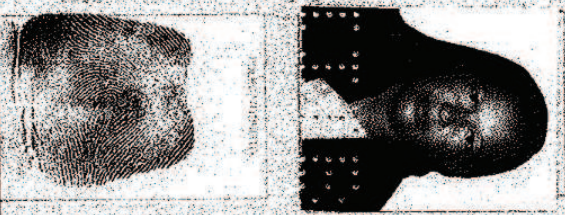


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

03 R 03

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CENTRO DE REGISTRAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO



Maria do Socorro da Silva Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.213.231 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/04/2011

NOME << MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS >>

FILIAÇÃO << ROBERTO FRANCISCO DOS SANTOS >>
<< MARIA JOSÉ DA SILVA SANTOS >>

NATURALIDADE GARANHUNS - PE DATA DE NASCIMENTO 19/09/1975

DOC ORIGEM << 075796 01 55 1977 1 00027 033
0003093 19 GARANHUNS-PE >>

CPF 808.754.084-00

ASSINATURA DO DIRETOR
LEINº 7.116 DE 25/04/2011

R F-43 77.792 3422



11200/2020-02

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria do Socorro da Silva Santos
brasileira(a), estado civil solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 808.754.084-00 e portador da cédula de identidade
nº 4233231 residente e domiciliado(a) na
Rua 9 Pedro Calvalante
nº 07 bairro de Itaipópolis
CEP 55290-000 na cidade de Garanhuns PE

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.897, com escritório profissional à Rua Helena de
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, 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 Judicia" e "At Judicia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º
e 4º de Lei nº 4216, 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.

Recife, 14 de 04 de 2020

Maria do Socorro da Silva Santos
Outorgante





DECLARAÇÃO

Em 15 de Dezembro de 2019, a Vítima de Atropelamento, Maria do Socorro da Silva Santos, 44 anos; DN: 19/09/1975; RG: 4.213.231 SDS – PE; CPF: 808.754.084-00 foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, ID: 0181 da Unidade de Suporte Básico – USB, da base descentralizada de Garanhuns – PE; Regulado pela Central de Regulação de Caruaru, e transportada para o Hospital Regional Dom Mora em Garanhuns - PE, conforme registro de atendimento em anexo.

Garanhuns, 27 de Dezembro de 2019

MICHELLY CAVALCANTI
Coordenadora SAMU Garanhuns
Matricula: 90934

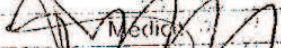
Michelly Cavalcanti
Coordenadora-SAMU
Garanhuns-PE
Mat. 90934





Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
936806	14/12/2019 às 13:03:12		EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA

HEDN

Médico:  CRM:
 Hora:
 pal:
 Don M. R. P. M. E.
 Análise de sangue por microscópio

Alvaro Tenorio Torres
Engineer
COPIES 101 302

Perda da Consciência:	Sim ☐	Não ☒	Episódio Emático:	Sim ☐	Não ☒	Acidente de Trabalho:	Sim ☐	Não ☒
Acidente de Trânsito:	Sim ☐	Não ☒	Tipo:					
Colisão:	Sim ☐	Não ☒	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐				
Atropelamento:	Sim ☒	Não ☐	Local do Impacto:					
Vítima de Ferimento:	Sim ☒	Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura				
Queimadura:	Sim ☐	Não ☒	Por:	Transporte realizado por:				
Condições de imobilização adequada:	Sim ☐	Não ☐	Por que:					

Exame físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: _____

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE: ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Aherlura Ocular
Escorpión: Hora:

Glasgow Resposta Verbal
 Escor: Hora:

Glasgow, Resposta Motora
Escore: Hora: 06

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

FRATURA NA TÍBIA E

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:	Cód. Procedimento
Tratamento/Procedimento:	
Ass. Médico + Carimb:	
Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo:	
	Ass. Enfermeira + Carimb

Diagnóstico Definitivo:

MOSSO

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorar

☐ Inalterado ☐ Piorar

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e / ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



HRDM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE CIÊNCIAS - GARANHINS
SEÇÃO DE OPORTE E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

Nome: Maria do Socorro

Vítima de Ataque cardíaco + polícone
fechada na porta e

RA: 11111111
Nº de identificação: 11111111
Nº de identificação: 11111111
Nº de identificação: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

RA: 11111111

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**PACIENTE:** MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

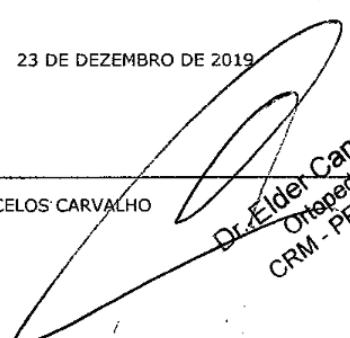
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA**DATA DE INTERNAMENTO:** 21/12/2019**DATA DA CIRÚRGIA:****DATA DE ALTA:** 23/12/2019**DATA CONSULTA DE RETORNO:** 09/01/2020**HORÁRIO:** 10:00**MEDICO ASSISTENTE:** DR. ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 23 DE DEZEMBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO


Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM - PE 22023

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.fhmjpe.org





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0225002470**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/12/2019** às **17:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/12/2019** às **13:03**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ERNESTO DOURADO, 1, CRUZAMENTO COM A DJALMA DUTRA, PROX AO ABRIGO SAO VICENTE** - Bairro: **HELIOPOLIS** - **GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOCICLISTA DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
DAVI DO NASCIMENTO SANTOS (NOTICIANTE)
MARIA DO SOCORRO SILVA SANTOS (VÍTIMA)
MAYRA DA SILVA SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MOTOCICLISTA DESCONHECIDO

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

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

MARIA DO SOCORRO SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA SANTOS** Data de Nascimento: **19/9/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MAYRA DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HILDA DIAS DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **23/3/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOCICLISTA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOCICLISTA DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

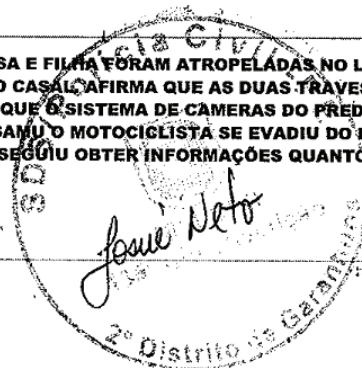
Complemento / Observação

O SENHOR DAVI COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE SUA ESPOSA E FILHA FORAM ATROPELADAS NO LOCAL ACIMA CITADO. AFIRMA QUE MARIA SAIU DO TRABALHO E ESTAVA COM A FILHA DO CASAL AFIRMA QUE AS DUAS TRAVESSAVAM A RUA QUANDO UM MOTOCICLISTA AS ATROPELOU JÁ QUASE NA CALÇADA. AFIRMA QUE O SISTEMA DE CAMERAS DO PREDIO NA ESQUINA TEM IMAGENS DO ATROPELAMENTO. AFIRMA QUE APÓS A CHEGADA DO SAMU O MOTOCICLISTA SE EVADIU DO LOCAL NÃO DEIXANDO QUALQUER TIPO DE IDENTIFICAÇÃO. AFIRMA AINDA QUE NÃO CONSEGUIU OBTER INFORMAÇÕES QUANTO A IDENTIDADE DO AUTOR DO ATROPELAMENTO E NEM DA MOTOCICLETA.

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

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS
(NOTICIANTE)



B.O. registrado por: **JOSUE FERREIRA DA SILVA NETO** - Matrícula: **350759-9**



Nome do paciente: Marina do Socorro da Silva Santos

Clínica: Ortopedia Enfermeira: 13 Leito: 09

Nº produção: 260468 Nº ABH: _____

Procedimento principal: Fratura distal de tíbia e fíbula - S822

Procedimento secundário: Fratura distal de tíbia e fíbula - S822

Forma de apresentação: Fratura distal de tíbia e fíbula - S822

Procedimento adicional: Fratura distal de tíbia e fíbula - S822

Código Equipe Nome Matrícula Nº

01. Cirurgião _____

02. Anestesiologista _____

03. Auxiliar de enfermagem _____

04. Auxiliar de enfermagem _____

05. Demais profissionais _____

06. Anestesista _____

07. Cirurgião Hermes Wagner

08. Anestesiologista _____

Procedimentos especiais

☒ Ajuda de procedimento☒ Diário de vida☒ Diário de enfermagem ☒☐ Vac na Am. Ri.☐☐ Uso de prótese óssea☐ Uso de tiras de enagula, 50☐ Uso de indutores☐ Nucleação pr. mental☐

JGPE
Jaboatão
0
Máscara Auditiva/SUS - CRM: 6522
CPF: 298 725 884-49

Resumo do Caso

PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, APÓS REUNIÃO CLÍNICA COM CHEFES DO SERVIÇO FOI DECIDIDO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

Diagnóstico principal: Fratura distal de tíbia e fíbula - S822 CID: S822

Diagnóstico secundário: _____ CID: _____

Motivo de alta: CI Retorno

Internação: 22 / 12 / 19 Alta: 24 / 12 / 19 Dias de hospitalização: _____

Av. Gen. Manoel Rêgo, 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54100-000
Tel.: (011) 2462-0700



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS				Nº Prontuário	779198
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	RaçaCor	Etnia		
706303711555072	19/09/1975	Masculino ☐ Feminino ☒	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica		
Nome da Mãe	MARIA JOSE DA SILVA SANTOS				Telefone de contato	
Nome Responsável	MARIA JOSE DA SILVA SANTOS					
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA TRAVESSA NOVE PEDRO CAVALCANTE, 7 - HELIOPOLIS					
Município	IBGE	UF	CEP			
GARANHUNS	260600	PE	55295970			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

ACIDENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA HÁ 8 DIAS. REFERE DOR EM PERNA ESQ

