

Toritama, 20 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **EWERTON DE OLIVEIRA FARREIRA ALBUQUERQUE** deu entrada nesta unidade no dia 19/06/2020 sob o registro 44509-1 como consta no prontuário.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,
Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde
Mateus Emanuel Tavares
Coordenado da Unidade de Saúde





Unidade:	2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA		Data e Hora da Chegada	19/06/2020 às 19:07
Paciente:	44509-1 EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE		Nascimento:	21/07/1998
Sexo:	Masculino	RG:	Idade:	21 ano(s), 11 mês(es) e 29 dia(s)
Município:	TORITAMA		UF:	PE
Logradouro:	PALMARES, 20		Localidade:	DEUS É FIEL
Profissão:			Telefone:	(81) 88652976 / ()
CNS Pac.:			Celular:	()
Nome Mãe:	FABIANA NASCENA DE OLIVEIRA			
Ass. Paciente ou Resp:				
Nome Responsável. Quando menor:				
Grau Parentesco:			Nº Registro:	122730-1

DADOS DA TRIAGEM				
Data	Hora	Profissional	Descrição	
19/06/2020	19:10	AGENDA INTEGRADA	Pulso (bpm): 100; Saturação de O2 (%): 98; Glicemia Capilar (mg/dL): 106; 160 / 100; Observação: Pct vítima de acidente de moto refere dor em MJE e apresenta corte no queixo.	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO				
Data	Hora	Rotina	Profissional	Descrição

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA				
CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional	
CID	R520	DOR AGUDA	257-1-CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15. EUPNEICO				
SINAIS VITAIS ESTAVEIS				

NEGA TCE, NEGA VOMITOS

SOLICITO RAO X SERIE TRAUMA

PROCEDIMENTOS			
Código	Procedimento	Profissional	Data
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA		
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020

MEDICAMENTOS		
Código	Medicamento	Posologia

EXAMES	
Código	Exame

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES			
Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição
19/06/2020	19:47	CEFTRIAXONA SODICA 1.000MG INJ, 2 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), 2 G IV + AD	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:21	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML, 2 FRASCOS, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:20	CETOPROFENO 50MG/2ML IV, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:19	DIPIRONA SODICA 1G/2 ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE

Segunda-feira 20 de Julho de 2020 03:36 PM

Profissional Responsável

Página 1 de 1





ORTOP

AV AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU

LAUDO MÉDICO DPVAT

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

CPF: 144.332.864-27

DECLARO QUE PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTICO NO DIA (**19/062020**) SENDO SUBMETIDO A
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA, EM TIBIA
ESQUERDA EM 20/06/2020

EVOLUI COM LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

CID:10 S82

CARUARU 17 DE DEZEMBRO DE 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA (SBOT) – CIRURGIA DO TRAUMA (SBTO)

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO (ASAMI)

CRM 15582 – TEOT 13985

TITULAR SBOT/SBTO/ASAMI
Dr. Gustavo Libório
TRAUMA - ALONGAMENTO
RECONSTRUÇÃO E INFECÇÃO ÓSSEA
CRM 15582 - TEOT 13985



Data e hora retirada da senha: 19/06/2020 20:58

Nome Paciente: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/07/1998
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0024
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 19/06/2020 21:02 - 19/06/2020 21:02

SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-CARRO, DE CAPACETE, APRESENTANDO LESAO COM SANGRAMENTO EM MIE. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM A/A. NEGA OUTRAS QUEIXAS.; SENHA: 5959211

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/06/2020 21:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



[illegible]

2º VIA – AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE: Everton de Oliveira Ferreira REGISTRO Nº: _____

HORA DE SAÍDA _____ HORA DE CHEGADA _____ Albuquerque
PLACA _____

IDADE: 21 anos RESIDENTE: Toritama

NOME DO CONDUTOR: _____

NOME DO TÊC. DE ENFERMAGEM: _____

PARA O HOSPITAL: Hospital Regional do Agreste SENHA: 5959211

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADO DE: Traumato - Ortopedia

Paciente vítima de acidente de moto, às 19h00
aproximadamente. Nega TCE. Nega desmaio ou vômitos.

Ao Exame: Consciente, Orientado, Glasgow 15, Eupneico
AR: MV+ em AHT, m RA. FR: 26 ipm SpO2: 98%. AA
ACV: RCR em 2T, BNF, S/Sopros. FC: 100 bpm
PA: 160 x 100

MIE: Fratura Fechada em Tíbia Esquerda
Solicito Avaliação da Traumato - Ortopedia

DE ACORDO COM O MÉDICO

TORITAMA

DATA 19/06/2020

ASSINATURA DO MÉDICO: _____

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

19/06/2020 21:16:42
2 de 2

Usuário do Atendimento
SERGIOHS



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. FELIPE CARVALHO

1º Assistente: DR. RAPHAEL UCHOA R1

2º Assistente:

Instrumentador: JUCY

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 20/06/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA COM
FIXADOR EXTERNO

Operação Realizada: A MESMA

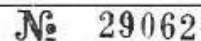
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO FERIMENTO DE APROXIMADAMENTE 3 CM EM PERNA ESQUERDA COM CONTIGUIDADE COM FOCO FRATURÁRIO
4. REALIZADO AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO,9%
5. REALIZADO ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR EM FORMATO LINEAR EM PERNA ESQUERDA
7. NOVA LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO,9%
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. BOA PERFUSÃO DISTAL AO TERMINO DO PROCEDIMENTO
11. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Felipe Diego V.P. de Carvalho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 16931

20 JUN. 2020





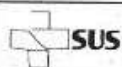
FICHA DE ANESTESIA

VALOR

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:										
1. Anestesiologista			1. Anestesiologista 2. Anestesiologista 3. Anestesiologista 4. Anestesiologista 5. Anestesiologista										
2. Anestesiologista													
3. Anestesiologista													
4. Anestesiologista													
5. Anestesiologista													
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:	40'	DURAÇÃO DA ANESTESIA:	40'										
☒ CARDIOSCÓPIO ☐ OXÍMETRO ☐ PNI	☐ CAPNÓGRAFO ☐ S. VESICAL ☐ LINHA ARTERIAL	☐ PVC ☐ TEMPERATURA ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ENCAMINHADO</th><th>DESTINO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ ACORDADO</td><td>☐ RPA</td></tr> <tr> <td>☐ ADORMECIDO</td><td>☐ UTI</td></tr> <tr> <td>☐ SONOLENTO</td><td>☐ QUARTO</td></tr> <tr> <td>☐ INTUBADO</td><td></td></tr> </tbody> </table>	ENCAMINHADO	DESTINO	☐ ACORDADO	☐ RPA	☐ ADORMECIDO	☐ UTI	☐ SONOLENTO	☐ QUARTO	☐ INTUBADO	
ENCAMINHADO	DESTINO												
☐ ACORDADO	☐ RPA												
☐ ADORMECIDO	☐ UTI												
☐ SONOLENTO	☐ QUARTO												
☐ INTUBADO													

Mediandro F. Oliveira
MÉDICO





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

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

4 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

339856

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Fabiana Marcelina de Oliveira

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

R. Palmeiras

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Tararuna

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM TRAUMA EM PERNA DIREITA, EVOLUINDO COM FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

7 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAMENTO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR FELIPE CARVALHO CRM-PE 25263

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Felipe Carvalho
Médico Reumatologista
CRM-PE 25263

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

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. 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)





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781
Reg: 359.856

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 065145

2º Via Cliente

Hospital: HRA Convênio: SUS Cidade: Carnauru
Nome do Paciente: Guerton de Oliveira Ferreira Data da Cirurgia: 19.06.20
Médico: Dr. Felipe Carvalho Membro Operado: Berna E

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Fixador Externo linear 300		04	
070203040-6 EF264598-0			
Dr. Felipe Diego V. P. de Carvalho Ortopedista Residente CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 30512 20 JUN 2020			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	QUANT.	LOTE						
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	QUANT.	LOTE						
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	QUANT.	LOTE						
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	QUANT.	LOTE						
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	QUANT.	LOTE						

Lote: 042305 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL
Fab.: 05/03/2020 Val.: 03/2025
Registro Anvisa Nº 80083650004
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP

Lote: 044705 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4.5 X 200 X T
Fab.: 18/03/2020 Val.: 03/2025
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

Deila

Nº 065145





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

2 - CNES
2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

4 - CNES
2427419

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
839856

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
11/04/52

9 - SEXO
Masculino

10 - RAÇA/COR
Branca

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
Tatiana Ferreira de Oliveira

