

SECRETARIA DE DEFESA NACIONAL
SECRETARIA GERAL
5.152.862
DATA DE EXPEDIÇÃO 23/04/2002
NOVO ISIDIO SERGIO
TONIO ISIDIO SERGIO
MARIA JOSÉ MESQUITA
NATURALIDADE
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
DATA DE NASCIMENTO 24/07/1978
DOC. ORIGEM
CN.5.089-L.A-05-F.126-CART. PENTE DOS
CARVALHOS CABO-PE-05.10.95
CPF
ASSINATURA DO DIRETOR
LEIN 27.116 DE 29/08/63
F-05 13869

REAL SERVICARD
Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade
Emissão
FEV/2010
CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL
Assinatura do titular
Ademi Isidio Sergio
CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Número de inscrição
023.546.074-58
Nome
ADEMI ISIDIO SERGIO
Nascimento
24/07/1978

INSTRUMENTO PROCURATORIO

OUTORGANTE: AERHIS ISIDIO SANCIO, naturalista, casado, menor de idade, residente no CNP nº 003.346.074-58, com endereço em Rua José Vieira, nº 189-C, Bairro dos Carvalhos, CEP 54510-718, Cidade de Santa Agueda - PE.

[illegible]

PODERES. Da mesma "Al Jaleel" argumenta o advogado porfirio gabriel Niza e Tribunal, pedindo a revogação da decisão, que, assim, ele não "travou" os 60% previstos no plano sobre o qual se funda a RGE, mas a prática corporativa, autônoma e aderente às práticas, doutrinas, precedentes, costumes, usos e costumes, costumes, costumes, regras gerais e internacionais, regras, normas, regras e do mundo de acordo com os parâmetros de boas práticas empresariais, sendo a justiça gratuita e a **assessoria jurídica de alta qualidade empresarial**, em conformidade com a norma do art. 155 do NCPC, pedindo ainda a substituição e a prorrogação da decisão com as mesmas razões de fato e de direito, tal qual se fez e foi a jurisprudência desta instância superior.

CONSTITUIÇÃO MONSARDO Para ser elegível, o OUTORGANTE tem que pagar a OUTORGADO a percentagem de 30 % (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser atribuído pessoalmente ao outorgado pelo, com o intuito de garantir a integridade, independência e a imparcialidade de seu trabalho no julgamento de "honorários" pelo jurado arbitral, devendo o pagamento estar em espécie ou à vista, com a liberação dos valores de acordo com a legislação em vigor durante o processo de arbitragem.

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

ADDITIONAL TRAINING OPPORTUNITIES

Author grants: Special thanks





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO - PONTE DOS CARVALHOS
DP41°CIRC DIM/10ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0131000064

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/01/2020 às 08:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 22/12/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SUAPE (BAIRRO), 1, ROTA DO ATLANTICO -INDUSTRIAL**
SUAPE - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de
Referência: **PROX.A PÇA. DO PEDÁGIO**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GENILDO CORDEIRO DA SILVA (OUTRO)
ADEMI ISIDIO SERGIO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADEMI ISIDIO SERGIO

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

GENILDO CORDEIRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

ADEMI ISIDIO SERGIO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA JOSÉ MESQUITA** Pai: **ANTONIO ISIDIO SERGIO** Data de Nascimento: **24/7/1978** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 185, RUA BELA VISTA - CEP: 55000-000**
- **Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX. COLÉGIO ZUMBI DOS PALMARES**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENILDO CORDEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMI ISIDIO SERGIO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

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

ADEMI ISIDIO SERGIO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO LUIZ BARBOSA** Matrícula: 3848864



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/FICHA DE ESCLARECIMENTO

PACIENTE: ADEMI ISIDIO SERGIO

REGISTRO: 123286

IDADE: 41

DATA ADMISSÃO: 22/12/2019

DATA ALTA: 03/01/2020

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EXPOSTA CONDILO FEMURAL LATERAL ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

LIMPEZA CIRURGICA + FICAÇÃO COM PERCUTÂNEA COM PARAFUSO
CANULADO 7.0

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBROS ELEVADOS DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO
- 3) INICIAR FISIOTERAPIA APÓS 15 DIAS
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS
- 6) - CARGA ZERO- NÃO PISAR

