



EXPEDIENTE DO DIA



EM 03 / 07 / 18

*Câmara Municipal de Marechal Floriano*  
Estado do Espírito Santo

REQUERIMENTO Nº. 056/2018

Câmara Municipal de Marechal Floriano  
Protocolado Sob nº 756  
Em 03/07/2018  
*[Signature]*  
ENCARREGADO

Proponente: PLENÁRIO PODER LEGISLATIVO MUNICIPAL

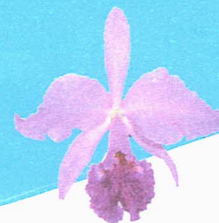
Destinatário: Exmo. Sr. João Carlos Lorenzoni  
Prefeito Municipal de Marechal Floriano-ES.

Os Vereadores que esta subscrevem, no uso de suas prerrogativas regimentais, REQUEREM ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, juntamente com a Secretaria competente, o seguinte pedido de providência:

- SEJA FORNECIDO LEITE (ALFARÉ OU PREGOMIN) PARA HELENA MARTINS, NASCIDA EM 24 DE ABRIL DE 2018, FILHA DE JOÃO CARLOS E ANA CAROLINA.

Justificativa:

HELENA, nasceu com 32,5 semanas com peso de 2.140 GRAMAS, portanto nasceu de forma prematura, e foi diagnosticada com "COLITE ALÉRGICA", sendo necessária a fórmula semi-elementar (Pregomin/Alfaré). Por ser um Leite de Alto Custo, a família não possui condições financeiras para comprar este leite, a lata de leite custa em média R\$ 120,00 e gasta aproximadamente 01 lata e meia por semana, e os pais da criança estão desempregados no momento. O pai também está passando por problemas de saúde onde os braços estão lesionados por alergia, o mesmo está fazendo tratamento na rede pública de saúde. Segundo informações do pai, o mesmo deu entrada na farmácia de alto custo do município, uma vez que, o leite é fornecido pelo Governo do Estado, mas até o momento não conseguiu a liberação. Portanto, peço apoio e empenho do Poder Executivo Municipal para resolver e ajudar esta família o mais breve possível, porque é uma vida que está em jogo e não podemos virar as costas para esta situação. Segue em anexo dados da família, receituário



# Câmara Municipal de Marechal Floriano

Estado do Espírito Santo

médico, bem como **ANEXO DA FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL** que contem a documentação necessária para abertura do processo para viabilizar a fórmula.

Nestes termos;  
Pede Deferimento

Sala das Sessões, 03 de julho de 2018.

  
DAVID KLIPPEL  
PRESIDENTE

  
JOSÉ JOAQUIM STEIN  
VICE PRESIDENTE

  
CEZAR TADEU RONCHI JUNIOR  
SECRETÁRIO

  
DIONY NICOLAU ZEQUINI STEIN  
VEREADOR

  
FELIPE HULLE DELPUPO  
VEREADOR

  
JOSÉ RODOLFO KROHLING  
VEREADOR

  
JOÃO CABRAL RODRIGUES CONCIGLIERI  
VEREADOR

  
UBALDINO SARAIVA  
VEREADOR

  
RENATO LUIZ VELOSO WERNECK  
VEREADOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:  
**HELENA MARTINS FERREIRA**

CPF:

207.711.257-39

MATRÍCULA:

0223350155 2018 1 00022 061 0007713 37

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

a os vinte e quatro (24) dias do mês de abril (04) do ano de dois mil e dezoito (2018)

DIA

24

MÊS

04

ANO

2018

HORA DO NASCIMENTO

14:55

NATURALIDADE

MARECHAL FLORIANO-ES

MUNICÍPIO DE REGISTRO / UF

Marechal Floriano-ES

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL ESTADUAL JAYME SANTOS NEVES

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

JOÃO CARLOS FERREIRA GOMES, residente à Rua Sebastião Francisco Penha, 221, Centro, Marechal Floriano - ES  
ANA CAROLINA MARTINS FELICIO, residente à Rua Sebastião Francisco Penha, 221, Centro, Marechal Floriano - ES

AVÓS

JOSÉ FERREIRA SOBRINHO e IZAURA VIL FERREIRA  
NELDISON VIANA FELICIO e JOYCE HONORATO MARTINS

GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEOS

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

a os trinta (30) dias do mês de abril (04) do ano de dois mil e dezoito (2018)

NÚMERO DA DNV

30-75090770-5.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Livro : A-0022, Folha : 061, Termo : 007713.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NUMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG				não consta
PIS NIS		não consta	não consta	não consta
Passaporte		não consta	não consta	não consta
Cartão Nacional de Saúde		não consta	não consta	não consta
TIPO DOCUMENTO	NUMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
CEP Residencial	não consta		Grupo sanguineo	

As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação do seu portador.

Cart. Reg. Civil e Notas Marechal

Oficial Registrador: Hermilo Nardi Gama

Município: Marechal Floriano-ES

Rua Dr. Arthur Geerhardt - 157 - Centro, Marechal Floriano-ES, Cep: 29255000,

Telefax: 27 3288-1271

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Marechal Floriano-ES, 30 de abril de 2018.

Fabiola Gama  
Escrivente Auxiliar

Poder Judiciário do Estado do Espírito Santo	
Selo Digital de Fiscalização	
022335.HUM1805.01976	
Emolumentos: R\$ 0,00	Taxas: R\$ 0,00 Total: R\$ 0,00
Consulte autenticidade em <a href="http://www.tjes.jus.br">www.tjes.jus.br</a>	
FABIOLA	





ATENDIMENTO: 0000784533

PACIENTE: HELENA MARTINS FERREIRA

TIPO: Internação

## RECEITUÁRIO

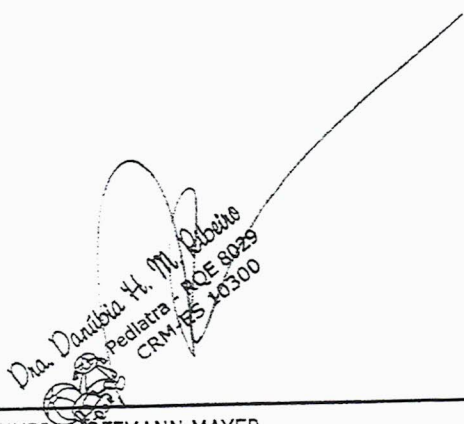
## LAUDO MÉDICO ##

RN PRE-TERMO, IG AO NASCIMENTO = 32,5 SEMANAS, 2.140G E 44 CM.  
ABRIU QUADRO CLÁSSICO DE COLITE ALÉRGICA - APLV (INCLUSIVE ABRIU QUADRO DE ENTEROCOLITE  
NECROTIZANTE NESTA INTERNAÇÃO), COM MELHORA APÓS INTRODUÇÃO DE FÓRMULA SEMI-ELEMENTAR  
(ALFARÉ).

LFN ANEXO.

CID-10: K90.4

DATA: 28/05/2018

  
Danúbia H. M. Hoffmann Mayer  
Pediatra - RQE 6029  
CRM 15 10300

CRM

: 10300



Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

frente



Sistema Único de Saúde

HELENA MARTINS FERREIRA

Data Nasc.: 24/04/2018

Sexo: F

705 0086 0381 5858

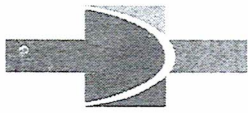


SIGUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível. Em caso de roubo ou perda, comunicar o Disque-Saúde. VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS

verso



## RESUMO DE INTERNAÇÃO

Helena Martins Ferreira

Nome da mãe: Ana Carolina Martins Felício

Nome do pai: João Carlos Ferreira Gomes

Endereço: Rua Sebastião Francisco Penha, nº 221, Centro, Marechal Floriano – ES. CEP: 29255-970

Telefone: (27) 99896-0920

Data nascimento: 24/04/2018 às 14:55h

Data da alta hospitalar: 29/05/2018 (1 mês e 5 dias de internação)

Idade na alta: 1 mês e 5 dias // Idade gestacional corrigida: 37,5 semanas

Idade Gestacional ao nascimento: 32,5 semanas / AIG (adequado para idade gestacional)

Local de nascimento: HEJSN

Antropometria do nascimento: Peso: 2.140 g PC: 33,0 cm PT: 29,5 cm PA: 25,5 cm Comp.: 44,0 cm

Antropometria na alta: Peso: 2.505 g PC: 36,0 cm Comp.: 48,0 cm

### **Dados maternos:**

Consultas de pré-natal: 02 (anotadas na caderneta) Cartão de pré-natal: ( x ) sim ( ) não

Gesta: 1 / Para: 0 / Aborto: 0 (Partos normais: 0 / Partos operatórios: 0) Filhos vivos: 0

Hábitos: nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas.

### **Intercorrências no pré-natal:**

- Pré-natal irregular → somente 2 consultas anotadas na caderneta – não conseguia marcar consultas;
- Trabalho de parto prematuro (TPP);
- RPMO → 5 dias de bolsa rota;
- Em vigência de ITU no dia do parto;
- Recebeu corticoide antenatal – 2 doses de Betametasona em 21 e 22/04/2018;
- Sem história de exantema na gestação

### **Sorologias/exames maternos:**

Grupo sanguíneo da mãe: A+

(28/02/2018) VDRL não reagente / HBSAG não reagente / HIV não reagente / TOXOPLASMOSE imune / EAS normal / Urocultura negativa / Hb 12 / Htc 36 / Glicemia de jejum 80

(14/03/2018) VDRL não reagente / HBSAG não reagente / HIV não reagente / TOXOPLASMOSE imune / EAS normal / Urocultura negativa / Hb 10,8 / Htc 32,3 / Glicemia de jejum 80

(20/04/18): Usg obstétrica evidenciando oligodramnia

### **Dados do parto:**

Data: 24/04/2018 às 14:55h

Tipo: cesáreo Motivo: trabalho de parto prematuro (TPP) + BR 5 dias + oligodramnia

Apresentação: cefálica

Líquido amniótico: adramnia

Tempo de bolsa rota: 5 dias

Intercorrências: Prematuridade – internação na UTIN para propedêutica adequada.

### **Dados do Recém-nascido (RN):**

APGAR: 9 / 9 Reanimação: não

Peso: 2.140 G PC: 33,0 cm PT: 29,5 PA: 25,5 Comp.: 44,0 cm

IG: 32,5 semanas / AIG (adequado para idade gestacional) / Baixo peso ao nascer (BPN)



## EVOLUÇÃO POR SISTEMAS

### **Geral/Ectoscopia:**

Hipocorada (1+/4+), hidratada, acianótica, anictérica. Sem malformações aparentes.

### **Sistema nervoso central (SNC):**

Sem anormalidades ao exame físico neurológico (quadro atual).

Sem alterações neurológicas clínicas durante a internação.

Não apresentou convulsões durante a internação. Não fez uso de benzodiazepínicos.

USTF – US transfontanela (04/05/18): Sem alterações.

### **Oftalmológico:**

Acompanhamento oftalmológico de retinopatia da prematuridade.

FUNDO DE OLHO – FO (18/05/18): Bio AO sem alterações. MR AO: Retina aplicada, disco corado, mácula sem alterações, periferia sem alterações, vascularização em zona III, sem linha, sem plus. HD: Exame dentro da normalidade.

### **Aparelho cardiovascular (ACV):**

Exame cardiológico atual sem anormalidades. Sem sopros.

Não apresentou instabilidade hemodinâmica durante a internação. Não necessitou de drogas vasoativas.

### Acessos venosos profundos:

- Cateter venoso central de inserção periférica (PICC) em MSD por 7 dias (08 a 16/05/18).

Teste do coraçãozinho: normal (MSD 99% / MID 97%)

### **Aparelho respiratório (AR):**

Desconforto respiratório precoce inicial → Ficou em CPAP fixo por 24 horas.

Não recebeu surfactante.

Fez uso de cafeína (5 mg/kg/dia) por 6 dias (24 a 29/04/18).

Rx de tórax (24/04/18): Sugestivo de líquido pulmonar – SPU

### **Aparelho gastrointestinal (AGI) / Urinário:**

Abdome flácido, indolor, depressível, RHA+, não palpo massas ou visceromegalias.

NEC → recebeu 7 dias de ampicilina + gentamicina + metronidazol (08 a 16/05/18).

Apresentou quadro clássico de colite alérgica → em uso de fórmula semi-elementar desde 23/05/18.

Rx de abdome (07/05/18): Distensão gasosa, edema de alças, não visualizo ar em ampola retal. Pneumatose??

Rx de abdome (08/05/18): distensão gasosa, edema de alças, não visualizo ar em ampola retal e não visualizo pneumatoses.

Rx de abdome (09/05/18): sem alterações.

Rx de abdome (10/05/18): sem alterações.