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
R. Salmeiras

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
R. Salmeiras

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Tambora

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EVOLUINDO COM FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO CIR DE FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR FELIPE CARVALHO CRM-PE 25263

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/04/2020

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

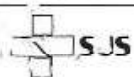
() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Everton J. Almeida - Senary

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

219856

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

891800348312727721/09/93

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

1 Fem 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Fabiana M. de Oliveira

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Vitoria Macena

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

Rua Palmeiras, 45 B. Ba. Fiel

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Touloma

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fret - exp. pleura E
fix. ext.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx + Quimio + R. At

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

0108060360 - 2d - 1847

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fret - exp. pleura E

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Rx + Quimio + R. At

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO CONTRATO

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE 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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

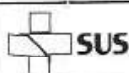
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldenir Soares da Silva

CRM 7140

262010402888-3





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Everson de O. Ferreira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de auto. trauma
pernas e sem outros alt.
clínico

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

História + exames + Rx

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

Frot. exp. pernas e

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Blow cunha 5822

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0608050500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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 REGISTRO

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 - CARGO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva

CRM 7169

262010391754-1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Ewerton Breno Severo Nº do Registro: 359856Clínica: Ort + Nilton Pereira de Barros Nº do LeitoOperador: 1 Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10660

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador: -Anestesista: -

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 21/7/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

frat. exp. fêmur E

Diagnóstico Pós-Operatório:

0

Operação Proposta:

Red. fix. ext

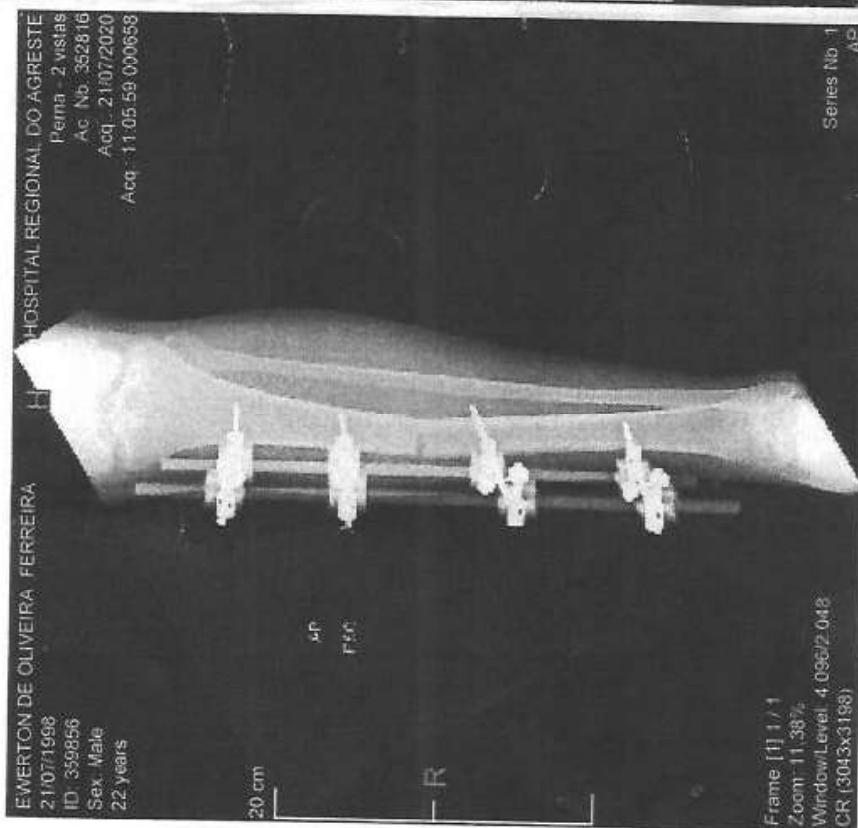
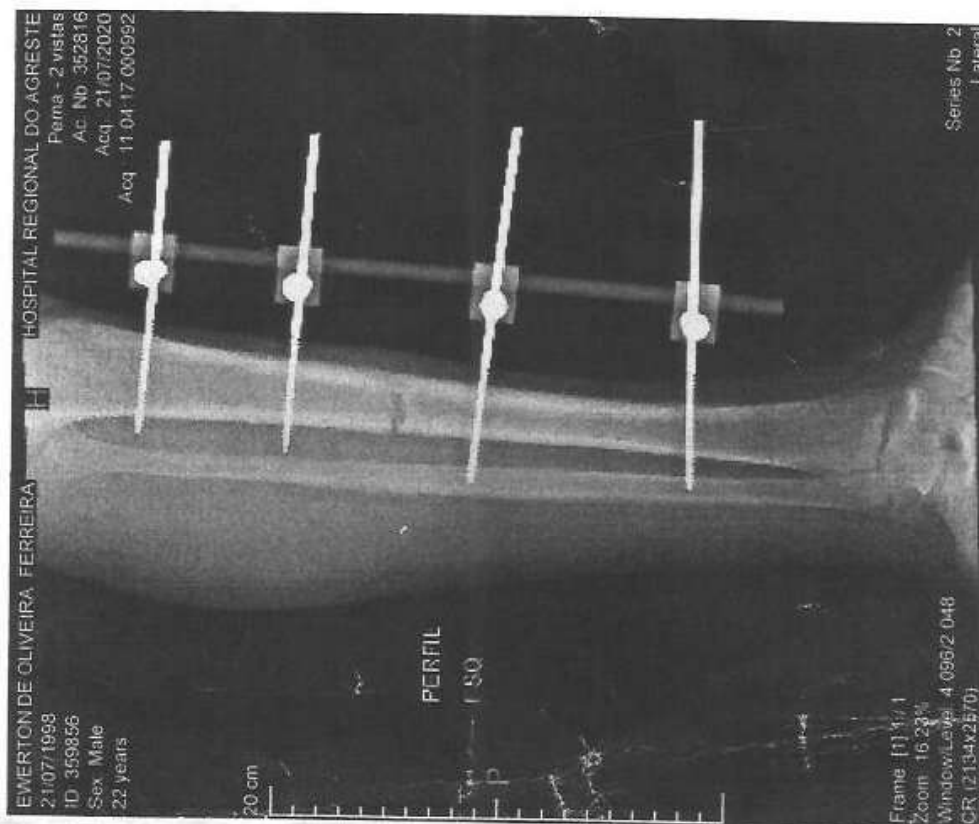
Operação Realizada:

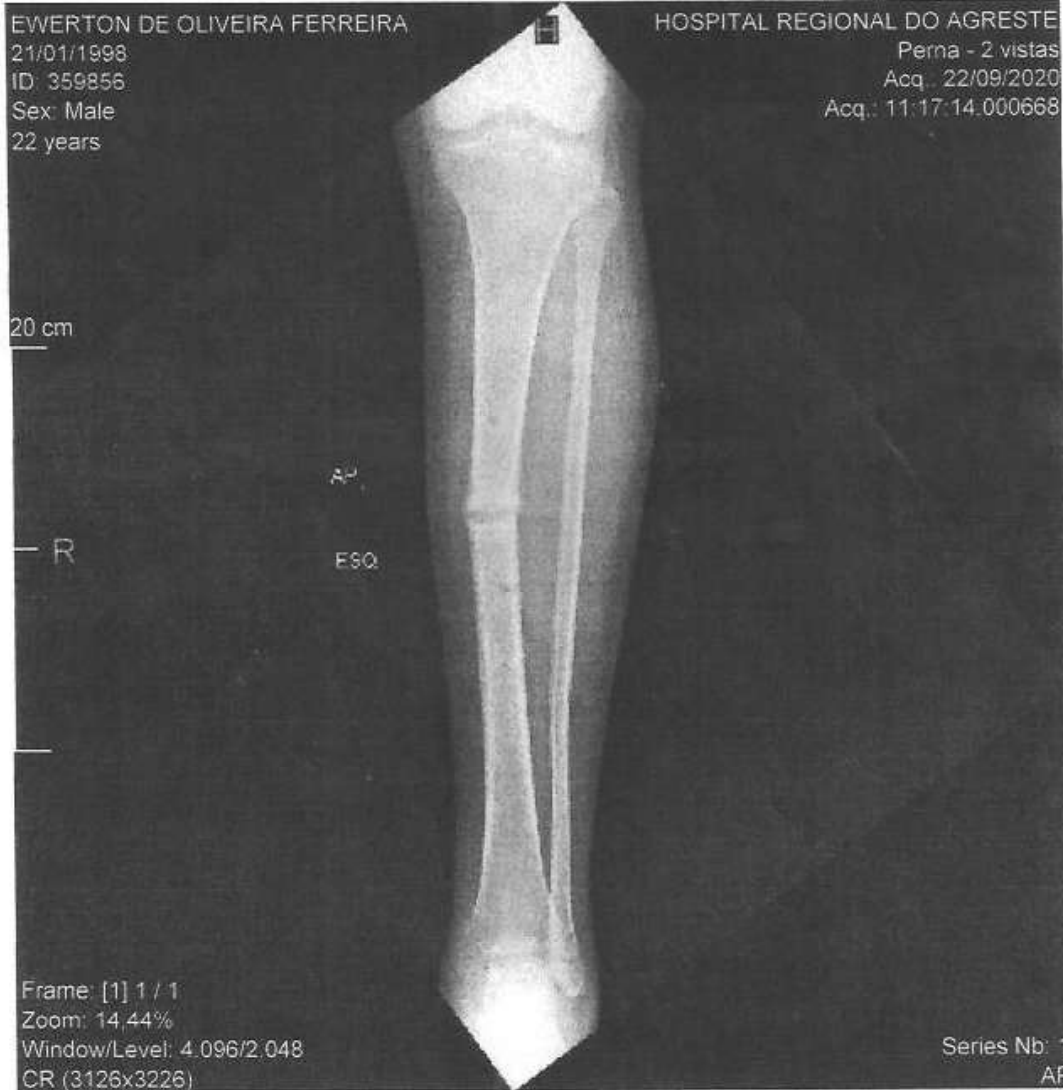
A proposta

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Assepsia e Anty
- ② Red. fix. ext
- ③ PTB

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10660





EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA
21/01/1998
ID. 359856
Sex: Male
22 years

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Perna - 2 vistas
Acq.: 22/09/2020
Acq.: 11:18:23.000293

20 cm

FERREI
TSC

P

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 14.83%
Window/Level: 4.096/2.048
CR (3043x3198)

Series Nb: 3
Lateral





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0180002517**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/10/2020** às **16:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/6/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR-104, TORITAMA-PE, EM FRENTE AO PARQUE DAS FEIRAS - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO (AUTOR \ AGENTE)
EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

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

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: FABIANA MASCENA DE OLIVEIRA Pai: HILDO FERREIRA DE ALBUQUERQUE Data de Nascimento: 21/7/1998
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SÍTIO JAGES II, ZONA RURAL, CARUAR-PE - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

VEÍCULO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMA5393** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **713368780** Chassi: **9C2JC2500XR110669**
Ano Fabricação/Modelo: **1999/1999**
Descrição: **A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE A REGINALDO JOSÉ DA SILVA**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA, O QUAL NO MOMENTO DO ACIDENTE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA, NA BR-104,