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ____/____/2019
Não ()

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27778



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senna: 22/12/2019 17:35

 Nome Paciente: ADEMI ISIDIO SERGIO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/07/1978
Sexo: Masculino
Idade: 41 anos
Senha: 0042
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/12/2019 17:56 - 22/12/2019 18:01

DEBORA DA COSTA CARVALHO JUSTINO - COREN: 477629 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE
Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA DE IPOJUCA COM SENHA 5843291 PARA AVAL COM O ORTOPEDISTA. APRESENTA FRATURA EM CONDILO LATERAL DE FEMUR E BASE DE 5ª METATARSO

Observação: DM-
HAS-
ALERGIAS: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: DEBORA DA COSTA CARVALHO JUSTINO - COREN: 477629 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/12/2019 18:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizada com CamScanner

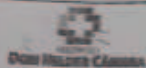


Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 07/06/2020 17:40:45

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060717404525600000061967484>

Número do documento: 20060717404525600000061967484

Num. 63118848 - Pág. 1



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 540352

Data e Hora: 22/12/2019 18:09

Senha da Classificação:

0042

Paciente: 123286 ADEMI ISIDIO SERGIO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 24/07/1978 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA JOSE MESQUITA Nome do Pai: ANTONIO ISIDIO SERGIO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS - GAIBU Bairro: CENTRO
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: JOCILENEOM
RG (Identidade): 5132862 SSP PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 02354607458 Fone: 983292298
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Munkê vintu cu lu
e plus 3 + 100ml + 100ml

Exame Físico

PA → 80mm de pulso + 120ml
Levar de mltas vintu /
Pulso de 8. vintu

História Diagnóstica

Pulso de 8. vintu

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIMENTO 28 → 100ml + 100ml 100ml
→ 100ml + 100ml 100ml
→ 100ml + 100ml 100ml

Carimbo/Médico

Avraham Ferreira
SBOT 13098 / SBCCOC
CRM 17411

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE
LEITO DO PACIENTE:

→ 100ml + 100ml

Digitalizada com CamScanner



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 540353

Data e Hora do Atendimento: 22/12/2019 18:48

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ADEMI ISIDIO SERGIO

Prontuário: 123286

Nome da Mãe: MARIA JOSE MESQUITA

Nome do Pai: ANTONIO ISIDIO SERGIO

Data do Nascimento: 24/07/1978

Idade: 41 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 5132862

SSP PE Data Emissão:

CPF: 02354607458

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS

CENTRO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54510907

Fone: 983292298

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: OUTRAS UNIDADES

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 05

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 22/12/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

MEIHCAMP.

Diagnóstico:

FRA: EXCATA. COMNIO FEMURAL Ldt. Ex.

Procedimento:

Q1. CI PBTDFLOCA CAMUADA DEEXCUTAC-9

Alta em: 03 / 01 / 2020

Hora: 12:00h

Dr. Igor Abutrab

Ortopedia/Traumatologia

CRM-PE: 27178

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

HDS - Helder Camara
Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica
16/07/20

HDS - Helder Camara
Alameda da Verdade
16/07/20

16 JAN 2020



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Ademir Brito D. Nasc: 02/06/62 Registro: 123336
 Clínica: Ortopedia Enfermaria: 5B Leito: 406-02
 Diagnóstico: fr. cl. Data: 02/10/20
 Plantão Diurno: pa

Estado Geral: _____
 Dieta: VO(✓) SNE() GTT() Dieta zero()
 Padrão respiratório: espontâneo(✓) AVM() VNI() Cat. O2() Venturi()
 Acesso Venoso: Periférico(✓) Central() Local: _____ Data da troca: _____
 Drenos: Sim() Não(✓)
 Diurese: Espontânea(✓) SVD() Outros: _____ Evacuação: Presente() Ausente()
 Observações: _____
 Alta: Transferência() Local: _____ Melhorada() Óbito() Evasão()

Técnico em Enfermagem: Recebo pte em 66k, consciente orientado, sem dor, ajeit. medicações e curativos. V.M. segue em br. de cuidados de enfermagem. Final do turno do equio anestesiado.

