

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Clemison da Silva
brasileiro(a), estado civil Casado regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 058.224.234-77 e portador da cédula de identidade
nº 6412240 residente e domiciliado(a) na
Rua Prof. Helena Costa
nº 45 bairro de Centro
CEP 55380-000 na cidade de Cachoeirinha PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-
630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações
judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, concedendo-lhes
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º
e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas
as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações,
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar
compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam,
mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas,
inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer
em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de
poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara,
sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei
nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 21 de 01 de 2019

José Clemison da Silva
Outorgante



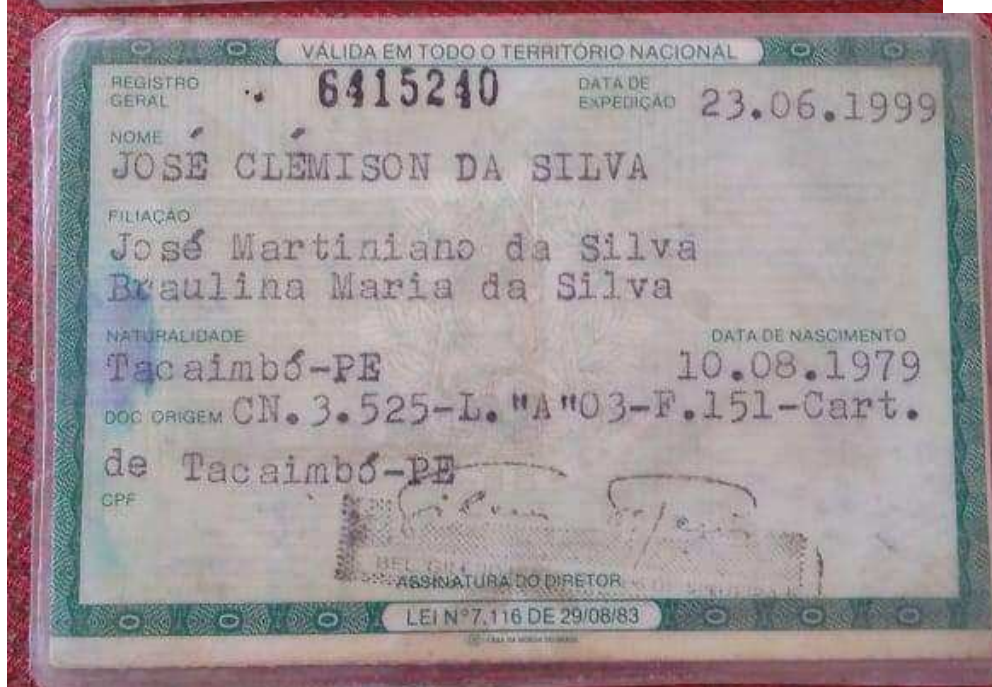
SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 30.197D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por: **JOSÉ CLEMECIANO DA SILVA**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 16 de Março de 2019.


Ana Cristina Aleixo Pereira Santos
OAB/PE 28.697





NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JASMELINA MARIA DA SILVA CPF: 599.496.944-34		DATA DE VENCIMENTO 03/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 24/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 044204905	CONTA CONTRATO 007024157967 Nº DO CLIENTE 2000962099 Nº DA INSTALAÇÃO 0000607672
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PROFA HELENA COSTA 45 CENTRO/CACHOEIRINHA 55380-000 CACHOEIRINHA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO A884.8D80.575C.5B6F.C896.8E4B.156C.A896		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	144,00	0,73875354	106,38
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 036676359-23/10/18			0,87
TOTAL DA FATURA			115,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
106,83	25,00	26,70	106,83	0,79	0,84	106,83	3,61	3,85

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000	DEZ 18	144
		NOV 18	166
		OUT 18	146
		SET 18	90
		AGO 18	146
		JUL 18	92
		JUN 18	120
		MAI 18	102
		ABR 18	148
		MAR 18	201
		FEV 18	159
		JAN 18	151
		DEZ 17	138

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	33,73 31,57
Transmissão	4,99 4,67
Distribuição (Celpe)	23,36 21,87
Encargos Setoriais	6,01 5,63
Tributos	31,39 29,38
Perdas de Energia	7,35 6,88
TOTAL	106,83 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
S01797	CAT	23/11/2018	30.095,00	24/12/2018	30.239,00	31	1,00000	0,00	144,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/01/2019]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	6,47	12,94	25,89
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,80	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 39,64					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MINIMO MAXIMO
220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007024157967	MÊS/ANO 12/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 03/01/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

atendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?redirfa... 1/1



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Jose Olemison da Silva,
RG 6415240, CPF 058.224.234-77,
Residente na Prof. Helena Costa, Bairro Centro,
Cidade Cachoeirinha, Estado de PE,

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 21 de 01 de 19.