16/10/2020 16:47

NO MUNICÍPIO DE TORITA-PE, QUE COLIDIU COM UM VEÍCULO, E FOI ARREMESSADO A MAIS OU MENOS 06 METROS. ELE VÍTIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NA CIDADE DE CARUARU-PE, COM FRATURA DE TÍBEA, DA PERNA ESQUERDA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO NÚMERO (359856). AINDA INFORMA À VÍTIMA, QUE TAL REGISTRO PRENDE-SE AO FATO DELE VÍTIMA, ACIONAR O SEGURO DPVAT. E QUE AS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE BO., É A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMA. DIANTE DO EXPÓSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

(VÍTIMA)

Ewerton de O.F. Albuquerque

B.O. registrado por: **CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO** - Matrícula: **3809382**



[Assinatura]
Carlos Alberto da Silva Melo
Comissário Especial de Polícia
Mat. 380.938-2

16/10/2020 16:47



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE

Nº 64686308

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VR 1 713368780 ***** 2006

NOME / ENDEREÇO
REGINALDO JOSE DA SILVA
SÍTIO JACARE GRANDE S/N
CASA-ZONA RURAL
CARUARU-PE 55002-000

CPF / CCG 022.548.634-28 PLACA KMA5393

PLACA ANT. 16/03/06

VEÍCULO

MARKA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN ANO/FAB 1999 1999

2P7124CL FANTIC VERMELHA

COTACÃO VENC. COTACÃO 1 IFVA 2006 QUITADO 1 *****

2 ***** 3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA 16/03/06

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

Elizete Margulhão
Coordenador
DETRAN CARUARU

CARUARU 16/03/06

PE Nº 6468630804 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME / ENDEREÇO