Condições que justificam a Internação

CIRURGIA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

RX

Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE TIBIA

CID 10 Principal

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	0408050500		
Clínica	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	() CNS () CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
	21/12/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
() Acidente Trabalho Trajeto			

Vínculo com a Previdência

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL	JU1	
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	201533356580007	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
	CPF: 296.725.884.45	



SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			2 - CNES 5 3 5 6 0 6 7		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			4 - CNES 5 3 5 6 0 6 7		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE Maria do Socorro da Silva Santos			6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)		
13 - MUNICÍPIO (DE RESIDÊNCIA)			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR Fratura Fechada do Tibio e peroneo			19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 0408050500		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA Fratura fechada do Tibio e peroneo			21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 0308010019		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTD.		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTD.		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTD.		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. APOS VISITA MEDICA OPTAMOS PELO TRATAMENTO CONSERVADOR. SOLICITO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO+ACOMPANHANTE.					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/12/2019		
41 - DOCUMENTO 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
47 - DOCUMENTO 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 260468

Nascimento: 19/09/1975

Responsável:

Prontuário: 779198

Sexo: Feminino

Nome: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Data e Hora do Atendimento: 21/12/19 16:26:07

Idade: 44 Anos, 3 Meses e 2 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 80875408400

Identidade: 4213231

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 706303711555072

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA SANTOS

Nome do Pai: ROBERTO FRANCISCO DOS SANTOS

Endereço: RUA TRAVESSA NOVE PEDRO CAVALCANTE, HELIOPOLIS, CEP: 55295970, Nº 7, GARANHUNS - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

CID: S822

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

DOENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA HÁ 8 DIAS. REFERE DOR EM PERNA ESQ

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR 2T BNF S/S

AP - RESPIRATORIO:

AHT SEM RA

ABDOMEN:

SEMIGLOBOSO, INDOLOR

GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

NDN

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

1-FRATURA DE TIBIA ESQ

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

21.12.19

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Maria do Socorro da Silva SantosREGISTRO: 779198 DATA DE NASCIMENTO: 19 / 09 / 1975RG: 4.213.231 ORGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Travessa Pedro Cavaleante n:07
Helópolis GaranhunsNOME DA MÃE: Mario José da Silva SantosDATA ADMISSÃO: 21 / 12 / 2019 DATA ALTA: 24 / 12 / 2019DATA DO PROCEDIMENTO: - / - / - CID: S 82.2DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise da Tibia
Esquerda — " — " —TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Conservador
de Fratura da Diáfise da Tibia
Esquerda — " — " —

MÉDICO: _____

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GURARAPES, 20 DE Fevereiro DE 2020.

MÉDICO



SINISTRO 3200127304 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS**CPF/CNPJ:** 80875408400**Posição em 14-04-2020 15:25:11**

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/04/2020	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Maria do Socorro Silva Santos
brasileiro(a), estado Goiás civil solteira
profissão aux. de Serviços inscrito no CPF/MF sob o
nº 808 754 084 00, e portador da cédula de
identidade nº 4243235 residente e
domiciliado(a) Tr 3 Pedro Cavaleante
nº 07 bairro Helópolis
CEP 55290.000 na cidade de
Baranheira / 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, 14 de 04 de 2020

NOME: Maria do Socorro da Silva Santos



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

MONICA CHARLENE DA SILVA PEREIRA
CPF: 033.466.244-39

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 9 PEDRO CAVALCANTE 7

HELIOPOLIS/GARANHUNS
55290-000 GARANHUNS 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

02/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

50,19

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

102253023

CONTA CONTRATO

007034029169

Nº DO CLIENTE

2016872090

Nº DA INSTALAÇÃO

0006410954

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

3A37.F798.FCFB.42C5.35A6.3D79.BBDB.5F44

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	58,00	0,43137198	25,01
Consumo Ativo(kWh)-TE	58,00	0,36280179	21,04
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,50
ICMS Subvenção-CDE-NF 094391924-28/01/20			0,62
Multa por atraso-NF 09832352 - 26/02/20			1,02
TOTAL DA FATURA			50,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
46,05	25,00	11,51	46,05	1,04	0,47	46,05	4,79	2,20

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29838000	MAR 20	58
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	FEV 20	66
		JAN 20	94
		DEZ 19	83
		NOV 19	86
		OUT 19	91
		SET 19	
		AGO 19	
		JUL 19	
		JUN 19	
		MAI 19	
		ABR 19	
		MAR 19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	14,41	31,29
Transmissão	1,68	3,65
Distribuição (Celpe)	10,18	22,11
Encargos Setoriais	2,39	5,19
Tributos	14,18	30,79
Perdas de Energia	3,21	6,97
TOTAL	46,05	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003183257292	CAT	26/02/2020 420,00	26/03/2020 478,00	29	1,00000	0,00	58,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	HELIOPOLIS	0,00	11,16	22,32	44,65
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,30					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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.
Pagto. 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.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

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
007034029169	03/2020	50,19	02/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838600000000 501900110074 034029169105 145302889830



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA