

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Allyson Martins da Silva, brasileiro(a), estado civil sócio, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 104 734 774-16 e portador da cédula de identidade nº 8946055, residente e domiciliado(a) na Rua Adélia Belo Ferreira, nº 264, bairro Centro de Caxias, CEP 55030-150, na P.E. cidade Caxias de Pará.

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 judiciários, concedendo-lhes poderes incluídos nas clausulas "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 24 de 05 de 2010

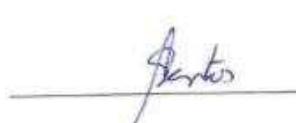
José Almeida Iniesta da Silveira



SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630,
Substabelece com reserva de poderes, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

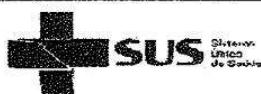
Recife, 07 de fevereiro de 2020.



Ana Cristina Santos

OAB/PE 28697





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA	6 - Número do Prontuário 120421			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701102072482110	8 - Data Nascimento 27/01/1995	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	11.1- Etnia
11 - Nome da Mãe ROSELY JOSE DOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.94315594			13 - Nome Responsável
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 () - VASSOURAL			14 - Telefone de Contato	
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

*Paciente com queda de moto bainha rx de cotovelo
anterior*

21 - Condições que justificam a internação

Necessidade de evacuação emergencial

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Ex CRM + Rx.

23 - Diagnóstico inicial <i>Rx Cotovelo (E)</i>	24 - CID 10 Principais <i>S521</i>	25 - CID 10 Sec. <i>04.08.02.0369</i>	26 - CID 10 Causas associadas
--	---------------------------------------	--	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>intervenimento</i>	28 - Código do procedimento <i>(+) 04.08.02.0369</i>
--	---

29 - Clínica <i>Gibpecial</i>	30 - Caráter de Internação <i>urgência</i>	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante <i>Brigamento Raimundo Freitas Lopes</i>
33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dra. Geni Andrade</i>	34 - Data da solicitação <i>28/02/2020</i>	35 - Assinatura e carimbo (n.º do registro no Conselho) <i>Válida</i>	36 - CRENTE: 539

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho típico			
38 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho trajeto	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA 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
--	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)	NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810541633-3



SUSSistema
Único de
SaúdeMinistério
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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Myson M. de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

226189

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89 8001324910718

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/01/195

9 - SEXO

Masc. [X] Fem. []

10 - RÁÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Rosely Roma dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO

9143181515194

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Prof. Adelia Brasil, 267, Petrópolis

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Petrópolis

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**Borrede de moto. Né 7 dias
vive se vira noj. com
fot. dentide cobre. Nada é
falta amolo**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

2 gredos deu

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

Re 7 ex deu + 1 test

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Sint. coxartite**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CRM

() CRF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Nilton Peter Traumatologo

38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - SERIE

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_06 - LEITO-03

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento:	508516	Data:	23/07/2018	Hora:	22:10	Recepç.:	SIMONE VITORIA DE SANTANA		
Convênio:	SES- ORTOPEDIA					Matrícula:	701102072482110		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DR. DIOGENES GOMES DE ANDRADE XAVIER					Cartão SUS:	701102072482110		
Paciente:	120421	JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA					Sexo:	MASCULINO	Cor:
Nascimento:	27/01/1995	- 23 Anos e 5 Meses					Est. Civil:		
Endereço:	RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267					C.P.F.	10473477416		
Bairro:	VASSOURAL					CEP:	Identidade:	8946055	SDS PE
IBGE/Cidade:	CARUARU					UF:	Telefone:	81.94315594	
Pai:	ARIVALDO MARTINS DA SILVA					G.Instrução:			
Mãe:	ROSELY JOSE DOS SANTOS					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:			
Obs.:	SENHA ORT. 470442								

Queixa do Paciente:

Paciente 23 anos, com quadro de Fractura femur, deslocado esquerdo com para correção cirúrgica.
não comorbidades

H.D.A.:

VIDE QM

Exame Físico:

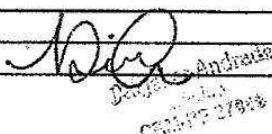
Sem alteração.
Redução de mobilidade em MSF.

H.P.:

① Fractura ②

Tratamento:

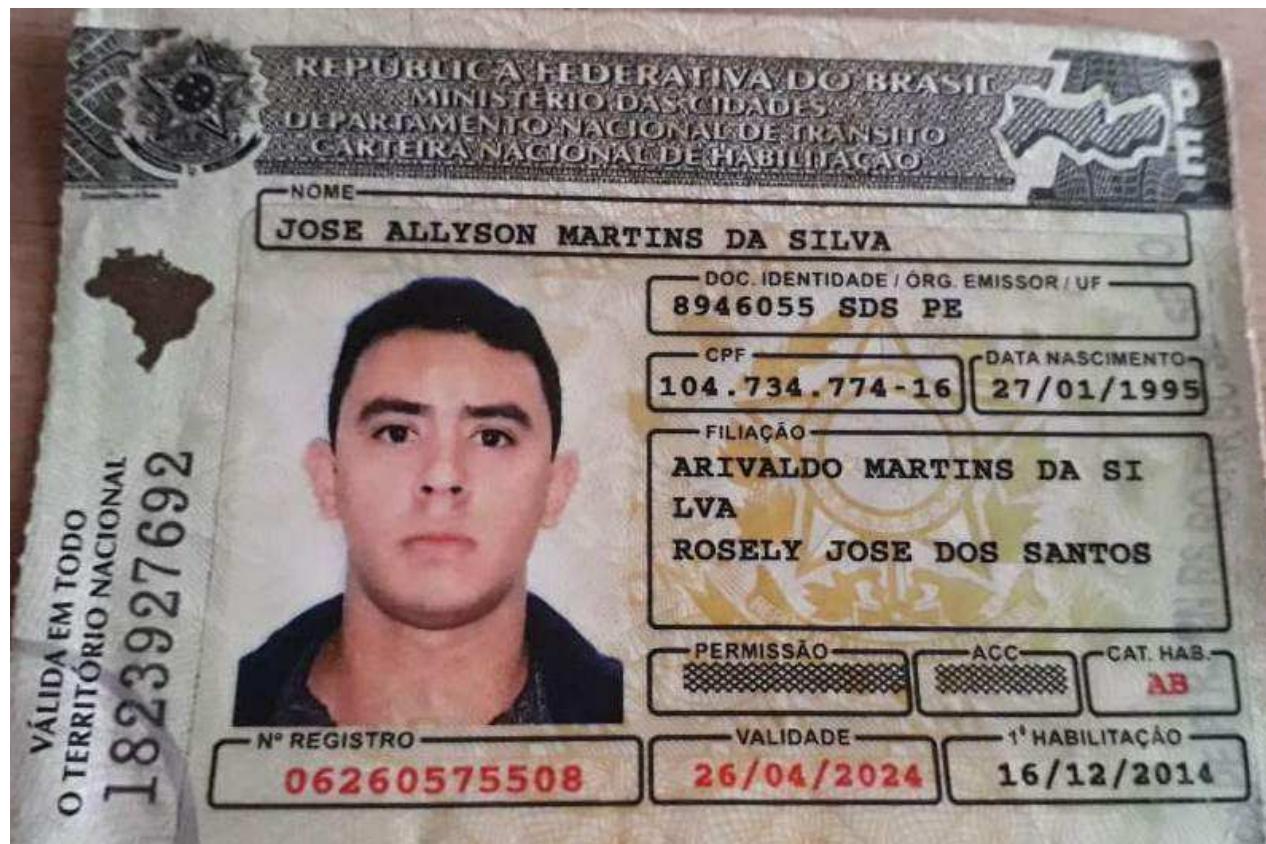
① Necesidade de correção cirúrgica
② sintomatologia


Dr. Diogenes Gomes de Andrade
CRM-PE 21828

Bezerros, 23 de julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico





Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 09/02/2020 09:53:38
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020909533894100000056700281>
Número do documento: 20020909533894100000056700281

Num. 57646495 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, josé allyson Martins da Silva,
brasileiro(a), estado civil sóteiro,
profissão extaqiste Inscrito no CPF/MF sob o
nº 404 734 774-36, e portador da cédula de
identidade nº 8946 055, residente e
domiciliado(a) rua Adélia Freire
; nº 267, bairro Centro,
CEP 55030-450, na cidade de
Curau, 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, 24 de 09, de 2020

NOME: josé allyson martins da Silva



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTERI - 14º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 18E0045004431

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/07/2018 às 16:07

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 14/07/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR - 232, 01 - Bairro: SITIO CIPO - CARUARU/PERNAMBUCO /BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

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

JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: ROSELY JOSE DOS SANTOS Pai: ARNALDO MARTINS DA SILVA Data de Nascimento: 27/1/1996 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 - CEP: 56000-000 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJ59916 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KC1620AR013258
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2010

Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ALLYSON PROCUROU A DELEGACIA DE PLANTÃO PARA REGISTRAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NA BR 232 PERTO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste. SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, PRÓXIMO A UM ACESO, QUANDO UM CARRO O FECHOU E BATEU NA FRENTESUA MOTO. VÍTIMA RELATA AINDA QUE O CONDUTOR DO CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR ATENDIMENTO. AVARIOU TOTALMENTE A FRENTESUA MOTO. NADA MAIS A ACRESCENTAR.

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

* José Allyson Martins da Silva

1 de 2

18/07/2018 15:48

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

B.O. registrado por: VINICIUS JAIME LOBO - Matrícula: 3871633



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 09/02/2020 09:53:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020909533911300000056700283>
Número do documento: 20020909533911300000056700283

Num. 57646497 - Pág. 1



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

 GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA
Data Nascimento: 27/01/1995 Idade: 23 Anos, 5 Meses e 17 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01134656
Prontuário: 00247677
Senha N.º: 0109

Data e Hora: 14/07/2018 18:12h

CLASSE RISCO:

Queixa Principal: PAXIENTE RELATA DOR NO MSE APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEG DM+HAS

DOC> CNH

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: Temperatura:
P.A Sistólica: PAS: 109 MMHG P.A Diastólica: PAD: 79 MMHG Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM HGT:

DIAGNÓSTICO:

TRAUMA EM DECORRENTE DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE

EXAMES:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO
EUPNEICO, GLASGOW 15
TEM DOR E EDEMA A PALPAÇÃO DO LOCAL REFERIDO
EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES
DEAMBULANTE

TRATAMENTO:

RX FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RADIO)

TRAUMA

DIAGNÓSTICO:

ORIENTAÇÕES, MEDICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA,

Dr. Diego Araújo de Castro
CRM- 23629

14 JUL 2018

Ass. do Médico
Dr(a): **DIEGO ARAUJO DE CASTRO SANTANA**
CRM- 23629

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Assinado eletronicamente por: AMANDA KARLA SOARES DA SILVA - 09/02/2020 09:53:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020909533911300000056700283>
Número do documento: 20020909533911300000056700283

Num. 57646497 - Pág. 2



NOME: José Allyson Martins da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura ch. estab. do rádio CID-10: S72.1, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 26/07/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 31/08/18

Dr. Felippe Góes
Urologia e Traumatologia
CRM: 22.1653
CRM: 22.1623





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA	6 - Número. do Prontuário 120421		
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701102072482110	8 - Data Nascimento 27/01/1995	9 - Sexo MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor 10.1- Etnia
11 - Nome da Mãe ROSELY JOSE DOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.94315594		
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato		
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 () - VASSOURAL			
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

Paciente com queda de moto bdm px de contusão
avaliada

21 - Condições que justificam a internação

Necessidade de evolução cirúrgica

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Ex CRM + Rx.