Jose Olemison da Silva

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Olemison da Silva,
brasileiro(a), estado civil Casado,
profissão Agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 058.224.234-77, e portador da cédula de
identidade nº 6415240, residente e
domiciliado(a) Rua Prof.ª Helena Costa
nº 45, bairro Centro,
CEP 55380-000 na cidade de
Cachoeirinha / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 21 de 01, de 19.

NOME: X José Olemison da Silva





Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Segurança Pública
Polícia Civil

Emissão: 13/03/2018 às 15:06h
Unidade de Emissão: 24ª COORPIN - IBOTIRAMA
SIGIP - Sistema de Informação e Gestão Integrada Policial

Gerado por: JENIVALDO RODRIGUES ATAÍDES DOS SANTOS

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 24ªCRPN IBOTIR-BO-18-00323

Data: 13/03/2018 às 15:06h

Unidade: 24ª COORPIN - IBOTIRAMA

Delegado: 205009807 - JENIVALDO RODRIGUES ATAÍDES DOS SANTOS

Responsável Pelo Registro

Unidade: 24ª COORPIN - IBOTIRAMA

Servidor: 201487045 - ODIVALDO GUANAIS MINEIRO

Dados do Fato

Tipo:

Não delituoso

Classificação: Outros

Data:

24/09/2016 às 19:43h

Histórico:

PARTE COMUNICANTE, ORA RESPONSÁVEL, RG: 04.544.047-60 SSP - BAHIA, EXPEDIDA EM DATA DE 31.01.2017, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL, ALEGANDO QUE EM DATA, HORÁRIO E LOCAL NESTA DESCRITOS, O SEU COMPANHEIRO, SENHOR JOSÉ CLEMISON DA SILVA, RG: 6415240 SSP - PE, EXPEDIDA EM DATA DE 23.06.1999, (CONFORME XEROX APRESENTADA NO ATO DESTE REGISTRO), CITADO E QUALIFICADO NO CAMPO ESPECÍFICO, FORA VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE, EM DECORRÊNCIA DO ATROPELAMENTO, VEIO A SOFRER FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA. DISSE PARTE COMUNICANTE, ORA RESPONSÁVEL, QUE NAQUELA OPORTUNIDADE, FOI ACIONADO O SAMU, SENDO POSTERIORMENTE ENCAMINHA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA - HRI, - IBOTIRAMA - BAHIA, ONDE FOI ENCAMINHADO À SALA DE EMERGÊNCIA, RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS, CONFORME RELATÓRIOS MÉDICOS, QUE SEGUEM EM ANEXO À PRESENTE COMUNICAÇÃO. REGISTROU A PRESENTE COMUNICAÇÃO, SOLICITANDO UMA CERTIDÃO, NO SENTIDO DE TOMAR AS PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS. É O REGISTRO. EM TEMPO: NO FINAL DESTE REGISTRO, PARTE COMUNICANTE, ORA RESPONSÁVEL, FOI ADVERTIDA SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS PENAIS DOS ARTIGOS 171, 339, E 340 DO CPB. SENDO DA SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE DAS CONSEQUÊNCIAS ADVINHAS DAS SUAS DECLARAÇÕES. E O REGISTRO.

Endereço Principal: Av. AVENIDA EX COMBATENTES, AVENIDA, CENTRO, IBOTIRAMA, BA - BR CEP: 47520-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

JOSÉ CLEMISON DA SILVA, Sexo Masculino, Mãe: BRAULINA MARIA DA SILVA, Pai: JOSÉ MARTINIANO DA SILVA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Tacaimbó (PE) - PERNAMBUCO - BRASIL, Nascido em: 10/08/1979, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: Av. ANTONIO CARLOS MAGALHÃES, Nº 207, CASA, CENTRO, IBOTIRAMA, BA - BR CEP: 47520-000, Religião: Catolicismo

Envolvimento

Citado

Número: 24ªCRPN IBOTIR-BO-18-00323





Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Segurança Pública
Polícia Civil



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 24ªCRPN IBOTIR-BO-18-00323

Data: 13/03/2018 às 15:06h

Unidade: 24ª COOPIN - IBOTIRAMA

Delegado: 205009807 - JENIVALDO RODRIGUES ATAÍDES DOS SANTOS

Pessoa Física

ROSALINA TEIXEIRA ROMEIRO, Sexo Feminino, Mãe: ISABEL TEIXEIRA ROMEIRO, Pai: JONAS JOSÉ ROMEIRO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Paratinga (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 13/12/1957, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: Av. AVENIDA ANTONIO CARLOS MAGALHÃES, Nº 207, CASA, CENTRO, IBOTIRAMA, BA - BR CEP: 47520-000, Telefone Celular: 77988138458, Religião: Catolicismo

Envolvimento

Comunicante

Responsável:

JENIVALDO RODRIGUES ATAÍDES DOS SANTOS



Código de autenticidade da certidão: b267440a-bc6c-4d47-b5cc-d645538b77c7

Para verificar a autenticidade desta certidão
acesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>





SAMU
192



Ibotirama

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBOTIRAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

Ibotirama, 27 de Fevereiro de 2018.

AD: 001/20184

AUXILIO DOENÇA

Eu, Vitor John Romero de Almeida, portador do RG: MG - 18.925.147 residente e domiciliado à Av. ACM, 207 em Ibotirama/BA, como familiar, solicito cópia da Ficha de Atendimento ao Sr. José Clemerson da Silva, RG: 6415240/PE e CPF: 058.224.234 - 77, vítima de atropelamento em 24/09/2016 às 19:48 horas, na Av. Ex - Combatentes, sn - Centro, Ibotirama/BA, em frente ao Banco do Brasil, quando foi encaminhado para o Hospital Regional de Ibotirama. Sobre estas informações afirmo e dou fé,

Atenciosamente,

Heraldo Kleber Alves dos Santos
Enfermeiro
COREN/BA: 62.400

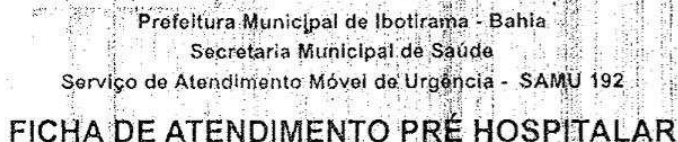
Heraldo Kleber Alves dos Santos
Gerente SAMU 192 Ibotirama

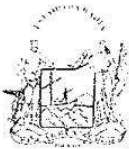
Coren/BA: 62.400

RT: 1583

Vitor John Romero de Almeida







Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria

HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA

Gestão: SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.

EVOLUÇÃO

Evolução

☐ Médica

☐ Enfermagem

☐ Nutrição

☐ Psicologia

☐ Fisioterapia

Paciente: Joné Cleilson do Silva

Unidade: RG: 379843

Leito: 04/Emergência

Data / Hora	Evolução
24/09/16 20:07	Paciente deu entrada na emergência trazido pelo SAMU o qual foi vítima de atropelamento de auto-móvel, apresentando trauma em MTD, algia em dor de dentes, dementi, lírio, em prece, a fim de que não perdesse a consciência. no momento do ocorrido, examinado pelo M. P. Dr. Marcos Valério sendo medicado e P.S. realizado vários RXs dos tórax, abdômen, lombo e cervicel, solicitados exames de imagem do membro superior direito, P.S. 160x90
21:00	Paciente avaliado pelo médico Dr. Josenor, solicitou internamento segue na unidade emergencial sendo medicado e P.S. os episódios de
02:00	Paciente com queixa de cefaleia torácica sendo medicado e P.S. segue em observação segue
25/09/16 6:50	Pac. em período mantendo o quadro clínico, aguardando procedimento cirúrgico ortopédico sendo medicado e P.S. em observação clínica, os exames de





Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria
HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA

Gestão: SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.

