



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

TRATAMENTO AVC



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

NOME DO PACIENTE	ENFEITEO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
Thales de Jesus			18/10	19/10				
MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERN	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1) SORO FISIOLÓGICO 0,9 %	1000 ml	IV	24h	18h	19h			
2) RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD		IV	12/12h					
3) PLASIL + AD		IV	S/N					
4) DIPYRONA (2.8) AD		ATE	8/8h					
5) DIOXEMINE 0,25ml		IV	S/N					
OU CEFKANE 40.		SC	12/12h					
6) CAPOTEN 25 01CP		SL	/DIA					
SEPAS > 180 OU PAD > 110mmHg.		SC	SN					
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT		SC						
0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un								
AAS 100	02CP	VO/	12h					
SNG								
CUIDADOS								
1) DIEL. ZSRO. ATE 9. ORIENTAÇÃO								
2) INSTALAR SNG								
3) MEDIR DIURESE								
4) HGT / h								
5) CABECEIRA 30°								
6) SSV 6 / h								

ASSINADO EMO DUTRA

Herika Nery
18/10/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

1382346

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Neurocirurgia
CRM-PE 19281
Mônica Reis

#CTBMF 28/02/19 08:14

Paciente vítima de acidente motorciclístico, vindo comunitário, sem lesões, expulso, não usando EGP.

Ao exame físico apresenta acuidade visual e motricidade ocular mantidas; DPV's normais para o exame, ausência dos reflexos ditos 12, 11 e 21, ausência no teste 22, dos reflexos 12 e 21, ausência do teste de face não segue gestos.

- CD ① Dado líquido-postora
- ② Dado HD
- ③ Alta BMF
- ④ Aos cuidados da NCR

MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI
CRM-PE 19281

COD. 0123



Act-

after two years

estrad

Others

FCC - 14 Attached

1672

Ans: 0.5/1000

A sample

19135

2/10/20

19/02/19

Ans: $\frac{1}{2} \times 100 = 50$

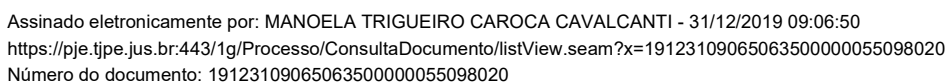
— faint color, mostly white, &
greenish in places.
egg 1500

ECG L5070

Q. 1. The Hospital

Amount Repaid for 15 days

Dr. Nelson Andre
Alcalde Municipal
Tel. 02 4461



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1384346

Nome: Darlton de Souza Barbosa

Foi atendido às 20:08 hrs. do dia 14/02/2019

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente moto-
ciclístico, com trauma com fratura aberta
do fêmur 12,17/19, e do 10 e 08

Tratamento Realizado: 1) Tratamento ortopédico e o
momento
2) Dila Ligamento posterior
3) Chumbo Bolinha com Kirschner 0,17,
10mm, 02 Nhas do AO por 04 (quatro) dias.

Observação: Detonar ao 6: manhã norte, às 08:00
horas do dia 22/03/2019, alto-falante. Ingh todos
decom.

Cópia de: Alto BMA 18/02/19

Rua Viana
Cirurgia e Traumatologia
Bucal - Lábios - Facial
CRM 12759

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação nº 01/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde		Município		Região de Saúde	
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE					
Nome do Paciente					
Nailson de Sousa Barbosa					
Quadro Clínico					
Paciente vítima de acidente de trânsito há 20 horas, apresentando lesões de ossos e compressão medular. Neoplasia ECG = 14					
Diagnóstico					
TCE					
1ª REMOÇÃO	Destino	Município		H. de Saída	H. de Entrada
	HR - 5622407				
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO)				
Avaliação da Neurocirurgia.					
Assinatura do Médico Assistente		Nº do C.R.M.		Data	
[Assinatura]		[Carimbo]			
2ª REMOÇÃO	Destino	Município		H. de Saída	H. de Entrada
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO)				
	Assinatura do Responsável				
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data	
Assinatura do Responsável					
Autorizo a Transferência					
Médico Chefe do Plantão					
[Assinatura]					
Carimbo / Assinatura					
Confirmo o Motivo Administrativo					
Enfermeira Chefe do Plantão					
[Assinatura]					
Carimbo / Assinatura					
Unidade Prestadora do Atendimento				Município	
Unidade Prestadora do Atendimento					
Especificação do Atendimento Prestado					
→ Usuário de Drogas. fozira uso de epinefrina.					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data	
[Assinatura]		24625		17/02/19	



	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		2 - CNES 2427419
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HRA		4 - CNES
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Paulson de Sousa Barbosa		6 - Nº DO PRELIMINAR 333922
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2		10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE 		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL 		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) 		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Paciente vítima de colisão entre três metros, c/ relato de perda de consciência e vômito, apresentando lesão hipodérmica intraparietomastoide.		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Politrauma		24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internamento		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA Cirurgia	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URG	31 - DOCUMENTO () CNES () CPFE 047764112454
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/02/19
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Petrônio Eduardo		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 24.425
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 - DOCUMENTO () CNES () CPF 		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa(Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, luxações(); Dor abdominal sem alterações de SSVV(); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia().