Rx de abdome (23/05/18): distensão gasosa, edema de alças.

Parecer da CIPE (Dra Claudia Saleme (23/05/18) → paciente portador de "colite alérgica" certamente.

Exame físico: observa se distensão em cólon apenas, porém todo o cólon.

Conduta clínica, no momento (dieta com fórmula semi-elementar)

Genitália feminina típica, diurese presente espontânea.  
(08/04/2018): Ureia 9 / Creatinina 0,51

### **Hematológico:**

Não apresentou distúrbios de coagulação.

Anemia da prematuridade (quadro atual).

Hemoderivados: Não recebeu.

Deverá manter uso de sulfato ferroso dose de tratamento durante o primeiro ano de vida.

### **Icterícia:**

GS mãe: A + // GS RN: O +

Icterícia neonatal → fez fototerapia por 4 dias (28/04 a 01/05/18).



**Infecioso:**

Risco infeccioso ao nascer (trabalho de parto prematuro + BR por 5 dias e mãe em vigência de infecção - Sepsis neonatal precoce (IRAS POM) descartada – fez uso de 5 dias de Ampicilina + Gentamicina (24 a 28/04/18).

- Sepsis neonatal tardia (1ª) – IRAS POH (piora clínica, quadro abdominal - NEC) – Fez uso de 7 dias de Oxacilina + Amicacina + Metronidazol (08 a 16/05/18).

Sem antibióticos desde 16/05/2018.

Culturas:

Hemoculturas negativas (coletadas em 24/04/18 e 08/05/18)

Urocultura negativa (coletada em 08/05/18)

Cultura do líquido negativa (coletada em 09/05/18)

**Metabólico/ nutricional:**

Jejum inicial por 24 horas. Iniciada dieta trófica após esse período, com aumentos graduais progressivos na sequência evolutiva clínica, até atingir volume de dieta pleno. Dieta iniciada com fórmula para prematuros e leite humano ordenhado quando mãe presente. Recebeu dietas, inicialmente, por sonda orogástrica (SOG). Na evolução clínica, sucção em seio materno e copinho, com boa aceitação e tolerância. Com 14 dias de vida evoluiu com quadro de NEC e permaneceu em jejum por mais 3 dias – recebeu nutrição parenteral total (NPT), e após 3 dias reiniciou dieta trófica, com aumentos graduais progressivos até suspensão da NPT. Após 5 dias de reintrodução de dieta plena, apresentou distensão abdominal importante – teve diagnóstico de colite alérgica. Não apresentava ganho ponderal. Transicionada dieta para fórmula semi-elementar, com melhora do quadro abdominal e ganho ponderal adequado. Realizado processo junto ao CRE para liberação de fórmula semi-elementar para alta.

Peso mínimo: 2.035 g

Recebeu nutrição parenteral total (NPT) por 5 dias.

Últimos exames (11/05/2018): P 5,1 / Cai 1,34 / Na 132 / K 4,5 / Mg 1,6

**Outros:**

**- Testes:**

\* Olhinho/reflexo vermelho: presente bilateralmente.

\* Orelhinha/ triagem auditiva: EOA e BERA a realizar – ambulatorialmente – encaminhada pela fono.

\* Coraçãozinho: MSD 99% MID 97%

**\* Testes do Pezinho:**

- 1ª amostra (30/04/18): sem anormalidades (laudo em anexo).

- 2ª amostra (11/05/18): sem anormalidades (laudo em anexo).

- Deverá realizar nova coleta de Teste do Pezinho com 120 dias de vida.

**\* Vacinas/Imunobiológicos (doses registradas no cartão):**

- Hepatite B 1ª dose em 25/04/18

- BCG 25/04/18

Diagnósticos na internação:

- RN pré-termo (32,5 semanas) / adequado para idade gestacional (AIG)

- Baixo peso ao nascer (BP)

- Sepsis neonatal precoce (IRAS POM) - descartada

- Desconforto respiratório precoce

- Icterícia neonatal

- Sepsis neonatal tardia (IRAS-POH) – 1 episódio (NEC)

- Anemia da prematuridade

- Recuperação nutricional

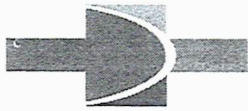
- APLV

**Planos:**

- Agendar consulta com pediatra logo após a alta (idealmente em até 7 dias após a alta médica);

- Completar vacinação no posto de saúde ou serviço de referência de vacinação – CRIE;

- Coletar nova amostra de Teste do Pezinho com 120 dias de vida;



**Para Casa (receita em anexo):**

- Dieta: fórmula semi-elementar (Pregomin ou Alfaré)
- Simeticona e paracetamol se necessário
- Protovit, Sulfato ferroso, vitamina D, ác. Fólico

*Dra. Danúbia H. M. Ribeiro*  
Pediatra - RQE 8029  
CRM-ES 10300

Serra ES, 29 de maio 2018.

---

Dra. Danúbia Hoffmann Mayer Ribeiro  
Pediatra / Neonatologia  
CRM-ES 10.300



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartório do Registro Civil e Tabelionato

Rua Coronel Constantino Cunha, 522 - Fone: 763-1756

CGC/MF 27.559.632/0001-46

Distrito da Sede, Município e Comarca de São Mateus - E.S.

Pedro Ari Real Afonso

Oficial e Tabelião

Cartório do Registro Civil e Tabelionato  
São Mateus - ES  
Rua Cel. Constantino Cunha, 522  
CGC 27.559.632/0001-46 - Fone 763-1156  
PEDRO ARI REAL AFONSO  
Oficial e Tabelião

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 40, sob o nº 39146, do livro nº A-98 de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

ANA CAROLINA MARTINS FELICIO,

do sexo feminino, ocorrido HUCAM, EM VITORIA-ES, no dia cinco de novembro de dois mil, às 10:37 horas.

A registranda é filha

de NELDISON VIANA FELICIO  
natural de Porto Seguro - BA  
e de JOYCE HONDRATO MARTINS  
natural de São Mateus - ES

sendo avós

paternos VALTAIR PORTO FELICIO, JÁ FALECIDO  
e MARIA DA GLORIA VIANA FELICIO  
e maternos JOSÉ DO CARMO MARTINS  
e ESTER HONDRATO MARTINS

Foi declarante o pai e serviu de testemunha: ISENTO CONFORME ART.264 DO COD.DE NORMAS DA CORREG. GERAL DA JUSTIÇA.

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 12 de abril de 2001.

O referido é verdade e dou fé.

São Mateus, 12 de abril de 2001

*Pedro Ari Real Afonso*  
Oficial e Tabelião

- #1MA
- 1º Ofício de Notas - Brasília - DF
- 1º Ofício de Notas - Belo Horizonte - MG
- 11º Ofício de Notas - Rio de Janeiro - RJ
- 29º Ofício de Notas - São Paulo - SP
- 9º Ofício de Notas - ...
- 10118 ES



Governo Federal  
**Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**  
 Secretaria Nacional de Renda de Cidadania  
 Departamento do Cadastro Único

**Formulário Principal  
 de Cadastramento**

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Nome

Identificação (CPF)

-

Identificação (Título do Eleitor)

*João Carlos S. Gomes*  
 Assinatura do Responsável pela Unidade

Nome do município

<p>Código familiar</p> <p><input type="text" value="053238511-04"/></p>	<p>Data da entrevista</p> <p><input type="text" value="28"/> <input type="text" value="05"/> <input type="text" value="2018"/></p> <p>Dia      Mês      Ano</p>	<p>Entrevistador</p> <p><input type="text" value="156.843.207"/> - <input type="text" value="08"/></p> <p>Identificação (CPF)</p> <p><i>[Assinatura]</i>                  Assinatura do entrevistador</p>
<p>Modalidade da operação</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inclusão</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração</p>	<p>Telefone do órgão responsável</p>	

*3030-24-11*

# FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO – V7

## I – INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 CÓDIGO FAMILIAR: 053238511-04

1.10 DATA DA ENTREVISTA: 28/05/2018

RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA: R\$ 400,00

## II – ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - LOCALIDADE: BATATAL

1.12 - TIPO: RUA

1.13 - TÍTULO:

1.14 - NOME: SEBASTIAO FRANCISCO PENHA

1.15 - NÚMERO: 221

1.16 - COMPLEMENTO DO NÚMERO:

1.17 - COMPLEMENTO ADICIONAL:

1.18 - CEP: 29255-000

1.20 - REFERÊNCIA PARA LOCALIZAÇÃO: MORRO PORTAO AZUL

## III – COMPONENTES DA FAMÍLIA

### RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - NOME COMPLETO: JOAO CARLOS FERREIRA GOMES

4.03 - NIS:

4.06 - DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1985

4.07 - PARENTESCO COM RESPONSÁVEL FAMILIAR: CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)

4.02 - NOME COMPLETO: ANA CAROLINA MARTINS FELICIO

4.03 - NIS:

4.06 - DATA DE NASCIMENTO: 05/11/2000

4.07 - PARENTESCO COM RESPONSÁVEL FAMILIAR: FILHO(A)

4.02 - NOME COMPLETO: HELENA MARTINS FERREIRA

4.03 - NIS:

4.06 - DATA DE NASCIMENTO: 24/04/2018

28/05/18.

Local e data

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar (RF)

Assinatura do entrevistador/Responsável pelo cadastramento

**OPERADOR CADASTRO ÚNICO**

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.  
(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
SPYC / DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MAI. FLORIANO

POLEGAR DIREITO

*João Carlos Ferreira Gomes*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.145.702 - ES DATA DE EXPEDIÇÃO 05.07.2007

NOME JOÃO CARLOS FERREIRA GOMES

FILIAÇÃO JOSÉ FERREIRA SOBRINHO E IZAURA VIL FERREIRA

NACIONALIDADE AFONSO CLÁUDIO/ES DATA DE NASCIMENTO 24.06.1985

CCO. ORIGEM CERT. NASC. 6857 FL 241 LV 48 J.B. PETRONETTO AFONSO CLÁUDIO - ES - 08.07.1985

CPF 114.422.367-95

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*Ana Carolina Martins Felício*  
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTICA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
**ANA CAROLINA MARTINS FELÍCIO**

DATA DE NASCIMENTO: **05/11/2000**

MUNICÍPIO / UF: **MARECHAL FLORIANO / RS**

ZONA: **012** SEÇÃO: **0050**

DATA DE EMISSÃO: **19/12/2017**

JUIZ ELEITORAL

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTICA ELEITORAL



ESPIRITO SANTO CENTRAIS ELÉTRICAS S.A. - ECELISA  
Praça Costa Pereira, 210 - 3º andar  
Centro - Vitória/ES - CEP 29010 080  
CNPJ 28.152.650/0001-71 - Inscrição Estadual 080.250.16-5

Instalação  
**1190702**  
Conta do Mês  
**ABRIL/2018**

Dados Cadastrais					Histórico de Consumo (kWh)	
JOAO CARLOS FERREIRA GOMES					Ano-> 2018	2017
RUA SEBASTIAO FCO PENHA 221					ABR	58
CAIXA 4 29255-000 CENTRO / MARECHAL FLORIANO - E					MAR	65
Cod. Fiscal Oper.: 5258-TENSAO FORN.: 127 V - Monofasico					FEV	42
Classificacao: 110-RESIDENCIAL					JAN	38
U.L.: B47MF10A.13 - Medidor: 0013032634 - B1C A05.10z					Ano-> 2017	2016
					DEZ	47
Descrição de Consumo					Indicadores de Qualidade	
Medidor	Leit.Atual(+)	Leit.Anter(-)	Const(x)	Consumo(=)	REFERENCIA: FEV/2018	
13032634 Ativo kWh	6365	6279	1	86	Conj. MARECHAL FLORIA	
					LIMITE	
					Men	DIC FIC DMIC
					Tri	5,91 3,36 3,46
					Anl	11,82 6,72
					23,64 13,45	
					APURADO	
					Men	0,00 0,00 0,00
					Lim. Indic. DICRI: 12,22	
					EUSD: R\$ 22,67	
Dados Importantes						
Leit. Anter: 27/03/2018 Prev. Prox. Leitura: 28/05/2018 Num: 24/04/2018						
Leit. Atual: 26/04/2018 Emissao/ Apresentacao: 26/04/2018						