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO								
	HGT	FC	PA	SAT O ₂ E FR	TEMP	DIETA	NPT	HOT	MISC	TRANS FUSÃO	PRIMIDIL	EVAC	HDL	SONDA NASOG
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0006-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0007-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 123286

Nome: ADEMI ISIDIO SERGIO

Mãe: MARIA JOSE MESQUITA

End.: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS

Enferm.: 406 - 02 - LT CIRURGICA

Atendimento: 540353

Leito: 678

Dt. Cad: 22/12/2019

Dt. Nasc: 24/07/1978

Bairro: CENTRO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

CNS: 704706763334231

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☐ Não
- ☒ Sim e há equipamento disponível

02 PM

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? ± 2h

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

980 Luxing: Fnat fêmeas

(E)

P00-00/ JRP.A

Digitalizada com CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: (C)

Nome: Ademir Izidoro data: 02/01/20 Hora: 16:45 Registro: 123286
Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: PPCR: fratura de fêmur (E)
Tipo de anestesia: Raqui + Sedação
Equipe: Dr. Marcelo Machado Anestesista: Dr. Emiliano

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () JVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: m. SE
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 110 x 70 mmHg FR: 11 p/min FC: 52 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	119 x 72	111 x 65	117 x 76	114 x 74	107 x 59	
FR	13	12	12	12	13	
FC	53	56	67	63	65	
SaPO2	100%	99%	98%	100%	99%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Tereza R. Silva
Médica
CRM 6010

CÓD: 38398



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	☐ Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h ☐ Avaliar e registrar umidade de mucosa ☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☐ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
9. Êmese () Náusea ()	☐ Registrar aspectos e quantidade de episódios ☐ Verificar posicionamento da SNG/SAE ☒ Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada ☐ Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	☐ Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C ☐ Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☐ Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	☒ Aferir sinais vitais a cada 5/8 min. ☒ Avaliar coloração e umidade da pele ☒ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: ☒ Taquicardia; ☒ Palidez cutânea; ☐ Pulso irregular; ☒ Pele fria; ☒ Perda da Consciência ☐ Outros	
12. Risco de Infecção ()	☒ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☒ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>F.O., MUP</u> ☒ Examinar F.O. e registrar alterações: ☒ dor; ☒ Calor; ☒ Rubor; ☒ Edema. ☐ Outros	
	☐ Outros	

G - Sonda Nasogástrica

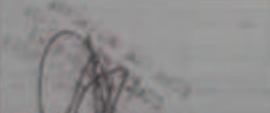
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

Digitalizada com CamScanner



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Ademir José da Silva</u>		Registro: <u>123286</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>Prostatectomia Radical</u>		Data: <u>02/10/2020</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS			
1. Ansiedade () /	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros				
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros				
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros				
4. Dor () / Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidades da dor ☐ Outros				
5. Integridade tissular prejudicada ()	☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>04</u> / <u>04</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>04</u> h ☐ Outros				
6. Sangramento () / Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____/____ min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros				
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____				

CÓD. 38608

Digitalizada com CamScanner



Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

1. Identificação

Nome: Ademir Soares Sergio Data: 02/07/2020 Registro: 123286
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 14:30

Cirurgião: Dr. Marcelo Machado 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Fátima Instrumentador: Laura
Circulante: F. M. L.

[illegible]

Registro: 123286
Nome: ADEMI ISIDIO SERGIO
Mãe: MARIA JOSE MESQUITA
End.: AVENIDA AGUAS COMPRIDAS N°
Enferm.: 405 - 02 - LT CIRURGICA

Atendimento: 540353

Leito: 578

Dt. Cad: 22/12/2019
Dt. Nasc: 24/07/1978
Bairro: CENTRO
Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO
CNS: 70470876334231

Sexo: M Cor: PB Idade: 46 Raza: ASA DATA: 02, 01, 20

CRM: 42271 Anestesiista: Maria Emilia

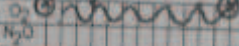
Cirurgião: Marcelo Machado

Medicação Pré-Anestésica: não

Urgência: ☒ Não ☐ Sim

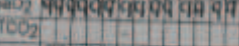
Cirurgia: Tto cirurgico fratura de femur

Horário: 18:45

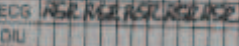
O₂ 

N₂O

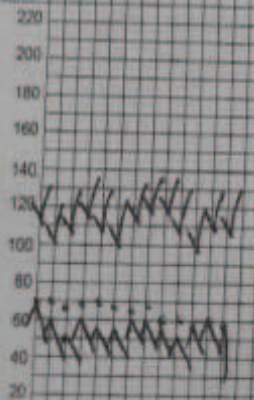
Líquidos: 