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas(); Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ENCAMINHADO: _____ ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO:

Histórico do paciente: Pac vítima de acidente moto x moto trazido pelo SAMU e perda de elementos dentários, edema e dor em face esquerda. 14.

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica Trauma de face?

Conduta: Voltarem (IM)

HRA - Bico marinho - 5622068

Angela Maria de Lima Chagas
CRM-PB 11387 - CREMEPE 27176
OBS 700001623861602

IMBO





Sem doc

FICHA DE ATENDIMENTO

UPA
24h

RECEPCIONISTA: [assinatura] Data: 16/02/19 Hora: 20:10 min
Nome: Mailson de Sousa Barbosa Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: _____ Nascimento: 05/07/96 Nº SUS _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: R- Projetada Nº _____ Bairro: Amarindo Aleixo
Cidade: SCC Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: Narciso Pereira Barbosa
Mãe: Iraci Maria de Sousa Barbosa

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ : _____ min
PA: _____ T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ : _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Apnéia(); Cianose (); Estridor (); PC<50>140(); FR >32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco()
Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Iresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave()
Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa()

OBS: _____

CÓPIA AUTORIZADA

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130()
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas ultimas 24h(); mucosas ressecadas()
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); historia até 72h de:
Melena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico()

OBS: _____





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **NAILSON DE SOUSA BARBOSA** nascido em 05/07/1996 esteve nesta unidade hospitalar no dia 16/02/2019 por volta das **20h10min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 19 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSÉ ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

*José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591*





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **NAILSON DE SOUSA BARBOSA, CPF-114.547.214-13**, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com **ID-0509, REG-24020** no dia 16 de fevereiro 2019, às 19h e 47min, na rua Amaro Manoel da Chaga-Bela vista, com queixa de colisão de moto com moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de imobilização, verificação de sinais, curativo e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 31 DE MAIO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU
Mat.001025

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em 30.05/19

Lucimara das Santos Ferreira





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 03/09/2019

Página : 1

Relatório de Veículo

PLACA : KIV3449 UF : PE RENAVAL : 946184682 CHASSI : 9C2KC08108R089545

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

ESPECIE : PAS

ANO FAB./MODELO : 2007/2008

MARCA/MODELO : HONDA/CG 150 TITAN KS

COR : VERMELHA

COMBUSTÍVEL : GASOLINA

Dados do Proprietário :

CPF/CGO :

PROPRIETÁRIO : FABIO PINHEIRO LOPES

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : AV LUIZ DE FRANCA S/N

COMPLEMENTO : CS

BAIRRO : CENTRO

MUNICÍPIO : PALMARES

CEP : 55540000

UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM

LICENCIAMENTO : SIM

MULTAS : SIM

VALOR : 593,88

VALOR : 572,02

VALOR : 766,16

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO :



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO PINHEIRO LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NAILSON DE SOUZA BARBOSA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KIV3449** (PERNAMBUCO/PALMARES) Renavam: **946184682** Chassi: **9C2KC08108R089545**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 16 DE FEVEREIRO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS, SE ENCONTRAVA NO BAIRRO BELA VISTA, ENTREGANDO UMA PIZZA NA CASA DE UMA SENHORA, QUANDO PERCEBEU QUE POR ALI PASSAVA DOIS ELEMENTOS NUMA MOTOCICLETA BROS, CAUSANDO MEDO DE ASSALTO NA VITIMA, O QUAL SAIU RAPIDO DAQUELE LOCAL, SENDO QUE AO PASSAR NUMA RUA CRUZADA, COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA, CHEGANDO A CAIR DA SUA MOTOCICLETA, FICANDO FERIDO NA SUA BOCA, NOS DENTES E NA CABEÇA, SENDO QUE APOS ALGUNS MINUTOS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DOS FATOS, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Nailson de Souza Barbosa
NAILSON DE SOUZA BARBOSA
(VITIMA)

Almir Pereira Barbosa

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003416**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019** às **10:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/2/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA AMARO MANOEL DE CHAGAS, BELA VISTA**, - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FABIO PINHEIRO LOPES (OUTRO)
NAILSON DE SOUZA BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NAILSON DE SOUZA BARBOSA**



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

NAILSON DE SOUZA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRACI MARIA DE SOUZA BARBOSA** Pai: **NARCISO PEREIRA BARBOSA** Data de Nascimento: **5/7/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10256583/SDS/PE (RG). 11454721413 (CPF)** Estado Civil: **SEPARADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PINTOR(A)** Telefones Celulares: **- 992477040**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA LOURENÇO JOAQUIM DE ARAUJO, 87, MALAQUIAS CARDOSO**, - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIO PINHEIRO LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



SINISTRO 3190521251 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NAILSON DE SOUSA BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO

PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA
S/A

BENEFICIÁRIO NAILSON DE SOUSA BARBOSA

CPF/CNPJ: 11454721413

Posição em 30-10-2019 08:27:10

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
IRACI MARIA DE SOUSA BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. LAUDUGERIO XIAQUIM DE ARAUJO 87

CPF 734 767 854-04

M. LAQUIAS CARDOZO/SANTA CRUZ DO C
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55190-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CÓDIGO CONTINÚO	08/2019
4011823250	
DATA DE VENCIMENTO	13/08/2019
DATA PREVISÃO PAGAMENTO	10/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	88,30

Nº DA NOTA FISCAL	SE	EMISSÃO
07290101	UNICA	08/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/09/2019	2002808412	4138054

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	88.000000	0,17545172	88,30
Acrescimo Bancaria AMARELA			1
Acrescimo Bancaria VERMELHA			1
Contrib. Ilum. Publica Municipal			2
ICMS Subvenção-CDE-NF 085205188-10/08/19			0
Relação de Unidade Consumidora			7
Multa por atraso-NF 089142727-10/07/19			1
Multa por atraso-NF 085205188-10/08/19			1
Juros por atraso-NF 085205188-10/08/19			1
Juros por atraso-NF 089142727-10/07/19			0
Atualização IGPM-NF 085205188-10/08/19			1
Atualização IGPM-NF 089142727-10/07/19			0

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
7131728186	CAT	10-07-2018	7.149,00	09-08-2018	7.178,00	30	1.000		88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

CONSUMO (KWH)		BASE DE CÁLCULO				CONTRIBUIÇÃO DE CUSTOS			
AGO 18	88	ICMS	71,81	25,00	17,96	Contribuição de Energia	R\$	24,90	28
SET 18	91	PIS	71,81	0,76	0,53	Transmissão	R\$	2,82	1
OUT 18	106	COPIS	71,81	3,62	2,65	Operação e Manutenção	R\$	18,19	21
NOV 18	129					Perda de Tensão	R\$	4,77	1
DEZ 18	129					Reserva para Atrasos	R\$	1,66	1
JAN 19	108					Tributos	R\$	20,53	21
FEB 19	178					Total	R\$	71,81	
MAR 19	216								
ABR 19	129								
MAY 19	108								
JUN 19	129								
JUL 19	129								
AUG 19	88								
SEP 19	88								
OCT 19	88								

TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo (kWh) 2.648

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo de 10 dias após a emissão desta fatura. O não pagamento desta fatura acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo e apresentá-la sempre que solicitado. A fatura deve ser paga em nome do titular da conta. A fatura deve ser paga em nome do titular da conta. A fatura deve ser paga em nome do titular da conta.





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.256.683 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/2019

NOME << NAILSON DE SOUSA BARBOSA >>

FILIAÇÃO << NARCISO PEREIRA BARBOSA >>
<< IRACI MARIA DE SOUSA BARBOSA >>

NATURALIDADE SUZANO - SP DATA DE NASCIMENTO 05/07/1996

DOC. ORIGEM << CN. 1.159 L.A07 F.179 CART. OUTRO >>
FINO RIBEIRÃO PIRES-SP 03.07.1996 >>

CPF 114.547.214-13

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal


COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
114.547.214-13

Nome
NAILSON DE SOUSA BARBOSA

Nascimento
05/07/1996



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: NAILSON DE SOUSA BARBOSA, solteiro, alfabetizado, agricultor, Portador do RG **10256683 SDS/PE**, inscrito no CPF nº: **114.547.214-13**, residente e domiciliado (a) **RUA LUDUGERIO JOAQUIM DE ARAÚJO**, Nº87 – **MALAQUIAS CARDOSO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE – PE**

OUTORGADO(a): **BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090, **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 e **VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife - PE.

PODERES: Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: NAILSON DE SOUSA BARBOSA, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 08 de OUTUBRO de 2019.



NAILSON DE SOUSA BARBOSA -
Outorgante / declarante