Detalhes de Faturamento						
Descrição	Quantidade	X	(	Tarifa (R\$)	=	Total R\$
Fornecimento de energia elétrica				TUSD + TE		57,52
Consumo Ativo kWh	86,00 kWh	X	(	(0,22011000 + 0,26467000)	=	41,69
Tributos	B. Cálculo	X	Aliquota			
PIS	57,52	X	0,45%	=		0,26
COFINS	57,52	X	2,08%	=		1,19
ICMS	57,52	X	25,0%	=		14,38
ATUALIZ. MONET. IGPM						0,35
JUROS DE MORA						1,02
VALOR REFERENTE A FATURA DE 03/2018						24,22
CONTRIBUIÇÃO DE ILUM. PÚBLICA - LEI MUNICIPAL 457/2002						18,25
<b>BANDEIRAS TARIFARIAS</b>						
<b>BANDEIRA TARIFARIA VIGENTE PARA FATURAMENTO: VERDE</b>						
No dias Fat. Bandeira Verde: 30 dias (27/03/2018 à 26/04/2018)						
Informações sobre sistema de bandeiras tarifárias disponível site ANEEL(www.aneel.gov.br)						
<b>Detalhes do Valor Faturado (R\$)</b>						
ENER. ELÉTRICA	TRANSMISSÃO	DISTRIBUIÇÃO	ENC. SETORIAIS	IMPOSTOS/TRIBUTOS	TOTAL	
21,82	2,63	10,03	7,21	15,83	57,52	
<b>Mensagens</b>						

## REAVISO DE VENCIMENTO.

A fatura abaixo esta pendente de pagamento. Não sendo quitada até o 15º dia deste Aviso (Lei 8.987/95) o fornecimento poderá ser suspenso e sujeito a cobrança do custo de disponibilidade. Após 02 ciclos de faturamento, a relação contratual pode ser encerrada (Art 70 - REN. ANEEL 414/10). Favor Desconsiderar este reaviso caso os débitos tenham sido quitados

MES/ANO VENCIMENTO VALOR(R\$)  
02/2018 08/03/2018 101,21

Referência para Débito Automático: 140119070291

Pagando até o vencimento evita-se multa de 2%, juros de 1% ao mês e atualização IGP-M.		Consumo Mes (kWh)	Data de Vencimento	Valor Total a Pagar
		86	09/05/2018	R\$ 101,36
Dados Complementares		Locais mais próximos para pagamento		
CPF:	11442236795	PAPELARIA TIA THERESINHA - RUA. BELARMINO PINTO, 47		
		TIA THERESINHA COPIAS - TRAV. AUGUSTO SCHWABACH, 74		
		PAPELARIA THERESINHA - ISAC LAMPIER, 69		
Reservado ao Fisco				
e043.cf0f.3a05.edf3.fc0a.8633.e313.9768				
EMISSÃO AUTORIZADA PELO REGIME ESPECIAL REOA N.010/2016 - PROCESSO N.73491268				

Instalação	Conta do Mês	Data de Vencimento	Valor Total a Pagar
1190702	ABR/2018	09/05/2018	R\$ 101,36

A05.10z Autenticacao no verso 6365-\*\*-86-26-11:04  
8367000001-8 01360051300-9 02411054251-1 40119070291-0



## Documentação necessária para abertura processo de Fórmulas Nutricionais

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração, para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- **LFN** - Laudo para Solicitação/Autorização de Fórmulas Nutricionais. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico/nutricionista com o **(C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.**

### Documentação Necessária para Solicitação de Fórmulas Nutricionais

#### Adolescentes e Adultos

- Receita/Prescrição Nutricional em duas vias (uma para o paciente e outra para ser anexado ao processo), com posologia (modo de preparo informando as colheres medidas necessárias para cada etapa) e data
- LFN (Pode ser preenchida por médico/nutrólogo ou nutricionista)
- Laudo Nutricional (O nutricionista/pediatra descreve o estado nutricional que o paciente se encontra)
- Curva de crescimento para faixa etária até 18 anos (Peso para Idade/ Estatura por idade)
- Plano alimentar (Informar as refeições ofertadas nos casos de suplementação)
- Laudo Médico (Laudo contendo informações clínica com o CID contemplado em portaria)

#### Crianças

- Receita/Prescrição Nutricional em duas vias (uma para o paciente e outra para ser anexado ao processo), com posologia (modo de preparo informando as colheres medidas necessárias para cada etapa/mamadeira) e data
- LFN (Pode ser preenchida por pediatra/nutricionista ou nutrólogo)
- Laudo Nutricional (O nutricionista/pediatra descreve o estado nutricional que o paciente se encontra)
- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade)
- Plano alimentar (Informar as refeições ofertadas)
- Laudo Médico (Laudo contendo informações clínica com o CID contemplado em portaria)