EVOLUÇÃO

Evolução

☐ Médica ☐ Enfermagem ☐ Nutrição ☐ Psicologia ☐ Fisioterapia

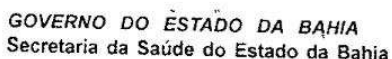
Paciente: José Cleilson da Silva

Unidade: C.C.

Leito: 05-44

Data / Hora	Evolução
26/09/16 09:00	Paciente em Leito 05-44, apresenta dor abdominal no quadrante superior direito, com febre 38,5°C, tosse e expectoração amarelada. Foi realizado exame físico e exames de sangue e urina.
09:30	Foi realizado banho no leito.
09:55	Foi realizado exame físico no leito.
10:50	Paciente encaminhada para realizar exame de sangue.
11:15	Paciente retornou ao setor e exame realizado no bloco.
18:00	Paciente encerra período sem queixas no momento, segue sob cuidados da enfermagem.
19:00	Paciente encaminhada ao bloco de exames.
26/09/2016	Paciente, verbalizando em português, apresenta dor abdominal no quadrante superior direito, com febre 38,5°C, tosse e expectoração amarelada. Foi realizado exame físico e exames de sangue e urina.
06:00	Paciente no leito encerra período sem queixas.
27/09/16	Paciente no leito encerra período sem queixas.





Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria
HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA
Gestão: SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.

DATA 25, 09, 16

NOMEADO PACIENTE João Clemison da Silva

TIPO DE CIRURGIA Ext. - exposto e finalizado HORA: INICIO 09:50 FIM 11:10 TOTAL

CIRURGIÃO Dr. J. J. J. J. J. ASSISTENTE/S Cassia Chene

ANESTESISTA Dr. J. J. J. J. TIPO DE ANESTESIA Rapida

CIRCULANTE Ana Alves OBS:

DEBITAR

O CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS
FOI ANOTADO CRITERIOSAMENTE

ELABORADO POR <i>ma aves</i>	RESPONSÁVEL	CALCULADO POR	LANÇADA NA GC POR
-------------------------------------	-------------	---------------	-------------------

Materialis	
Medicamentos	
Soma	
Taxa de Sala	
Taxa de Anestesia	
Total	

ENVIE ESTA NOTA IMEDIATAMENTE AO FATURAMENTO



Cirurgia Suspensa

Motivo:

OPERAÇÃO

Assinatura do Responsável

Tipo -

ortomaxiloma forma D

Descrição - Duração (início) - hs. ms (fim) hs. ms

Ampliação e ortomaxiloma em M/D
inchaço forte pela fratura exposta em joelho
contorno para D
linguagem exposta com 4 l. novo RII.
desplacada
condição exorta J FIBROSA COM RIX.
EXTRA + Endure

Drenagem

Operador

Auxiliares -

Prognóstico

Diagnóstico operatório

Peça -

Líquido e/ ou Secreção

Encaminhada para

Cirurgião

A preencher na sala de operação

Dr. Josemar Stabile
Médico - Traumatologia
CRM 5000



Data / Hora	Evolução
25/09/16 07:00	paciente encontrado vítima de atropelamento calmo, lúcido, verbalizando apresentando fratura exposta em MTD (Tibia) segue aguardando procedimento cirúrgico
25/09/16 09:15	paciente encaminhado para o C.C. para procedimento cirúrgico, segue aguardando pela equipe de ORT.
09:15	paciente ortopédico com fratura exposta em MTD, colado, repousando deitado em fratura.
09:30	Início da anestesia Raquel D. Sousa. Administração de Refolotum EV no momento. PA = 130x82 mmHg SpO2 100% pulso 80bpm.
09:50	Início do procedimento colocação de fixador externo na tibia MTD. Dr. Josémar. médico ortopedista.
10:30	Dr. transcurrido sem intercorrências. PA = 123x73 mmHg SpO2 100% p. 86bpm.
10:50	PA = 123x75 mmHg SpO2 100% pulso 80bpm.
11:10	Fim do procedimento de colocação de fixador externo na tibia MTD. Dr. Josémar. médico ortopedista.
13:30	PA = 120x80 mmHg SpO2 100% pulso 80bpm. Paciente em pé encaminhado para o C.C. para efeito de anestesia em uso de protótipo fixador externo no MTD de tibia limpa e seca.
14:25	PA = 120x80 mmHg SpO2 100% pulso 80bpm. Paciente em pé no C.C. PA colada, lúcido, orientado verbalizando sem queixa.
14:58	PA = 120x80 mmHg SpO2 100% pulso 80bpm. Paciente em pé no C.C. PA colada, lúcido, orientado verbalizando sem queixa.
15:00	Paciente admitido vindo do C.C. para procedimentos cirúrgicos e fixador externo MTD segue ao cuidado Enfermagem.
18:00	Paciente no leito sem alterações, encaminhado aos cuidados da enfermagem.

ANILDA F. Z. SILVA
Téc. de Enfermagem
COREN-BA 91953

Rogéria Andrade Pinheiro Regu
Téc. Enfermagem
COREN-BA 482409-1F

ANILDA F. Z. SILVA
Téc. de Enfermagem
COREN-BA 91953

ANILDA F. Z. SILVA
Téc. de Enfermagem
COREN-BA 91953

ANILDA F. Z. SILVA
Téc. de Enfermagem
COREN-BA 91953



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
Secretaria da Saúde do Estado



Superintendência do Atendimento
HOSPITAL REGIONAL DE PONTA PORCOSA
Gestão: SM - Assessoria Operacional

NOME

DATA DE ADMISSÃO

ENFERMARIA

LEITO

I - HISTÓRIA DA ADMISSÃO

II - SUSPEITO(A) DIAGNÓSTICO

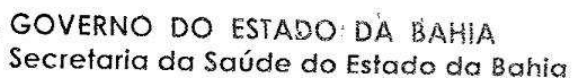
III - EXAMES LABORATORIAIS

IV - CONDIÇÕES / OBSERVAÇÕES

INTELETO RESPONSÁVEL



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 17/03/2019 15:57:09



HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA

Gestão: SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.

EVOLUÇÃO

Evolução

☐ Médica

☒ Enfermagem

Nutrição

☐ Psicóloga

☐ Fisioterapia

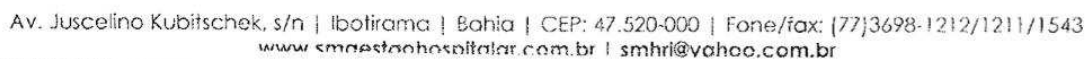
Paciente: José Cleilson da Silva

Unidade: Química Ambiental

Leito: 05744

Rezael Goolho Cavallho
Enfermeiro
Carteira n.º 354779

M^{re} da Paz S. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-BA 300510





Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria

HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA

Gestão: SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.

EVOLUÇÃO

Evolução

☐ Médica ☒ Enfermagem ☐ Nutrição ☐ Psicologia ☐ Fisioterapia

Paciente:

João Cleudson da Silva

Unidade:

Clínica - JT

Leito: 05-44

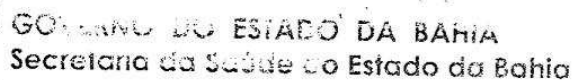
Data / Hora	Evolução
27.09.16 08:10	Paciente feito um diagnóstico de doença da glândula tireoide, a ser he: Edema de membros inferiores, e o fome de água mineral
27.09.16 10:00	Realizada troca do curativo drenar- do secreções sanguíneas e gástricas Ondas 2 afusos - 30/197
18:00 19:10	Paciente encontrado no leito, calmo, lucido, aberto, verbalizando, percutida pela seu queixas, segue as cuidados da enfermagem
06:00	Paciente encerra período sem queixa, segue os cuidados da enfermagem.

Roseli Coelho Carvalho
Enfermeira
COREN nº 26273

Jaqueline Oliveira Barbosa
Téc. Enfermagem
COREN nº 155063 (Pro)

Jaqueline Oliveira Barbosa
Téc. Enfermagem
COREN nº 155063 (Pro)





HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA

Gestão: SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.