SeO₂ 

ETCO₂

ECG: 

DIL



Anotações

Drogas Usadas

Doses

- 1 Midazolam 07mg
- 2 Fentanyl 40mcg
- 3 Ropivacaina psada 15mg
- 4 morfina 60mcg
- 5 clorofina 02g
- 6 dexametasona 10mg
- 7 aspirina 02g
- 8 cateter nasal

Monitorização

- ☒ Cardíaco
- ☒ Oxímetro
- ☒ Pre
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Extel. Pré-Cardial
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analizador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ PP / VS

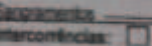
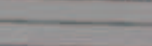
Técnica Anestésica

- ☒ Acompanhamento Respiração
- ☒ Sedação
- ☐ A. Geral
- ☐ EV
- ☐ Intubatória
- ☐ Balançada
- ☐ A.G. + Bloqueio
- ☐ Método
- ☐ Valvular
- ☐ Analizador
- ☐ Espontânea
- ☐ Controlada
- ☐ PCV
- ☐ VCV
- ☐ Suporte
- ☐ IOT
- ☐ INT
- ☐ ML
- ☐ Traqueal
- ☐ FR
- ☐ PPT
- ☐ PEEP
- ☐ FIO₂
- ☐ Biqueto
- ☒ Raquí
- ☐ Part
- ☐ P Braquial
- ☐ Cateter S₄ T₄

Destino

- ☒ SRPA
- ☐ Apart. Ent
- ☐ UTI
- ☐ Externo
- ☐ Encaminhado
- ☒ Acordado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado
- ☐ Drogas
- ☐ Vasculares

Balanco hídrico final:

Perdas: Jejum: 
Perdas Insensíveis: 
Diurese: 
Surgimentos: 
Intercomências: ☐ Sim ☒ Não

OBS: Venoclax H16

Assinatura do Anestesiista

Dr. Maria Emilia Cardoso
Medicina Anestesiologia
CPF: 012.345.678
CRM: 17271 (RJ) - 2019

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico em que serei submetido nesta instituição.

Utilizei o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados

em esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico _____

seguinte alternativa anestésica _____

declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como foi esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

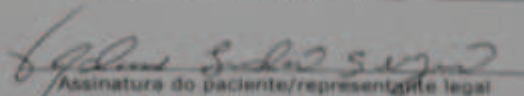
Nome: ADRIANA ISIDORA SINGIO

RG: 5132862

Data de nasc.: 24/07/1973

Gráu de parentesco: _____

☐ Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____


Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000

Fone: 3183-0000



Ficha de Cirurgia Descritiva

Atendimento: 44896
Paciente: 123286
Convênio Atend.: 1
Leito: 678
Dt. Início: 02/01/2020 15:00
Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0008
ADEMI ISIDIO SERGIO
SUS - INTERNACAO
406 - 02 - LT CCIRURGICA
Dt. Fim: 02/01/2020 15:51

TEMPORARIA 03
Atendimento: 540353
Carteira:
Idade: 41 Anos

Procedimento

Procedimento: 0408050519
Convênio: 001
Anestesia: 86

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
17271 MARIA EMILIA COELHO COSTA CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

FRATURA CONDILO FEMURAL LATERAL ESQUERDO
CIRURGIA PROPOSTA: OSTEOSOSSINTESE PERCUTANEA COM CANULADOS 7
CIRURGIAO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: EMILIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. 3 INCISÕES DE PELE DE 1CM NA FACE LATERAL DO CONDILO JOELHO ESQUERDO;
5. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA INTERCONDILEANA E FEITO FIXAÇÃO COM FIOS ROSQUEADOS
6. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
7. FIXAÇÃO DEFINITIVA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7 + 3 APRUELAS;
8. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
9. LIMPEZA COM SF 0,9%;
10. SUTURA;
11. CURATIVO;
12. RX CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM: 18548