23 - Diagnóstico inicial Rx Cotovelo <input checked="" type="checkbox"/>	24 - CID 10 Principais S52.1	25 - CID 10 Sec. <input checked="" type="checkbox"/> 04.03.02.036	26 - CID 10 Causas associadas <input checked="" type="checkbox"/> 04.08.02.013.0
---	---------------------------------	--	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
Intervençao

29 - Clínica Hospital	30 - Caráter de Internação Urgência	31 - Documento () CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante Raymundo Francisco Andrade Filho
--------------------------	--	---	---

33 - Nome do Profissional Solicitante Raymundo Andrade	34 - Data da solicitação 03/02/20	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do Conselho) CREMEPE: 5279
---	--------------------------------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não segurado
---	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado:	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde
50 - Data da Autorização	NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810541633-3	



RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA CLINICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO 120421
CIRURGIAO JOSÉ FELIPE GUEDES	
ANESTESIA BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL DATA DA OPERAÇÃO 26/07/2018	ANESTESISTA DR VANDSON
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO + LESAO LIGAMENTAR DO COTOVelo ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO + REPARO DE LESAO LIGAMENTAR DO COTOVelo ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. INCISAO LATERAL PARA ACESSO AO COTOVelo 4. DIVULSAO POR PLANOS 5. OBSERVADO FRATURA COMPLEXA DA CABEÇA DO RÁDIO 6. RESSECÇÃO DE CABEÇA DO RÁDIO 7. OBSERVADO ESTABILIDADE DE COTOVelo 8. REPARO DE LESAO LIGAMENTAR LATERAL 9. LAVAGEM COM SF0,9% 10. SUTURA POR PLANOS 11. CURATIVO	

Dra. Fernanda Lúcia...
CRM-GO 7461
RM-PF 21025



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 26/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 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
FRANCISCA MARIA MARTINS DA SILVA
CPF: 386.121.004-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ADELIA LEAL FERREIRA 267
CENTRO/CARUARU 55030-150 CARUARU 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 14/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/01/2020	CONTA CONTRATO 000154960015
TOTAL A PAGAR (R\$) 83,01	DATA APRESENTAÇÃO 07/01/2020	Nº DO CLIENTE 2002245312
NÚMERO DA NOTA FISCAL 091201339		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 6304.B22E.0DA0.9ADC.5F4B.7623.CE7E.3688		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	97,00	0,42656182	41,37					
Consumo Ativo(kWh)-TE	97,00	0,35875625	34,79					
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,85					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47					
ICMS Subvenção-CDE-NF 079707823-07/10/19			0,53					
TOTAL DA FATURA			83,01					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
78,01	25,00	19,50	78,01	0,90	0,70	78,01	4,15	3,23

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Venceto	Dt Reav	Valor
16/12/19	07/01/20	85,53

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

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29838000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh
JAN 20 ██████████ 97
DEZ 19 ██████████ 96
NOV 19 ██████████ 85
OUT 19 ██████████ 81
SET 19 ██████████ 59
AGO 19 ██████████ 94
JUL 19 ██████████ 102
JUN 19 ██████████ 114
MAI 19 ██████████ 125
ABR 19 ██████████ 113
MAR 19 ██████████ 132
FEV 19 ██████████ 116
JAN 19 ██████████ 105

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	25,39 32,55
Transmissão	2,81 3,60
Distribuição (Celpe)	17,02 21,82
Encargos Setoriais	4,00 5,13
Tributos	23,43 30,03
Perdas de Energia	5,36 6,87
TOTAL	78,01 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000090716557	CAT	09/12/2019 14.696,00	07/01/2020 14.793,00	29	1,00000	0,00	97,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 28,94					
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! jessyca layza da silva vasconcelos: rua vital de negreiros nossa senhora das dores / fsat: rua vital de negreiros nossa senhora das doresLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. 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.
Pago, 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 do 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 000154960015	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 83,01	VENCIMENTO 14/01/2020	TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.				

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SINISTRO 3180594317 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

CPF/CNPJ: 10473477416

Posição em 24-01-2020 15:30:44

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
08/02/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

