

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Allysson Martins da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, 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 Adelia Beal Ferreira
nº 261 bairro de Centro
CEP 55030-450 na cidade de Caruaru / 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, 24 de 01 de 2020

José Allysson Martins da Silva
Outorgante



SUBSTABELECIMENTO

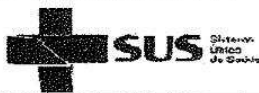
ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE n° 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE n° 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 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	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 do motor com fratura de cotovelo
anunciada

21 - Condições que justificam a internação
necessidade de conexão energética

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
Ex RXCO + Rx.

23 - Diagnóstico inicial Fr. cotovelo @	24 - CID 10 Principais S521	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas + 04.08.02.036.9
--	--------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
internamento + 04.08.02.013.0

29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de Internação urgência	31 - Documento () CNS (x) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante Rogério Francisco de Aguiar Filho
---------------------------	--	-----------------------------------	--

33 - Nome do Profissional Solicitante Rogério Francisco de Aguiar Filho	34 - Data da solicitação 08/02/2020	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro no Conselho) CREME: 5379
--	--	--

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



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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8918004344910719

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/01/95

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

226189

11 - NOME DA MÃE

Romely Rosa dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 94335534

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Prof. Adelia Beal, 267, Petropolis

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Petrópolis

17 - COB. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queixa de dor no abd. h.d. com
relato de UPA h.d. com
hist. de cirurgias abdominais e
trauma

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1º quadro de

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

Rx 7 ex. de + 1 traq

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

frat. costela

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Inferna

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

28973601494

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Nilton Pereira
Ortopedia - 10560

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/11/2019

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

Nilton Pereira
Traumatologia

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

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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					Matricula:	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:	PE	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 23anos, com quadro de fx de fêmur, dgo, estaveis esquerdo com para correção cirurgica.
niga comorbidades

H.D.A.:

VIDE DRD

Exame Fisico:

sem alterações
Redução de mobilidade em MSE.

H.P.:

① fx estavel ②

Tratamento:

① necessidade de correção cirurgica
② sintomáticos

Bezerras, 23 de julho de 2018

[Assinatura]
Dr. Diogenes Andrade
CRM 17918

Assinatura e Carimbo do Médico



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8946055 SDS PE

CPF
104.734.774-16

DATA NASCIMENTO
27/01/1995

FILIAÇÃO
**ARIVALDO MARTINS DA SI
LVA
ROSELY JOSE DOS SANTOS**

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06260575508

VALIDADE
26/04/2024

1ª HABILITAÇÃO
16/12/2014

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1823927692



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Allysson Martins da Silva
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão taxista Inscrito no CPF/MF sob o
nº 404 734 774 26, e portador da cédula de
identidade nº 8946 055, residente e
domiciliado(a) rua Adelia Paul Ferreira
nº 267, bairro Centro,
CEP 55030-450 na cidade de
Caruaru / 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 03, de 2020.

NOME: José Allysson Martins da Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0045004431**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/7/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR - 232, 01 - Bairro: SÍTIO CIPÓ - CARUARU/PERNAMBUCO / BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (VÍTIMA)

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** Mãe: **ROSELY JOSE DOS SANTOS** Pai: **ARNALDO MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **27/11/1996** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 - CEP: 55000-000 - 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: **KJS9915** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1620AR013255**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE 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 ACESSO, QUANDO UM CARRO O FECHOU E BATEU NA FRENTE DE SUA MOTO. VÍTIMA RELATA AINDA QUE O CONDUTOR DO CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR ATENDIMENTO. AVARIOU TOTALMENTE A FRENTE DA MOTO. NADA MAIS A ACRESCENTAR.

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

X José Allyson Martins da Silva

1 de 2

18/07/2018 15:48

Boletim de Ocorrência

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

B.O. registrado por: **VINÍCIUS JAME LOBO** - Matrícula: **3871533**



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

Queixa Principal:

PACIENTE RELATA DOR NO MSE APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEG DM+HAS

DOC> CNH

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 109 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 79 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

TRAUMA EM DECORRENTE DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO

EUPNEICO, GLASGOW 15

TEM DOR E EDEMA A PALPAÇÃO DO LOCAL REFERIDO

EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

DEAMBULANTE

RX FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RADIO)

TRAUMA

ORIENTAÇÕES, MEDICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA,

Evolução:

Dr. Diego A. 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





NOME: Jose Allyson Martins da Silva


LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura de cost. do lado CID-10: S72-1, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 26.07.18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Felipe Carlos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1651
Rég. nº 21023

Bezerros, 31, 08, 18.



 SUS Sistema Único de Saúde		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	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 do membro com fratura de cotovelo anunciada					
21 - Condições que justificam a internação Necessidade de correção cirúrgica					
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) Ex FMC + Rx.					
23 - Diagnóstico inicial Fratura de cotovelo @		24 - CID 10 Principais S52.1	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas + 04.08.02.036.9	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - Descrição do Procedimento Solicitado Enteomamentamento		28 - Código do procedimento 04.08.02.036.9		29 - Clínica Ortopedia	
30 - Caráter de Internação Urgência		31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante Raymundo Francisco Aragão Filho		
33 - Nome do Profissional Solicitante Raymundo Francisco Aragão Filho		34 - Data da solicitação 03/07/19	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 Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar		
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810541633-3		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)				



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA	
CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 120421
CIRURGIÃO JOSÉ FELIPE GUEDES	
ANESTESIA BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	
DATA DA OPERAÇÃO 26/07/2018	ANESTESISTA DR VANDSON
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO + LESÃO LIGAMENTAR DO COTOVELO ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO + REPARO DE LESÃO LIGAMENTAR DO COTOVELO ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
<ol style="list-style-type: none">1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA2. ASEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS3. INCISÃO LATERAL PARA ACESSO AO COTOVELO4. DIVULSAO POR PLANOS5. OBSERVADO FRATURA COMPLEXA DA CABEÇA DO RADIO6. RESSECÇÃO DE CABEÇA DO RADIO7. OBSERVADO ESTABILIDADE DE COTOVELO8. REPADO DE LESÃO LIGAMENTAR LATERAL9. LAVAGEM COM SF0,9%10. SUTURA POR PLANOS11. CURATIVO	

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1491
RPM-PR 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



www.celpe.com.br

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 FRANCISCA MARIA MARTINS DA SILVA CPF: 386.121.004-53	DATA DE VENCIMENTO 14/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/01/2020	CONTA CONTRATO 000154960015
	TOTAL A PAGAR (R\$) 83,01	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/01/2020	Nº DO CLIENTE 2002245312
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ADELIA LEAL FERREIRA 267 CENTRO/CARUARU 55030-150 CARUARU PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0000806748
	RESERVADO AO FISCO 6304.B22E.0DA0.9ADC.5F4B.7623.CE7E.3688		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	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.					

<p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Pague no ponto mais perto de você! Jessyca layza da silva vascon: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores / jfsat: rua vidal de negreiros nossa senhora das dores Lista completa em www.celpe.com.br.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p>	<p>NÍVEIS DE TENSÃO</p> <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> <p>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</p>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI

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

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