16 JAN 2020

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Nome do documento:	Número do documento:	Emissão:
TERMO DE CONSENTIMENTO	TER. 001	17/04/2019
Título:		Versão número:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		001
Responsável pela elaboração:	Responsável pela aprovação:	Assinado:
Bruna Melo	Dr. André Satoônio	00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Heider Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr.º(a) _____

credenciado(a)

pelo Hospital Dom Heider Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
- ☐ Assistência clínica: _____
- ☐ Procedimento: _____ ou _____
- ☐ Exame: _____

a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr.º(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: WALLINGTON DO NASCIMENTO RG: _____

Data de nasc.: _____ Grau de parentesco: Filho

Cabo de Santo Agostinho, 23 de Dezembro de 2019

WALLINGTON DO NASCIMENTO
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20 _____

Ilacir Soares
CRM: 127.014.140-6

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000

Fone: 3183-0000



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐

Paciente

☐

Responsável

Autorizo o Dr^o(a) _____, credenciado(a)
pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou _____
☐ Exame: _____
☐ a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: ADEMI SIDIO SARGIO RG: 5132862

Data de nasc.: 24/07/1978 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20 _____

Ademi Sidio Sargio
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20 _____

Dr. Carlos Rinal
Otopneumologista
Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000

Fone: 3183-0000

Digitalizada com CamScanner



Tipo de documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emitido em: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruno Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Salsão	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

Declaro ainda que:

- a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Foi esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como foi esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME:	DATA NASC:
REGISTRO:	DATA:
SETOR DE ORIGEM:	SETOR DE DESTINO:

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>2-3-4-5-6-7-8-9-10</u> RGT: <u>100</u> PA: <u>110x60</u> Pulso: <u>77</u> Temp: <u>36.5</u> FR: <u>18</u> Oxi-metria: <u>100</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NEB () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: <u>100</u>
B	Base do cenário (Médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Droga Vasodilator: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Artifício (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado _____ () Pendente _____ Curativo: () Não () Sim Local: _____ Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Carla
 Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Adenilson Pereira Silva DATA NASC: 10/11/1970
 REGISTRO: 123456789 DATA: 07/06/2020 HORA: 16:30
 SETOR DE ORIGEM: UTI SETOR DE DESTINO: UTI

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>ECO</u> <u>com 7-8</u> HGT: <u>93</u> PA: <u>130x70</u> Pulso: <u>74</u> Temp: <u>36.4</u> FR: <u>16</u> Odimetria: <u>---</u> Padrão respiratório: <u>Ar ambiente</u> () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NBZ Intercorrência nas últimas 24h: <u>---</u>
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u>---</u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: <u>---</u> Horário: <u>---</u> Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: <u>---</u> Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta <u>---</u>
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: <u>---</u> Hemoderivados: () Não () Sim Qual: <u>---</u> Medicação de uso contínuo: <u>---</u> Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: <u>---</u> Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: <u>---</u> Exames de Imagem: <u>Realizado RX</u> () Pendente <u>---</u> Curativo: () Não () Sim Local: <u>---</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: <u>---</u>

Enviado por: Ass. Médico --- Ass. Enfermeiro ---
 Recebido por: Ass. Enfermeiro --- Hora: ---

Elminda Pereira Leite
 Enfermeira
 07/06/2020 16:30



Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CEP 50050-902
Insc. Est. 0005943-93 / www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BELA VISTA 185 C

PONTE DOS CARVALHOS/PONTE DOS CARV
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54580-735

ADENIR ISIDIO SERGIO

CPF 023 546 074-58

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásica

DATA DE VENCIMENTO	UNICA	DATA DE VENCIMENTO
05/02/2020	UNICA	30/12/2019

DATA DE VENCIMENTO	UNICA	DATA DE VENCIMENTO
30/12/2019	2001768339	555346

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4001185165	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
05/02/2020	29/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	19,99

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,55315433	16,59
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,37
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,07
IDMS Subvenção-CDE-NF 083134014-28/10/19			0,61
Multa por atraso-NF 086918068-28/11/19			0,97
Juros por atraso-NF 086918068-28/11/19			0,08
Atualização IGPM-NF 086918068-28/11/19			0,02
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8990 0800 031 8369			0,98

TOTAL DA FATURA

19,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
30353585	CA1	28/11/2019	19.477,00	30/12/2019	18.498,00	32	1,00000		21,00

Digitalizada com CamScanner

