista:  
Médico: Gabriel Enfermeiro: Paula  
Técnicos de Enf: Diana + Solano + Edna

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: ( ) sim ( ) não Quais: \_\_\_\_\_  
Reações alérgicas: ( ) sim ( ) não Quais: \_\_\_\_\_  
DM ( ) HAS ( )  
SSVV: PA: 110/80 FC: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ SPO2: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
FR: \_\_\_\_\_ HGT: 170  
Principais queixas:  
( ) Cefaléia ( ) Enxaqueca ( ) Queixa urinária  
( ) Cefaléia ( ) Epigastria ( ) Taquicardia  
( ) Constipação ( ) Epistaxe ( ) Tonturas  
( ) Convulsão ( ) Escotomas ( ) Vertigens  
( ) Desmaio ( ) Febre ( ) Vômitos  
( ) Diarréia ( ) Gastroenterite  
( ) Dispnéia ( ) Hérnia  
( ) Dor Abdominal ( ) IVAS  
( ) Dor articular ( ) Lombalgia  
( ) Dor MMSS ( ) Mal-estar geral  
( ) Dor Nefrética ( ) Mialgia  
( ) Dor Pelvica ( ) Náuseas  
( ) Dor tórax ( ) Otite  
( ) Dor costelas ( ) Otorralgia  
( ) Perdas vaginais  
Outras queixas: \_\_\_\_\_  
COREN/Assinatura \_\_\_\_\_  
E-mail: [hospitalnse@brasil.com](mailto:hospitalnse@brasil.com) Fone: (81) 3691-1106





História da Doença:

Paciente sobre quala ele não há es hora  
(usava capote) nega ventos, nega diarréia

ECG 15, lote, pupila isocólicas e fet micropitú  
apresenta deformidade em MIE Honório (C).  
firmemente certo contuso em pe (C) com expensão tendinea  
coroa.  
infecção exposta (?)

Exame Físico:

ECG B, conciente, amarelado, ECG 15,  
Ritmo RR em 27. PVE, PA 90x80.  
AR. M-L em 100, 80 RA.  
não apresenta deformidades em toax, Nalis

Diagnóstico provisório:

- 1) fratura tíbia.
- 2) fratura exposta pe (C)?

Conduta:

- 1) recomendar SF 09% IV
  - 2) Tramadol - 01 FA IV (fax)
  - 3) Exatolma, dolo, opaloma 1g - 01 FA IV.
  - 4) Reforço dt. *Paulo*  
*Rival*
- At 11h30. 5350623

CRM/Assinatura

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





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

### RECEITUÁRIO

Unidade: \_\_\_\_\_  
Nome: Wellington de Siqueira  
Camacho Registro Nº: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

Acidente vítima  
de acidente de  
moto em 27/01/2018.  
frat. sequentes plav  
E. operado. em  
Perdido. Em  
trat. amb.

frat. val. p/  
frat. de sequela  
CID: 2094

Dr. Nilton Pereira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 10680

09/05/2018  
Data

Médico - CRM

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

1º Lugar


2º Concurso 89










 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA</b>		2 - CNES <b>2427419</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HRA</b>		4 - CNES _____
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>Waldemiro da Silva Cardoso</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>38860</b>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>21918100191015689101217</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>29/01/96</b>
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		10 - RAÇA/COR <b>3</b>
11 - NOME DA MÃE <b>José Freitas da Silva</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE <b>8000</b>
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <b>José Freitas da Silva</b>		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE <b>000</b>
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>R. Dona Justa Silva Centro</b>		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Pombal</b>		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO <b>0165514</b>
18 - UF <b>PA</b>		
19 - CEP <b>55400000</b>		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>fratura no osso da perna esquerda</b>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NOBILIZADA e fratura com cirurgia</b>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>ANAMNese e exame físico OK</b>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de tíbia esquerda</b>		
24 - CID 10 PRINCIPAL <b>S822</b>		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO _____		
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Operação de fratura de tíbia esquerda</b>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>010801010</b>
29 - CLÍNICA <b>Unidade</b>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>Unidade</b>	31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> JCN <input type="checkbox"/> JCPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/JCPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>14103118</b>		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>14/03/18</b>
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Dr. Paulo da Silva</b>		
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>261810393672-3</b>		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA _____
40 - Nº DO BILHETE _____		41 - SÉRIE _____
42 - CNPJ EMPRESA _____		43 - CNAE DA EMPRESA _____
44 - CBOR _____		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <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
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Dr. Paulo da Silva</b>		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR <b>PE-40-904</b>
48 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> JCN <input type="checkbox"/> JCPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/JCPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>261810393672-3</b>
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>14/03/18</b>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>261810393672-3</b>



<b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>2 - CNES</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA				2 4 2 7 4 1 9	
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HRA				<b>4 - CNES</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>				<b>5 - Nº DO PRONTUÁRIO</b>	
<b>6 - NOME DO PACIENTE</b> Wellington da Silva Carneiro				312860	
<b>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b> 8191810101915161219101817				<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> 29/01/96	
<b>9 - SEXO</b> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3				<b>10 - RAÇA/COR</b>	
<b>11 - NOME DA MÃE</b> Jozia Freitas da Silva				<b>12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE</b> 877	
<b>13 - NOME DO RESPONSÁVEL</b>				<b>14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE</b>	
<b>15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b> R. Dona Jozia S/N Centro					
<b>16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> Pombas				<b>17 - COD. IBGE MUNICÍPIO</b> 1555470000	
<b>18 - UF</b> PE					
<b>19 - CEP</b> 55470000					
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
<b>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> Dor em pernas e joelhos após quedas no					
<b>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> Quebra de ossos					
<b>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> Rx + A. normal + Ec					
<b>23 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> Fratura exposta do pé direito		<b>24 - CID 10 PRINCIPAL</b>		<b>25 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	
<b>26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>		<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
<b>27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> Internamento					
<b>28 - CLÍNICA</b> Hospital		<b>29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b> ( ) CURA ( ) JCPF		<b>30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	
<b>31 - DOCUMENTO</b> ( ) JONS ( ) JCPF		<b>32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>		<b>33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> Dr. João Roberto	
<b>34 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> 28/02/18		<b>35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
<b>36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>		<b>38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>	
<b>39 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>40 - Nº DO BILHETE</b>		<b>41 - SÉRIE</b>	
<b>42 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>43 - CNAE DA EMPRESA</b>		<b>44 - CBO</b>	
<b>45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
<b>46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR</b>		<b>48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>49 - DOCUMENTO</b> ( ) JONS ( ) JCPF		<b>50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>	
<b>52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b>		<b>53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO</b>			





Sistema

Única de

Saúde

Ministério

da

Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Wellington da Silva Gomes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

312860

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191810101215612101211

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/01/96

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Joia Freitas da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

8191810101215612101211

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R - Bessa pinto, S/N Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

pones

17 - CDD: IBGE MUNICÍPIO

PE551470000

18 - UF

PE

19 - CEP

55147000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ansiedade, insônia, perda de peso, náusea e vômito, agitação psíquica

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ata Cirúrgica

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

Exame físico + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex. Exposto de Pé e Mão Esq.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

ICNS ( ) JCFF ( )

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/01/18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD: ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

ICNS ( ) JCFF ( )

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR







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

Wellington do S. da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

312860

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

812810101219156101012191

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/01/96

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 2

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

João Farias da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Boa Vista, S/N Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pombal

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 55141-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Análise metacelular e dos  
Rins e pú Exf, apresentando proteinúria

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HTA Angina

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

Exame pú + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex. Exposto de R e Rins Exf

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) XCPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/01/18

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

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) XCPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: WILSON ROCHA DA SILVA CARVALHO

Prontuário: 71 28 60

Data: 27 / 01 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO:

1) Fratura segmentar de ossos da perna esquerda (Tibia)

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente recebeu alta médica sob orientação de Dr. Paulo

Dr. Torgo, com retorno ao ambulatório a qualquer tempo

15 dias. Sobem as pernas + orientações.

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese com placa e parafusos na

tibia esquerda

Alta Hospitalar: Data: 17 / 03 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

09 05 18

811

Dr. Nelson Barros

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

Dr. a Antonia  
Dr. Paulo e Torgo

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 solteiro,  
profissão agrimensor Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 42733034474, e portador da cédula de  
identidade nº 9722266, residente e  
domiciliado(a) rua da Beira Pista  
nº 275-A, bairro Pamelas,  
CEP 55470-000 na cidade de  
Pamelas / 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, 12 de 08, de 2019.

NOME: Wellington da Silva Carneiro





## 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

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](http://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  
2015444637

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 ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,84-
TOTAL DA FATURA			34,74

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	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	JUL 19	98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200	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
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
R\$	%		
Geração de Energia	13,21 46,38		
Transmissão	1,46 5,12		
Distribuição (Celpe)	8,85 31,06		
Encargos Setoriais	0,87 3,05		
Tributos	1,31 4,60		
Perdas de Energia	2,79 9,79		
TOTAL	28,49 100		

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003161556932	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](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://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 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\$ 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	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

## DESTAQUE AQUI

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

## FATURA PAGA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