#### Preenchimento na LFN (Itens essenciais a serem preenchidos pelo prescritor):

- Item 1 o descritivo deverá ser em acordo com a Portaria. **Não é aceito nome comercial.**
- CID em acordo com laudo médico.
- Somente os CIDs de desnutrição e de gastrostomia são aceitos na LFN do profissional nutricionista quando é distinto do laudo médico.
- Item 22 da LFN o profissional deverá preencher o quantitativo necessário para o dia e para o mês em gramas, devido todas as fórmulas nutricionais padronizada serem na apresentação pó. Não é necessário que ele preencha o volume na LFN, pois na posologia vai ter essa informação.
- Base de cálculo nutricional kcal/kg peso e Ptn/Kg peso
- Via de administração (oral/naso entérica/naso gástrica/gastrostomia/ jejunostomia/orogástrica – siglas GTT/SNE/SNG/SOG)
- O Item 31 a 35 deverão estar preenchidos, datados, assinados e carimbados.

- F1  Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de proteína hidrolisada de soja, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 á 12 meses. (Diluição 1 colh. 5g para 30ml)\*
- F2  Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de proteína hidrolisada do soro do leite, isenta de sacarose, lactose e glúten, adequada a crianças de o á 12 meses. (Diluição 1 colh. 4.3g para 30ml)\*
- F3  Fórmula para alimentação infantil elementar, a base de aminoácidos livres, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 á 12. (Diluição 1 colh. 4.6g para 30ml)\*
- P1  Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, isenta de lactose, sacarose e glúten, adequada a crianças de 01 a 10 anos. (Diluição 7 colh. 6.1g/cada para 200ml)\*
- P8  Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, semi-elementar, a base de peptídeos, isenta de lactose e glúten adequada a crianças de 01 a 10 anos. (Diluição 7 colh. 7.8g/cada para 250ml)\*
- P7  Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, elementar, a base de aminoácidos livres, isenta de lactose adequada a crianças de 01 a 10 anos. (Diluição 1 colh. 25g/cada para 100ml)\*
- A1  Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose e glúten, fonte protéica a base de caseinato em pó para reconstituição. (Diluição 6 colh. 8.8g/cada para 230ml)\*
- A2  Dieta nutricionalmente completa, morno calórica, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose, sacarose e glúten, fonte protéica a base de soja em pó para reconstituição. (Diluição 9 colh. 5g/cada para 200ml)\*

\* Diluição poderá ser modificada a cada licitação realizada pela Secretaria para atendimento as fórmulas nutricionais padronizadas.

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN**

**ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1. Nome do Estabelecimento de Saúde solicitante		2. CNES	
PACIENTE			
3. Nome do Paciente		4. Data Nascimento	5. Nome da Mãe ou Responsável
6. CPF	7. Cartão Nacional do SUS-CNS	8. Telefone	9. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
10. Raça/Cor			
11. Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
12. Município de residência		13. UF	14. CEP

**FÓRMULA(S) NUTRICIONAL(IS) SOLICITADA(S)**

15. Característica da fórmula / Especificação
16. Característica da fórmula / Especificação
17. Característica da fórmula / Especificação

**DADOS COMPLEMENTARES**

18. Dados do Paciente	19. Base de cálculo nutricional	22. Quantidade (em g e mL)	
Peso (Kg) _____	_____ Kcal/kg peso	Diária	Mensal
Altura (m) _____	_____ Ptn/kg peso	A	
Indicação clínica:	20. Via de administração	g e mL	g e mL
	21. Previsão de uso	B	
		g e mL	g e mL
CID Principal:		C	
		g e mL	g e mL

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

23. Avaliação Subjetiva Global e Avaliação Direta (dados de exames bioquímicos, antropométricos)

**PARA INÍCIO DE TRATAMENTO COM FÓRMULAS INFANTIS, INFORMAR:**

24. Número de consultas pré-natal com referência do serviço:

25. Período de aleitamento materno exclusivo:

26. Motivo da suspensão do aleitamento materno:

27. História clínica resumida:

**TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)**

28. Data _____ Fórmula Nutricional	29. Data _____ Fórmula Nutricional	30. Data _____ Fórmula Nutricional
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

**SOLICITAÇÃO**

31. Nome do profissional solicitante	32. Data da solicitação	33. Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
34. Nº Documento (CNS/CPF) do profissional solicitante		35. Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)