REGINALDO JOSE DA SILVA
SÍTIO JACARE GRANDE S/N
CASA-ZONA RURAL
CARUARU-PE 55002-000

CPF / CCG 022.548.634-28 PLACA KMA5393

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PE Nº 6468630804 EXERCÍCIO 2006 DATA EMISSÃO 16/03/06

NOME / ENDEREÇO
REGINALDO JOSE DA SILVA
SÍTIO JACARE GRANDE S/N
CASA-ZONA RURAL
CARUARU-PE 55002-000

CPF / CCG 022.548.634-28 PLACA KMA5393

DOC. RENAVAM 713368780 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO/FAB 1999 09 CHASSI 9C2JC2500XR110669

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00

SEGURO PAGO

VIA CONVÊNIO





DADOS DO CLIENTE

SILVANIA MARTINS DE MELO

CPF: 702.180.034-05 INSC: 20854007104

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
SIAVA RENDACOMINAS
Manufatura

RECEBIMENTO	DATA	VALOR
12/09/20	09/09/2020	
09/09/2020	2015085533	8445241

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.935.932/0001-08 | Insc. Est. 2002643-02 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SILLAGES II 53

SÍTIO LAGESLAGES
CARUARU PE
55111-800

CONSUMIDOR	DATA
7025777373	09/2020
17/09/2020	08/10/2020
VALOR A PAGAR	46,47

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

TOTAL DA FATURA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,10942683	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,18780817	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,28140528	4,76
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,39357424	11,22
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,16041288	4,59
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	17,00000000	0,24061947	7,17
Contribuição: Publica Municipal			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ESTATAL BULL
EC-3
FOTO
FINGER
Ewerton de O.F. Albuquerque
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 10.548.364 DATA DE EMISSÃO 21/02/2017
NOME << EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE >>
MATERIA << HILDO FERREIRA DE ALBUQUERQUE >>
<< FABIANA MASCENA DE OLIVEIRA >>
NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 21/07/1998
REG. ORDEM << 074617 01 55 1998 1 00072 068 0066707 71 RECIFE PE >>
ASSINATURA DA DIRETORIA
LEI Nº 7.166 de 1983
31705266/403072650.7324507

CÓDIGO DE CONTROLE
B47A.BEA1.0379.0610
Ministério da Receita Federal do Brasil
data de Brasília

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF
Número
144.332.864-27
Nome
EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA
ALBUQUERQUE
Nascimento
21/07/1998





Kelly Ferreira
ADVOCACIA

OAB/PE 30.588

Procuração

OUTORGANTE(S):

Euventon de Oliveira Ferreira Albuquerque, Brasileiro, inscrito
no CPF 144.332.864-27 RG 10.548-364 Domiciliado em Sítio Lagem,
II, 53, Zona Rural, Caruaru, PE. 55111-800.

OUTORGADA(S): Kelly Jullianny Santos Ferreira, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE 30.588, CPF nº 064.722.034-23, com escritório profissional localizado na Rua Marquês de Tamandaré, nº 123 B, Centro, Caruaru/PE, e-mail(s) profissional: kellyjsferreira@hotmail.com.

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de mandato, constituo a patrona acima qualificada e, concedendo(s)-lhe(s), poderes para o foro em geral com as cláusulas **AD JUDICIA ET EXTRA**, podendo agir em qualquer juízo, instância ou Tribunal, bem como perante às repartições públicas federais (inclusive INSS), estaduais e municipais, tendo poderes para propor contra quem de direito as ações competentes e defender o(s) outorgante(s) nas demandas em que for(em) réu(s), seguindo-as até final decisão, interpondo os recursos legais, bem como reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, levantar e sacar alvarás, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, retirar autos de cartórios judiciais e de repartições públicas, renunciar ao recebimento de valores que excederem o teto máximo dos JEF's, podendo inclusive receber RPV's e Precatórios, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, em conformidade com o artigo 105 do Novo Código de Processo Civil (NCPC).

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Declaro ser pobre na acepção legal do termo, conforme disposto na Lei 1.060/50, não podendo arcar com despesas processuais sem comprometer o sustento próprio e de minha família.

Caruaru, 20 de Agosto de 2020

2021

Euventon de O.F. Albuquerque

Rua Marquês de Tamandaré, 123. (em frente ao INSS) - Centro. Caruaru - PE - 81 9187.9045

kfadvocacia@hotmail.com