EVOLUÇÃO

Evolução

☐ Médica☐ Enfermagem

□ Nutrição

☐ Psicóloga☐ Fisioterapia

Paciente: Jose Camisero de Silva

Unidade: _____ Leito: 05-114

[illegible]

Av. Juscelino Kubitschek, s/n | Est. Tirama | Bahia | CEP: 47.520-000 | Fone/fax: (77)3698-1212/1211/1543



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 17/03/2019 15:57:10
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031715571017500000041870547>
 Número do documento: 19031715571017500000041870547

Num. 42497440 - Pág. 1



1ª Via - Branca - Cliente
2ª Via - Rosa - Empresa
3ª Via - Cinza - Talonário
4ª Via - Azul - Almoxarifado

Ass. Instrumentador





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria

HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA

Gestão: SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.

NOME DO PACIENTE:

Joel de Almeida Lima

CLÍNICA:

C.R.N.º:

DATA:

24/09/10

LEITO:

RG:

379843

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

R. no Ibotirama

manh

D. zero um 04

zero

SRL 1000ml 2x

1x

Diprima - 01 g PV 6/6h

1x

Keflin - 01 g PV 6/6h

1x

Thiammel - 01 g PV 6/6h

1x

Dr. Josemar Stabile
Otoped. - Otorrinolaringologista
CRM 5000

Dr. Josemar Stabile
Otoped. - Otorrinolaringologista
CRM 5000



Hospital Regional de Ibotirama

Av. Juscelino Kubitschek, s/n | Ibotirama | Bahia | CEP: 47.520-000 | Fone/fax: (77)3698-1212/1211/1543

www.smgestaohospitalar.com.br | smhri@yahoo.com.br

Gráfica Alvorada | 3481-2118





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Superintendência do Acomodamento e Administração

HOSPITAL REGIONAL DE ILHÉUS

Gestão: SM - Assessoria Jurídica e Controle Interno

NOME DO PACIENTE:

C.R.N.º

DATA

25/09/16

5144

3+9843

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

A. no 16h ops line
D. zero 16h ops line
SAL 1000 ml RL

Dexamet - 21 mg RL - 6/6h

Hydro - 01 mg RL - 6/6h

Trombol - 01 mg RL - 12/12h

Dr. Josemar Siqueira
Oncologia - Traumatologia
CRM 3000



Hospital Regional de Ilhéus

Av. Juscelino Kubitschek, s/n | Ilhéus | Bahia | CEP 47.520-000 | Fone/fax: (71) 3698-1212/1211/1243

www.hospitalregionaldeilheus.ba.gov.br



Ficha de Internação

Prontuário:	379843	Data Nascimento:	10/08/1979	Idade:	37A 1M
Paciente:	JOSE CLEMISON DA SILVA	Sexo:	MASCULINO	Movimentação:	53481:INTERNAMENTO
Mãe:	BRAULINA MARIA DA SILVA	Pai:	JOSE MARTINIANO DA SILVA	Ocupação:	NÃO IDENTIFICADO
Raça:	SEM INFORMAÇÃO	Médico	JOSEMAR STABILE FARIAS	Enfermaria:	02
Convênio:	SUS:	Leito:	32		
Ala:	4 - OBSTÉTRICA				

Cep	UF	Cidade	Tipo	Logradouro
47520000	BA	IBOTIRAMA		AV. ACM
Número	Bairro	Complemento		
207	Centro			

708.4003.7905 87 70

Previsão de permanência: 9999 dias.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Jose Clemison Da Silva, BRASILEIRO, sexo masculino, estado civil não informado, nascido em 10/08/1979, RG 6415240, residente na rua AV. ACM, Nº 207, Ibotirama, BA, no pleno gozo das faculdades mentais, declaro para todos os fins que:

- 01) Fui previamente informado sobre o meu estado de saúde, diagnóstico realizado, possíveis procedimento(s), tratamento(s), intervenção(ões) inclusive de natureza cirúrgica, bem como, o(s) benefício(s) e eventuais risco(s) daí decorrentes;
 - 02) Fui informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento a que vou me submeter, bem como, dos efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo;
 - 03) Recebi e entendi informações detalhadas sobre o diagnóstico e os procedimentos a serem adotados, assim como os riscos inerentes, inclusive de vida, as complicações e benefícios do tratamento sugerido;
 - 04) Estar ciente que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a seu critério, a modificar condutas inicialmente propostas. Nesta hipótese, fica este autorizado(a) desde já a adotar as providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, podendo realizar todos exames, biópsias e usar hemoderivados;
 - 05) Estou ciente de que, embora sejam utilizados todos os cuidados e técnicas previstas cientificamente, poderão suceder intercorrências (fatos adversos);
 - 06) Foram integralmente respondidas todas as perguntas por mim formuladas, não restando nenhuma dúvida ou esclarecimento sobre o tratamento e suas consequências;
 - 07) Que a equipe médica informou que utilizará todos os recursos e meios disponíveis visando a recuperação do paciente, embora não possa garantir o(s) resultado(s);
 - 08) Estou ciente, consinto e autorizo a equipe médica deste Hospital a realizar todos os procedimentos, tratamento clínicos, terapêuticos e cirúrgicos, recomendados, administrar medicamentos, agentes anestésicos, transferência para outras unidades de saúde em caso de eventuais complicações e/ou agravamento do meu estado de saúde, bem como, retirada cirúrgica de membro ou órgão, se necessário;
 - 09) Que se for idoso, obeso, diabético, alcoólatra, fumante, cardiopata, hepatopata, nefropatas, hipertenso e portador de outras doenças, serei mais susceptível à complicações após procedimentos médicos;
 - 10) Que a utilização de medicamentos pode provocar reações alérgicas, com suas consequências;
- Finalmente, certifico que tive oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidos no texto acima, e que me foram dadas explicações referentes ao mesmo.

IBOTIRAMA/BA

,24 de setembro de 2016

Jose Clemison Da Silva

Declaro ser responsável pelo paciente acima identificado, e estou ciente de todas as informações acima constantes, bem como da autorização acima e do regulamento desta instituição.

Evandro dos Santos Braz





GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria
HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA

Gestão: SM - Assessoria Empresarial e Custódia Hospitalar

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Data da Emissão: 24.09.16

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante

Hospital Regional de Ibotirama

Nome do Estabelecimento Executante

Nome do Paciente

Jose Cleilson da Silva

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Data de Nascimento

10/08/79

Nome da Mãe ou Responsável

Município de Nascimento

UF

Nacionalidade

Endereço Residencial

Nº

Bairro

Cidade

Ponto de Referência

Endereço

6415240

BA 475 20.000

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante

Dr. Marcos Valério Moura 8364 226. 865. 175-49

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Do - 4 deflexão em flexão D
ops acubente + rombo

Condições que Justificam a Internação

T. cymu

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados no Exame Realizados)

Posto 4 R

Diagnóstico

fratura esgote pmo

Descrição do Procedimento Solicitado

coelossintese

Código do Caráter da Internação

Clínica

Equipamentos Requeridos para Internação

Nome do Profissional Solicitante

DOCUMENTO

CNS

CPF

Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante

Data da Solicitação

Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/Assistente Clín. do Estab.

AC DE TRANSITO

ACID. TRABITIPICO

AC. TRABITRAJETO

CNPJ da Seguradora

CNPJ da Empresa

Vínculo com a Previdência

Empregado

Empregado

Nome do Profissional Autorizador

Documento

Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador

Assinatura e Carimbo do Prof. Autorizador

Data da Autorização

Ass. do Autorizador/Carimbo/Registro Univ. de Classe

Nº AIH: 291610793630-2



1 via

Órgão Emissor:

M291320002

Procedimento:

0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEAR

Autorizador: (Em 30/09/2016 12:04:39)

03360092406 - ERICO VERISSIMO BRANDAO DE OLIVEIRA

Paciente com Nº Prontuário 379843

708400379058770 - JOSE CLEMILSON DA SILVA

Nome do Executante:

HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA

Av. Juscelino Kubitschek, s/n | Ibotirama - Bahia | CEP: 44.100-000 | Fone/Fax: (71) 3593 1212/1211543

www.hospitalregionaldeibotirama.ba.gov.br



Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 17/03/2019 15:57:11

SINISTRO 3180294074 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE CLEMISON DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOSE CLEMISON DA SILVA**CPF/CNPJ:** 05822423477**Posição em 25-10-2018 09:20:52**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

